

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**Processo Identitário e Engajamento:
um estudo a partir do Movimento de Saúde do Trabalhador
no Rio Grande do Sul**

Carlos José Naujorks

ORIENTADOR: Dr. Marcelo Kunrath Silva

Porto Alegre, julho de 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
TESE DE DOUTORADO**

Carlos José Naujorks

**Processo Identitário e Engajamento:
um estudo a partir do Movimento de Saúde do Trabalhador
no Rio Grande do Sul**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Kunrath Silva

Porto Alegre, julho de 2011

CIP - Catalogação na Publicação

Naujorks, Carlos José

Processo Identitário e Engajamento: um estudo a partir do Movimento de Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul / Carlos José Naujorks. -- 2011.
294 f.

Orientador: Marcelo Kunrath Silva.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. movimentos sociais. 2. engajamento. 3. identidade. I. Silva, Marcelo Kunrath, orient. II. Título.

Carlos José Naujorks

**Processo Identitário e Engajamento: um estudo a partir do Movimento
de Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Sociologia, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo Kunrath Silva.

Banca Examinadora:

Dra. Cinara Lerrer Rosenfield

PPG Sociologia - UFRGS

Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo

PPG Psicologia Social e Institucional - UFRGS

Dr. Geraldo José de Paiva

Instituto de Psicologia - USP

Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total.

Guimarães Rosa

Não ser como os outros é ser como todos, já que cada um é diferente de todos e idêntico a si.

Sartre

A militância na área da saúde do trabalhador é, a um só tempo, desafio e luta.

Maria Maeno & José Carlos do Carmo

Para que serve a utopia? Para isso, para caminharmos. E eu associo isso sempre com a saúde do trabalhador. Porque se tu acreditas que um dia tu vais conseguir fazer com que as crianças tenham sua infância como elas devem ter, que não precisem trabalhar, que elas vão ter uma saúde decente porque a parte do corpo delas vai se desenvolver normalmente, não vai ser lesada por trabalho forçado, por peso, enfim, e que o trabalhador não precisa sofrer por trabalho...

Entrevista N. 6

AGRADECIMENTOS

Esta tese não teria sido possível sem a participação generosa de todos os entrevistados que se disponibilizaram a dividir suas histórias, projetos, convicções e sentimentos. A eles sou profundamente grato!

Agradeço também o apoio institucional da Universidade de Santa Cruz do Sul e aos colegas do Departamento de Psicologia, por acompanharem, incentivarem e genuinamente se preocuparem com o trabalho que estava sendo realizado.

Em especial, agradeço ao professor Dr. Marcelo Kunrath Silva, por ter acreditado no projeto desta tese, por suas contribuições e incentivo.

Agradeço, também, ao Programa de Pós Graduação em Sociologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela acolhida e pelas condições acadêmicas para a realização deste trabalho.

Agradeço aos professores Dra. Cinara Lerrrer Rosenfeld, Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo e Dr. Geraldo José de Paiva, por gentilmente terem aceito o convite para participar da banca de defesa da tese.

Agradeço ainda, enormemente, ao Professor Dr. Francisco Lacaz, tanto pela entrevista concedida, disponível e generosa, quanto pelas contribuições dos seus numerosos artigos que têm se tornando uma referência importante ao campo da saúde do trabalhador no Brasil.

Por fim, agradeço o trabalho dedicado e atento de Isabel Vieira Pinto, que transcreveu todas as entrevistas, mãe da minha amada afilhada e sobrinha Ronise.

Com carinho, dedico esta tese a Serli Genz Bölter, minha companheira, pelo apoio, paciência e incentivo, sem os quais tudo teria sido muito mais difícil.

RESUMO

Esta tese apresenta uma discussão sobre os processos de produção da identidade militante e sua relação com o engajamento, tendo como referente empírico o engajamento de pessoas vinculadas ao movimento de saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul. Parte-se de uma compreensão de que a identidade constitui um processo de produção do reconhecimento que o sujeito elabora sobre si e os outros, individual e coletivamente. No âmbito individual, esse processo envolve três dimensões identitárias: a dimensão pessoal, a dimensão social e a dimensão coletiva da identidade. Alinhando-se ao movimento atual presente no campo das teorias da identidade que problematizam a relação entre essas diferentes dimensões identitárias, o presente trabalho argumenta que a produção da identidade militante acontece a partir de um processo de correspondência identitária entre as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade individual. Essa produção da identidade militante acontece a partir de um processo de alinhamento e convergência dos referentes identitários presentes em cada dimensão identitária. Em relação ao engajamento no campo da saúde do trabalhador, argumenta-se que o marco interpretativo da saúde do trabalhador disponibiliza referentes identitários que se tornam convergentes aos referentes que vinculam elementos de compromisso, participação e engajamento presentes nas dimensões pessoal, social e coletiva da identidade individual. Alinhamento e convergência dos referentes identitários permitem a produção da correspondência identitária e da formação da identidade militante. Essa tese pretende ser uma contribuição às teorias da identidade, na medida em que explora os processos de correspondência identitária como um mecanismo central dos processos identitários. Pretende, também, ser uma contribuição às teorias dos movimentos sociais, na medida em que propõe que processos de engajamento podem estar relacionados às diferentes configurações da identidade militante individual.

ABSTRACT

This thesis presents a discussion about the process of militant identity recognition and its relation with engagement, having as empirical reference the engagement of people connected to workers' health movement in Rio Grande do Sul. It starts from a comprehension that identity is a process of recognition the subject produces about himself and others, individually and collectively. This process involves three dimensions of identity at the individual level: Personal, social and the collective dimension of identity. Lining up to the current movement on the field of identity theories that discuss the relationship between these different dimensions of identity, this paper defends that the recognition of militant identity happens since an identity matching process among the personal, social and collective dimensions of the individual identity. This process of recognition comes from a process of alignment and convergence of identity references in each identity dimension. With relation to the engagement in the field of occupational health, we defend that the interpretive framework of worker's health makes available identity references which become convergent to the references that link element of commitment, participation and engagement found in the personal, social and collective dimension of the individual identity. Alignment and convergence of the identity references allow the production of identity and the recognition of militant identity. This thesis is a contribution to theories of identity, as it explores the process of matching identity as a central mechanism of identity processes. It also intends to be a contribution to theories of social movements, in the way it proposes that engagement processes can be related to different configurations of individual militant identity recognition.

RÉSUMÉ

Cette thèse présente une discussion sur les processus de reconnaissance identitaire militante et de sa relation à l'engagement, en ayant une référence empirique, des personnes liées au mouvement à la santé des travailleurs dans l'État du Rio Grande do Sul. On part de la compréhension que l'identité constitue un développement de production de la reconnaissance que le sujet élabore, individuellement et collectivement, sur lui-même et les autres. Au niveau individuel, ce processus comporte trois dimensions identitaires: la dimension personnelle, la dimension sociale et la dimension collective de l'identité. En s'alignant au mouvement présent au terrain des théories d'identité, qui font problème à la relation entre ces différentes dimensions identitaires, ce travail propose l'argument dont cette reconnaissance identitaire militante a lieu à partir d'un processus de correspondance identitaire entre les dimensions personnelles, sociales et collectives de l'identité individuelle. Ce processus de reconnaissance provient d'un processus d'alignement et de convergence des référents identitaires dans chaque dimension, aussi identitaires. En ce qui concerne à l'engagement dans le domaine de la santé des travailleurs, justifie le point interprétatif de leur santé, rend accessible des référents identitaires qui deviennent convergents aux référents liés aux éléments de l'engagement et de la participation présents dans des dimensions personnelles, sociales et collectives de l'identité individuelle. L'alignement et la convergence des référents identitaires permettent la production de la correspondance identitaire et la reconnaissance identitaire militante. Cette thèse prétend donner une contribution aux théories de l'identité, à la mesure qu'elle explore le processus de rapprochement identitaire tel que le mécanisme central des processus identitaires. Elle a, également, l'intention d'être une contribution aux théories des mouvements sociaux, en proposant que les processus de participation peuvent être liés à des différentes configurations de reconnaissance identitaire militante individuelle.

TABELA E LISTA DE ESQUEMAS

Tabela – Os entrevistados	23
Esquema 1 – Mecanismos de produção de identidade	23
Esquema 2 – Processos identitários e os objetos do reconhecimento	36
Esquema 3 – Modelo relacional da identidade militante	77
Esquema 4 – Correspondência identitária da entrevista N. 1	144
Esquema 5 – Correspondência identitária da entrevista N. 2	154
Esquema 6 – Correspondência identitária da entrevista N. 3	167
Esquema 7 – Correspondência identitária da entrevista N. 4	177
Esquema 8 – Correspondência identitária da entrevista N. 5	183
Esquema 9 – Correspondência identitária da entrevista N. 6	188
Esquema 10 – Correspondência identitária da entrevista N. 7	200
Esquema 11 – Correspondência identitária da entrevista N. 8	208
Esquema 12 – Correspondência identitária da entrevista N. 9	215
Esquema 13 – Correspondência identitária da entrevista N. 10	224
Esquema 14 – Correspondência identitária da entrevista N. 11	223
Esquema 15 – Correspondência identitária da entrevista N. 12	239
Esquema 16 – Correspondência identitária no movimento de saúde do trabalhador a partir do grupo de entrevistados	257

LISTA DE SIGLAS

ABPA - Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEDOP - Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho

CEREST - Centro Regional de Saúde do Trabalhador

CGT - Confederação Geral dos Trabalhadores

CIB - Centro Industrial do Brasil

CIPA – Comissão Internas de Prevenção de Acidentes

CISAT – Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador

CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

CPAIST - Coordenadoria da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

CPOR – Centro de Preparação de Oficiais da Reserva

CST - Comissão de Saúde do Trabalhador

CUT - Central Única dos Trabalhadores

DET - Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo

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

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DS – Democracia Socialista

FSST - Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador

FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

HCPA - Hospital das Clínicas de Porto Alegre

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LER - Lesões por Esforços Repetitivos

MOI - Modelo Operário Italiano

MSL - Medicina Social Latino-americana

NETEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário

OLT - Organização no Local de Trabalho

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAIST - Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

PCB - Partido Comunista Brasileiro

PCMSO - Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SESI - Serviço Social da Indústria

SESMT – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SIST/RS - Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador

ST – Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

UMREST - Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

Introdução	14
1. Identidade	26
1.1. Identidade: delimitação do conceito	29
1.2. Identidade como processo de categorização e produção de significados	31
1.3. Identidade Pessoal	38
1.4. Identidade Social	46
1.5. Identidade Coletiva	54
1.6. A correspondência identitária	61
1.7. Identidade, Cultura e Marcos Interpretativos	63
1.8. Identidade e ação coletiva	69
1.9. Em direção a um modelo relacional da identidade	76
2. O campo da saúde do trabalhador, atores e marcos interpretativos	79
2.1. O modelo hegemônico	81
2.2. A formação do contra-modelo	93
2.3. Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul	110
3. Identidade e engajamento a partir das trajetórias de vida de militantes no campo da saúde do trabalhador	125
3.1. Entrevista N. 1	129
3.2. Entrevista N. 2	145
3.3. Entrevista N. 3	154

3.4. Entrevista N. 4	167
3.5. Entrevista N. 5	177
3.6. Entrevista N. 6	183
3.7. Entrevista N. 7	189
3.8. Entrevista N. 8	200
3.9. Entrevista N. 9	209
3.10. Entrevista N. 10	215
3.11. Entrevista N. 11	224
3.12. Entrevista N. 12	234
4. Identidade e engajamento no movimento de saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul	241
4.1. Referentes culturais, políticos e ideológicos e a identidade pessoal	242
4.2. A identidade social	246
4.3. A identidade coletiva	249
4.4. A correspondência identitária para o conjunto de entrevistados	254
Considerações Finais	258
Referências Bibliográficas	269
Anexos	

INTRODUÇÃO

28 de Fevereiro de 2005. Santa Cruz do Sul, interior do Rio Grande do Sul. Grupos de portadores de Lesões por Esforços Repetitivos (LER/DORT), profissionais de saúde e organizações sindicais realizam uma manifestação no centro da cidade e depois um seminário na Câmara de Vereadores do município para debater com representantes do Ministério Público Federal e do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) o sofrimento e a situação dos portadores de LER/DORT, principalmente o atendimento realizado pelos médicos peritos do INSS¹.

27 de novembro de 2007. Porto Alegre. O Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador (articulação que congrega sindicatos de trabalhadores de diversas categorias profissionais) realiza uma mobilização no centro da cidade exigindo humanização, transparência e controle social da Previdência Social. No meio da manifestação, em protesto contra o ritmo de trabalho no setor avícola, duas pessoas vestidas de frango empurravam, em cadeiras de rodas, trabalhadores doentes que tiveram o benefício do INSS negado.²

16 de Dezembro de 2010. Brasília. O III Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador reúne cerca de 200 representantes das comissões de controle social das políticas de saúde do trabalhador de todo o Brasil. No Encontro foram discutidas experiências das comissões municipais e estaduais, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a regulamentação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)³.

¹Jornal Gazeta do Sul. 28/02/2005. Pg. 5.

² http://www.sindisaude.org.br/mostra_noticia.php?id=535. Acesso em 23/12/2010.

³http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/16_dez_IIIENCST.html. Acesso em 23/12/2010.

Espalhadas por todo o Brasil, agregam-se à singularidade dessas três experiências, associações de portadores de doenças relacionadas ao trabalho (causadas pelo chumbo, pelo amianto, por esforços repetitivos, etc.), comissões específicas de saúde do trabalhador dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; mobilizações e protestos realizados por organizações sindicais contra as condições de trabalho, adoecimentos e acidentes relacionados ao trabalho e os serviços de seguridade social. Associações, comissões e mobilizações que envolvem pessoas com as mais diversas formações e ligadas à diversas atividades profissionais na defesa ao direito à saúde do trabalhador.

Esse conjunto, em grande parte disperso e fragmentado, constitui um movimento pela saúde do trabalhador? Ou, independente da configuração das mobilizações pelos direitos à saúde dos trabalhadores, esses processos envolvem em alguma medida engajamento e militância política? Esses processos de engajamento constituem-se, de alguma forma, a partir da especificidade da luta pela saúde do trabalhador ou estão localizados no interior das lutas do movimento sindical ou das mobilizações pela saúde pública? A partir dos processos de mobilização e engajamento no campo da saúde do trabalhador, constitui-se uma identidade militante específica a esse campo, ou seja, uma identidade militante relacionada ao engajamento na luta pela saúde do trabalhador?

Esta tese parte desses questionamentos empíricos sobre o engajamento localizado no campo da saúde do trabalhador para investigar os processos de formação da identidade militante. É, dessa forma, sobretudo, um trabalho sobre identidade. Porém, não apenas. A partir do referente empírico específico, os processos de engajamento no campo da saúde do trabalhador, ela pretende tratar da relação entre identidade e engajamento militante. Assim, este trabalho faz uma análise do processo de construção da identidade militante de pessoas envolvidas com o movimento pelos direitos à saúde dos trabalhadores no Rio Grande do Sul.

Três campos diferentes relacionam-se na composição do campo de estudo e do objeto de investigação abordado por este trabalho: o fenômeno do

engajamento no interior dos movimentos sociais; os processos identitários e o campo da saúde do trabalhador.

Enquanto forma de ação coletiva, os movimentos sociais emergem em diversos campos da vida contemporânea, constituindo atualmente um dos processos mais significativos de produção da transformação social. Não mais simplesmente como reação a contextos que constroem grupos ou populações, como eram definidos nas perspectivas teóricas clássicas (GOHN, 1997), os movimentos sociais são compreendidos hoje como integrados aos processos de mudança social, interferindo diretamente na produção das normas sociais, na distribuição de recursos e na formação de novos valores sociais.

Um tanto por isso, os movimentos sociais têm se constituindo em um campo de estudo privilegiado nas ciências sociais, sendo objeto de uma extensa produção acadêmica nos últimos sessenta anos que tem enfatizado, a partir de diferentes aportes teóricos e categorias de análise, dimensões distintas do fenômeno. Assim, os movimentos sociais têm sido estudados em relação às transformações políticas, econômicas e sociais a partir das quais se constituem e produzem suas ações, enfatizando-se nesta dimensão a relação com o Estado, as estruturas de oportunidades políticas que possibilitam ou não a ação em determinados momentos e os ciclos de protesto, através da análise da ação dos movimentos ao longo do tempo (TILLY, 1978; TARROW, 1998). Têm sido estudados, também, a partir dos aspectos organizacionais, dos recursos, das estratégias de ação e dos repertórios de conflito dos movimentos. Além disso, uma série de análises e estudos refere-se à formação e manutenção dos movimentos sociais enquanto ator social, o que envolve os processos de engajamento dos indivíduos na ação coletiva, a manutenção da ação ao longo do tempo, os processos culturais, relacionais, identitários e interpretativos vinculados à ação coletiva (DIANI & McADAM, 2003; MELUCCI, 1996; SNOW et. al., 1986; BENFORD & SNOW, 2000).

Essas dimensões de análise dos movimentos sociais podem ser diferenciadas em três conjuntos distintos: 1) A relação entre movimentos sociais e

o campo político, o que envolve os constrangimentos e as oportunidades políticas a partir dos quais emergem, constituem-se e são produzidas as ações dos movimentos sociais; 2) Os processos de coordenação das ações dos movimentos sociais, seus formatos organizacionais e os repertórios de conflito e, 3) Os processos de formação dos atores coletivos e do engajamento, abarcando os processos identitários, disposicionais e de formação de significados e interpretações sociais que estão relacionados com o envolvimento das pessoas com a ação coletiva (MUNCK, 1995, 672; McADAM, McCARTHY, ZALD, 1996, 2).

Sem perder de vista essas diversas dimensões que constituem os movimentos sociais, este trabalho privilegia o estudo sobre os processos de formação e manutenção do engajamento militante tomando como uma referência importante desses processos a identidade militante.

O engajamento tem sido um tema de destaque na investigação sobre movimentos sociais. Atualmente evidencia-se pelo menos duas grandes perspectivas de análise do fenômeno do engajamento: uma primeira que destaca os processos de produção da identidade e que dão sentido subjetivo para o engajamento e, uma segunda perspectiva, que destaca os elementos relacionados às relações e redes sociais, disposições e carreiras pessoais. Essas perspectivas não são necessariamente excludentes, muito embora tenham se desenvolvido a partir de tradições teóricas diferentes. Hoje, cada vez mais, dimensões relacionadas à agência e estrutura são requeridas para a produção de uma compreensão sobre o engajamento (PASSY, 1998).

Assim, o estudo desses processos implica considerar três aspectos interrelacionados: 1) o contexto sócio-cultural do ator, o que envolve seu enraizamento social, os aspectos estruturais e disposicionais vinculados ao ator; 2) o contexto relacional do ator, o que envolve os processos de socialização e formação de identidades, os processos de mediação e recrutamento, a formação de congruências entre o ator e o movimento social; e, por fim, 3) a intencionalidade do ator, ou seja, os mecanismos através dos quais o indivíduo

envolve-se ou decide sobre seu engajamento ou não e com qual intensidade (PASSY, 1998, 20).

Nessa perspectiva, o engajamento relaciona-se fortemente com as predisposições sócio-culturais; o tipo de interação que é proporcionado pelo contexto (ambiente) social e pelos sentidos atribuídos pelo indivíduo à participação, quando pode ou não aparecer a intenção de participar em um dado movimento social (PASSY, 1998, 20).

Como não poderia deixar de ser, processos propriamente individuais são fundamentais e constituem uma dimensão relevante para o engajamento. A identidade constitui-se um desses processos.

A identidade tem sido um conceito há muito utilizado pela filosofia e pelas ciências humanas. A partir da segunda metade do século XX, sua utilização pela sociologia e pela psicologia tem sido mais intensa. Sua presença nas teorias dos movimentos sociais e nos estudos dos processos de engajamento remete às teorias dos novos movimentos sociais, desenvolvidas sobretudo na Europa desde a década de 1980. Mais recentemente, sua incorporação pelo conjunto das perspectivas teóricas dos movimentos sociais tem sido apontada com um conceito que ajuda a compreender os processos subjetivos relacionados à ação coletiva.

A literatura no campo dos movimentos sociais sobre identidade tem privilegiado, no entanto, uma dimensão particular do fenômeno identitário, o que se tem denominado de identidade coletiva. Há uma longa tradição que relaciona a noção de identidade coletiva à ação coletiva (POLLETA & JASPER, 2001). No entanto, a literatura atual sobre identidade produzida tanto a partir da sociologia quanto pela psicologia tem enfatizado o caráter múltiplo da identidade, destacando além da dimensão coletiva, as dimensões pessoal e social da identidade individual. Estudos atuais que enfocam a relação entre identidade e engajamento têm enfatizado a necessidade de se aprofundar a relação entre essas múltiplas dimensões da identidade (THOITS & VIRSHUP, 1997; BREWER, 2001; OWENS, ROBINSON, SMITH-LOVIN, 2010). Assim, as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade individual têm sido estudadas não apenas a partir dos seus

elementos e características específicas, mas a partir de suas múltiplas relações e interdependências.

Enquanto processo afetivo e cognitivo que dá sentido ao ser, na medida em que permite a ele auto-reconhecimento, diferenciação e integração social, a identidade tem se constituído num conceito útil para a compreensão das dimensões que relacionam agência e estrutura.

Este trabalho pretende verificar como, no processo de formação da identidade militante, participam as múltiplas dimensões do fenômeno identitário. Pretende-se verificar o significado de cada uma dessas dimensões identitárias, como elas se relacionam e que participações assumem nos processos de engajamento militante. Toma-se, para isso, como referente empírico os processos de engajamento encontrados na luta pelos direitos à saúde dos trabalhadores, ou seja, os processos de engajamento que são experienciados por militantes do movimento de saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul.

A relação entre saúde e trabalho tem conformado ao longo do último século um campo de especialização teórica e de atuação técnica. Disciplinas como a engenharia de segurança e a medicina do trabalho e profissões específicas (o engenheiro de segurança, o médico do trabalho, entre outros) têm delimitado a relação saúde e trabalho como um objeto específico para suas ações e se desenvolvido tendo como referência essa delimitação (DWYER, 2006). Nas últimas décadas, tem se constituído nesse campo um espaço até então praticamente inexistente de engajamento e militância, a partir do qual muitas pessoas têm dedicado seu trabalho, constituído relações sociais e dado sentido para si e sua vida. Essa militância tem em comum o compartilhamento de um marco interpretativo⁴ que define a saúde do trabalhador como um direito de todos,

⁴A partir do conceito de *frames*, de Erving Goffman, marcos interpretativos são compreendidos por Snow e colaboradores (1986, 464), como “esquemas de interpretação” que tornam os indivíduos capazes de localizar, perceber, identificar e categorizar ocorrências tanto a partir da vida cotidiana quanto do mundo social de forma geral. O conceito de marcos interpretativos será apresentado de forma mais detida neste trabalho ao final do primeiro capítulo.

como uma estratégia de transformação das relações sociais e como um espaço para a participação da sociedade. Enfim, como um campo de luta e engajamento político e social voltado para a busca por saúde no trabalho.

As condições de saúde relacionadas ao trabalho têm sido, ao longo do século XX, uma demanda constante dos trabalhadores que lutam contra as formas de trabalho que produzem reiteradamente sofrimento, acidentes e adoecimentos. Porém, é apenas a partir de 1970, quando ganham força os estudos sobre a determinação social dos processos de saúde/doença, que um modelo teórico e institucional de intervenção articula-se com o movimento social dos trabalhadores e sua luta por um trabalho digno e saudável (LACAZ, 1996). Este modelo, denominado de forma específica como o modelo da saúde do trabalhador, coloca pela primeira vez, o protagonismo dos trabalhadores como um elemento central na definição dos processos de saúde e doença relacionadas ao trabalho, chegando a afirmar que enquanto modelo, ele constitui-se “(n)uma prática discursiva contra-hegemônica cujos saberes e práticas propor-se-iam a libertar, conscientizar, politizar e autonomizar o pólo dominado colocando-se na posição de, ao constituir-se em saberes e práticas, apoiar modelos de exercício de contra-poderes” (LACAZ, 1996, 4).

Esse modelo, no Brasil, teve um grande impulso na década de 1980, na esteira do movimento reforma sanitária brasileira e constituiu, ao longo desse tempo, tanto um campo profícuo de análise das relações entre trabalho e saúde quanto uma rede nacional de atendimento e promoção da saúde do trabalhador.

A formação desse campo não tem sido isenta de conflitos. Atualmente, no âmbito das questões relacionadas às relações de trabalho, uma série de ações articuladas por entidades profissionais, sindicatos, pesquisadores e profissionais vinculados a órgãos públicos tem apresentado publicamente demandas referentes aos direitos à saúde dos trabalhadores, além de participarem ativamente de órgãos controladores de políticas públicas para esse setor (Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde do Trabalhador). Essas ações têm garantido mudanças significativas no atendimento à saúde do trabalhador, através de uma rede

específica de atendimento (Unidades e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador), de interferências importantes no controle de recursos e fiscalização de ações, através dos Conselhos de Saúde, e de manifestações públicas contra órgãos executores de políticas públicas relacionados à saúde do trabalhador.

O protagonismo dos trabalhadores em relação às demandas por saúde no trabalho acontece de forma articulada à intervenção de intelectuais e de técnicos vinculados às instituições de saúde pública, institutos de assessoria e pesquisa e universidades. A partir das ações combinadas desses atores sociais, as demandas por saúde dos trabalhadores estão, muitas vezes, além da ação do movimento sindical, conformando em determinados momentos processos próprios de ação coletiva.

Tomando, então, como objeto de investigação o campo da saúde do trabalhador como um campo específico de conflito social, de organização e mobilização social, este trabalho pretende evidenciar como as diversas dimensões dos processos identitários se relacionam na formação da identidade militante de pessoas vinculadas ou que se reconhecem como atuantes no campo da saúde do trabalhador.

Ao se estudar os processos de engajamento vinculados à atuação militante no campo da saúde do trabalhador não se optou por estudar uma organização em específico, a trajetória de seus militantes e o seu envolvimento com a questão da saúde do trabalhador. Trabalhos assim têm sido comum no estudo sobre identidade e movimentos sociais. Há uma peculiaridade no movimento de saúde do trabalhador: as organizações que se colocam explicitamente como Organizações de Movimentos Sociais⁵ para esse movimento são poucas,

⁵Movimentos sociais são compreendidos neste trabalho como uma rede de interações entre indivíduos, grupos e organizações que se engajam em conflitos sociais a partir de uma identidade coletiva compartilhada (DIANI, 1992). Organizações de Movimentos Sociais são compreendidas como grupos autoconscientes que expressam as reivindicações e perspectivas de transformação de um determinado movimento social (TARROW, 1998, 136).

geralmente de expressão nacional ou estadual⁶. Muito das ações que se desenvolvem nesse campo são realizadas a partir de organizações sindicais, ou de técnicos em saúde que mobilizam os serviços públicos para os quais trabalham, de intelectuais e acadêmicos que estabelecem parcerias com técnicos e sindicalistas para a realização de pesquisas e ações conjuntas. O movimento de saúde do trabalhador acontece a partir de uma pluralidade de organizações, incluindo instituições de ensino superior, órgãos públicos, sindicatos. Muitas vezes, mais do que o envolvimento institucional, são as pessoas nessas instituições que assumem um direcionamento de suas ações a partir de uma perspectiva de envolvimento com o movimento de saúde do trabalhador.

Apesar de usar uma perspectiva teórica e metodológica muito diferente do presente trabalho, o estudo de Armenes de Jesus Ramos Jr (2007) sobre a formação do campo da saúde do trabalhador no Paraná pode trazer alguns elementos para os aspectos metodológicos deste trabalho. O autor partiu de uma estimativa de que, entre 1992 e 2006, período em que se estruturou o campo de saúde do trabalhador no Paraná, cerca de 100 pessoas tenham se envolvido de forma militante nesse campo e que 20 tenham atuado de forma mais permanente. Em seu estudo, o autor entrevistou nove pessoas, diferenciando-os em dois grupos: técnico-militantes e sindicalistas. Tendo essa distinção como referência, e considerando a composição feita por Francisco Lacaz (1996) do campo da saúde do trabalhador que incluía além dos sindicalistas e técnicos, professores e pesquisadores de universidades e centros de pesquisa, o presente trabalho incluiu profissionais ligados à academia como outro grupo importante para a formação do campo da saúde do trabalhador. Ressalva-se, porém, que por não haver uma preocupação comparativa entre esses grupos, não se manteve uma

⁶ Exemplos de organização desse tipo são o DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho), a ABREA (Associação Brasileira de Expostos ao Amianto), as associações de vítimas e portadores de LER/DORT existentes em alguns estados do país; o Fórum Intersindical de Saúde do Trabalhador, no Rio Grande do Sul, entre outras.

proporcionalidade numérica em relação aos sujeitos entrevistados, tampouco em relação à sua distribuição geográfica.

Assim, o que se buscou foi verificar os processos de formação da identidade militante tendo como objeto a trajetória de engajamento de pessoas vinculadas a organizações relacionadas ao campo da saúde do trabalhador e que de alguma forma se identificam como engajadas nesse campo.

Em relação ao trabalho empírico, foram realizadas entre os anos de 2008 e 2010, 12 entrevistas biográficas com pessoas que estiveram diretamente envolvidas com a formação do campo da saúde do trabalhador no estado do Rio Grande do Sul. Chegou-se a esse número de entrevistas quando os dados se mostraram suficientes para as análises pretendidas. O envolvimento dos entrevistados com o campo da saúde do trabalhador aconteceu de forma geral entre o final da década de 1990 e o final da década de 2010. Nas entrevistas procurou-se estabelecer a trajetória vivida dos entrevistados (DUBAR, 2005, 141). Considerando-se o método, este trabalho utilizou os conceitos de “unidade de significado” e “configuração de significado” (SCHÜTZ, 1995 [1932]⁷) para analisar as entrevistas. As configurações de significados foram interpretadas a partir do que Alfred Schütz (1995 [1932], 113) chama de “interpretação da vivência”: “o processo de ordenamento da vivência segundo esquemas através do reconhecimento sintético”. A partir desses conceitos, buscou-se verificar os processos identitários envolvidos no fenômeno do engajamento militante.

No conjunto, os entrevistados têm entre 41 e 50 anos. Um entrevistado tem 64 anos. Apenas três entrevistados não possuem curso superior, sendo que dois estão cursando atualmente. Dos entrevistados com curso superior, todos possuem algum tipo de especialização. Todas elas foram dirigidas tematicamente para área da saúde do trabalhador. Todos atuam em organizações que desenvolvem diretamente ações em saúde do trabalhador.

⁷ O ano entre colchetes indica a data da publicação original.

As pessoas entrevistadas tiveram, todas elas, uma participação relevante no movimento de saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul. Os entrevistados N. 5, N. 6, N. 9, N. 10, N. 11 e N. 12 tiveram uma participação de alcance regional mas atuaram ativamente das ações de saúde do trabalhador que se desenvolveram nas regiões noroeste e nordeste do Estado e centro. Em anexo (ANEXO 1), são apresentadas informações sobre cada entrevistado. A seguinte tabela sintetiza algumas dessas informações:

Tabela: Os entrevistados

Entrevista Número	Atuação profissional	Formação	Cidade de atuação
1	Funcionário público	Medicina	Porto Alegre
2	Funcionário público	Curso técnico	Porto Alegre
3	Funcionário público	Engenheiro	Porto Alegre
4	Funcionário público	Medicina	Santa Cruz do Sul
5	Funcionário público	Pedagoga	Santa Cruz do Sul
6	Funcionário público	Psicóloga	Ijuí e Caxias do Sul
7	Sindicalista	Educação física	Porto Alegre
8	Sindicalista	Curso técnico	Porto Alegre
9	Sindicalista	Educação física	Santa Cruz do Sul
10	Sindicalista	Curso técnico	Santa Cruz do Sul
11	Acadêmica	Enfermeira	Santa Cruz do Sul
12	Acadêmica	Psicóloga	Santa Cruz do Sul

Fonte: elaboração do autor

As entrevistas foram analisadas após uma apresentação dos fundamentos teóricos que sustentam a discussão sobre identidade desenvolvida por esta tese e de uma apresentação do campo da saúde do trabalhador. Assim, formalmente, a tese está organizada da seguinte maneira: após a introdução ao tema, é apresentado um primeiro capítulo sobre identidade. Nesse capítulo são analisadas as diferentes dimensões do processo identitário individual e como esse processo

relaciona-se com o engajamento. No segundo capítulo apresenta-se o campo da saúde do trabalhador no Brasil e no Rio Grande do Sul, evidenciando a formação do movimento de saúde do trabalhador e o seu marco interpretativo. No terceiro capítulo faz-se uma análise das entrevistas. Essa análise é feita procurando-se evidenciar ao final de cada entrevista as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade individual. O quarto capítulo faz uma análise dos processos identitários que caracterizam o movimento de saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul. Partindo-se do esquema de análise apresentado no final do capítulo primeiro, e tendo como referência tanto o marco interpretativo do campo da saúde do trabalhador apresentado no segundo capítulo quanto os processos individuais de produção da identidade militante evidenciados no terceiro capítulo, faz-se, no quarto capítulo, uma extrapolação sobre o padrão de engajamento que caracterizaria o campo da saúde do trabalhador no período das entrevistas. Por fim, no capítulo das considerações finais, a partir das análises realizadas, são apresentadas algumas considerações sobre possíveis usos dos resultados deste trabalho para os estudos sobre engajamento, militância e para as teorias da identidade. Além da caracterização dos entrevistados, em anexo é apresentado o roteiro de entrevista utilizado (ANEXO 2).

1. IDENTIDADE

A construção da identidade militante do indivíduo engajado socialmente está relacionada com as condições sociais para o engajamento e com processos identitários específicos. Procurando superar as visões dualistas sobre o engajamento individual que enfatizam ora os constrangimentos estruturais e que não percebem o indivíduo como ator ora as escolhas racionais absolutamente livres dos sujeitos, Passy (1998, 58) propõe considerar o engajamento a partir de uma intersecção entre estrutura e ação. Para a autora, é necessário ao indivíduo para se engajar em um movimento social: 1) deter certas características sociais e culturais; 2) localizar-se dentro de um contexto relacional específico; 3) decidir, a partir de um determinado número de parâmetros, se ele se engaja e com qual intensidade. O engajamento está, então, relacionado a três dimensões: 1) o contexto sócio-cultural do ator; 2) seu contexto relacional; e, por fim, 3) a capacidade do indivíduo decidir em relação ao seu engajamento e a intensidade desse engajamento (PASSY, 1998, 20). O contexto sócio-cultural fixa as pré-condições para a ação, os constrangimentos e as oportunidades para o engajamento. O contexto relacional assume, para os processos de engajamento, as funções de socialização e formação das identidades, de mediação e recrutamento e de modulação das preferências individuais, na medida em que a cada indivíduo é possível aproximar-se mais ou menos de outros indivíduos ou grupos (PASSY, 1998, 20). A decisão sobre a ação envolve, por sua vez, uma avaliação dos custos e benefícios do engajamento (KLANDERMANS, 2004) e, também, uma intenção do ator produzida a partir de “um processo de integração das estruturas sociais e das interações cotidianas de um indivíduo a partir de seu Eu (Self)” (PASSY, 1998, 68).

Argumenta-se, neste trabalho, que os processos identitários relacionados com o engajamento militante são a base para a realização, no indivíduo, da integração das estruturas sociais, interações cotidianas e de sua intencionalidade. Como se procurará demonstrar, esse processo acontece a partir das diversas dimensões que compõem o processo identitário. Compreender esse processo é fundamental para se compreender o fenômeno do engajamento.

A presença do conceito de identidade nas teorias sobre movimentos sociais tem sido caracterizada por constantes revisões e redefinições, pela afirmação de sua centralidade em determinados momentos, e, inclusive, pela sua refutação por determinadas perspectivas teóricas. Nas últimas décadas, além de seu desenvolvimento pela abordagem dos novos movimentos sociais (BUECHLER, 1995; POLETTA & JASPER, 2001), o conceito de identidade aparece em destaque entre os estudiosos dos movimentos sociais a partir da incorporação através da psicologia social do conceito de identidade social e dos estudos feitos a partir do interacionismo simbólico (STRYKER, OWENS & WHITE, 2000; SNOW & McADAM, 2000). Aparece, também, de forma recorrente, nos estudos sobre marcos interpretativos (*frames*), que se desenvolveram também a partir da literatura próxima à abordagem da mobilização de recursos, e nos estudos sobre redes sociais e institucionais. Na continuidade da teoria das oportunidades políticas, para a abordagem da *contentious politics*, a identidade é, inclusive, considerada um mecanismo central dos conflitos políticos (McADAM, TARROW, & TILLY, 2001, 22).

Essa presença do conceito de identidade em distintas teorias bem como sua atualidade está, no entanto, longe de ser sem problemas. Alguns autores apontam para uma imprecisão do conceito de identidade (BRUBAKER & COOPER, 2000), alegando que essa noção é frequentemente colocada de forma não problematizada e usada de maneira indiscriminada e imprecisa (STRYKER, 2000, 22; POLLETTA & JASPERS, 2001, 285). Frequentemente a noção de identidade é tomada como um dado, um *a priori*, não ocorrendo um esforço mais preciso de fundamentação (STRYKER, OWENS & WHITE, 2000, 7).

Outros autores consideram, também, que existe uma grande dificuldade em estabelecer relações entre identidade e os movimentos sociais, bem como entre os âmbitos individual e coletivo dos processos identitários. Em relação a essas questões, argumenta-se que o que se tem frequentemente produzido é uma literatura conceitualmente ambígua, fraca em termos empíricos e com postulações questionáveis (SNOW & McADAM, 2000, 41).

Outra crítica refere-se a idéia de conservação, presente em uma noção de identidade limitada aos elementos categoriais que a definem, o que explicaria muito pouco o caráter processual dos movimentos sociais (MISCHE, 1997, 138), derivando daí a necessidade de se enfatizar o caráter múltiplo e interativo da identidade. Segundo Anne Mische (1997), as perspectivas centradas na noção de identidade,

não conseguem focalizar o processo fluido e contingente da formação de identidades na interação dinâmica entre o “ciclo de vida” da pessoa, a participação no movimento e as mudanças históricas da época. Para resgatar esse aspecto, é necessário um conceito de identidade como focalizador de projetos, dando direção às ações além de definição aos grupos. (MISCHE, 1997: 139)

Mesmo considerando a necessidade de enfrentar tais críticas, afirma-se que as incorporações da psicologia social e dos estudos sobre identidade podem enriquecer o campo de estudos dos movimentos sociais (STRYKER, OWENS & WHITE, 2000, 7).

O conceito de identidade está relacionado a uma série de questões trazidas pelas teorias dos movimentos sociais: a formação dos atores sociais, os processos de recrutamento e participação, a manutenção do envolvimento dos participantes nas organizações, a participação a partir da dimensão pessoal e dos significados construídos pelos próprios participantes.

Neste trabalho, a relação entre identidade e engajamento será abordada a partir da perspectiva do auto-reconhecimento identitário. O que se coloca como questão é: quais os processos identitários que permitem o auto-reconhecimento identitário militante? Na medida em que o engajamento passa por uma decisão do

sujeito em atuar social e politicamente, ele envolve, necessariamente, um reconhecimento pelo próprio sujeito dessa decisão e de si sendo constituído a partir dessa decisão, ou seja, um auto-reconhecimento como sujeito engajado

A perspectiva deste trabalho é verificar como a teoria da identidade pode contribuir para a compreensão dos processos de engajamento. Para isto, este capítulo apresenta, primeiro, uma análise do conceito identidade e de suas diversas teorias, procurando realizar, a partir dessas, uma síntese que unifique as múltiplas dimensões dos processos identitários. A partir disso, apresenta-se um modelo explicativo que permite compreender o processo de correspondência identitária como um mecanismo presente nos processos de engajamento. Nos capítulos seguintes busca-se explicitar como isso acontece tendo como exemplo, o engajamento e o auto-reconhecimento identitário militante entre pessoas envolvidas com o Movimento de Saúde dos Trabalhadores no Rio Grande do Sul.

1.1. Identidade: delimitação do conceito

A noção identidade é utilizada para se referir a uma pluralidade de fenômenos e assume sentidos específicos a cada um deles. Indivíduos, grupos, movimentos sociais, sociedades, nações, têm sido analisados através da identidade. Até mesmo por essa variedade de objetos, a delimitação do conceito identidade tem recebido elaborações de diversas disciplinas: filosofia, psicologia, antropologia, história, sociologia, entre tantas outras. Um tanto por isso, localiza-se, em relação ao conceito de identidade uma “bruma teórica” que o cerca de ambigüidades e imprecisão (MEDEIROS, 2004, 104).

Apesar dessa diversidade de desenvolvimentos, pelo menos quatro elementos aparecem como comuns nas diversas perspectivas atuais sobre identidade: 1) a identidade é produzida a partir das relações sociais; 2) essa produção envolve processos cognitivos e afetivos; 3) ela envolve tanto indivíduos

quanto coletividades; e, ainda, 4) implica em processos de reconhecimento e diferenciação social.

A identidade é uma construção social (JENKIS, 1996). Assim, toda identidade é social no sentido de que é decorrente das relações sociais e dos grupos sociais de que cada pessoa participa (BREWER, 2001, 117). É uma construção social de significados e sentimentos associados ao auto-reconhecimento e ao reconhecimento dos outros. Tais significados são apreendidos cognitivamente e vivenciados emocionalmente. Essa produção é tanto individual quanto coletiva. Ou seja, enquanto construção social, a identidade é um processo desenvolvido tanto por indivíduos quanto por coletividades⁸.

Richard Jenkis (1996, 20) chama a atenção para a importância de se considerar como a identidade opera, para a identidade enquanto um processo e para as reflexividades que são produzidas a partir de um processo simultâneo de síntese entre a auto-definição (auto-reconhecimento) e a definição de si que é produzida pelos outros (reconhecimento pelos outros).

A partir desses elementos pode-se formular, mesmo que de forma provisória, uma definição para o conceito de identidade e para os processos identitários que seja ao mesmo tempo abrangente e operacional e que nos permita relacionar a identidade com os estudos dos movimentos sociais e da ação coletiva.

Dessa forma, processo identitário é entendido neste trabalho como um *conjunto de processos cognitivos e afetivos, de construção e atribuição de significados que pessoas, individual e coletivamente, elaboram sobre si mesmo, outras pessoas, grupos e a sociedade a partir de referências pessoais e socialmente construídas*. A identidade, propriamente, é a representação que

⁸Coletividades são tomadas aqui como qualquer agrupamento humano genérico envolvendo pessoas com algo em comum. Grupos são agrupamentos específicos, cuja especificidade coletiva é tomada como objeto por seus membros. Isto implica na formação de uma estrutura interna mínima, a presença de objetivos comuns, a orientação da ação a partir desses objetivos e a demarcação de distinções em relação a outros grupos (THOITS & VIRSHUP, 1997, 129, nota 1).

aparece como resultado sempre cambiante, em transformação, em metamorfose, desse processo⁹.

Na definição apresentada aparecem como centrais as noções de que a identidade é produzida a partir de processos cognitivos e afetivos de categorização social e, também, que a identidade é um fenômeno individual e coletivo. Ou seja, muito embora produzida a partir dos indivíduos, coletividades também criam identidades que lhe são próprias, fazendo com que o fenômeno possa ser encontrado tanto em indivíduos como em coletividades específicas. Esses dois aspectos relacionados à definição de identidade serão analisados de forma mais detalhada para depois se verificar como essa definição se articula com a compreensão dos processos de engajamento militante.

1.2. Identidade como processo de categorização e produção de significados

Processos cognitivos e afetivos compõem a identidade. Dela fazem parte uma definição que o sujeito elabora e apreende sobre si e um sentimento que envolve unidade, coerência e pertencimento (MUCCHIELLI, 1994, 5). João Luiz Medeiros (2004, 106) refere-se a uma bifocalidade presente nos processos identitários: a identidade aponta, ao mesmo tempo, para a construção cognitiva de um significado de semelhança, por um lado, e de permanência, por outro. O primeiro caso refere-se às possibilidades dos indivíduos identificarem-se como semelhante em relação a outros indivíduos e se diferenciarem enquanto grupo ou categoria. O segundo caso refere-se à identificação da continuidade do indivíduo ou grupo social ao longo do tempo. Em todo caso, nas duas situações o que está em questão é o reconhecimento do sujeito perante si e em relação ao outros.

⁹ Na literatura brasileira sobre identidade, Antônio da Costa Ciampa (2005. Ano original da publicação: 1986) evidencia a dimensão de metamorfose dos processos identitários.

Enquanto processo cognitivo de apreensão de si (individual ou coletiva), a identidade é produzida a partir de um processo conjunto de identificações e categorização (JENKINS, 2000). Desta forma, identidade e identificação referem-se a dois processos diferenciados de um mesmo fenômeno, sendo as identificações o mecanismo que possibilita o caráter processual da produção da identidade. O sujeito produz sua identidade a partir de uma série de identificações que tem como objeto determinados referentes e processos de categorização em relação a esses referentes¹⁰.

Numa perspectiva cognitivista, a categorização refere-se a um processo de tratamento de informações a partir da percepção (TAJFEL, 1982, 18). A realidade social pode ser percebida a partir das diferenças entre as pessoas, objetos, eventos e processos sociais. A categorização é um instrumento para os indivíduos “construir um sistema coerente de orientação no ambiente social” (TAJFEL, 1982, 59). Assim, a categorização refere-se a “processos psicológicos que tendem a organizar o entorno em termo de categorias: grupos de pessoas, de objetos, de eventos (ou grupos de alguns de seus atributos) enquanto são semelhantes ou equivalentes uns aos outros para a ação, as intenções ou atitudes de um sujeito” (TAJFEL citado por DESCHAMPS & MOLINER, 2009, 28).

A categorização permite a “decupagem do entorno” e o agrupamento dos objetos a partir de suas semelhanças e diferenças. Sua função é, então, sistematizar, diferenciar e organizar o entorno (DESCHAMPS & MOLINER, 2009, 29).

Há dois momentos interrelacionados nos processos de categorização: um momento indutivo e outro dedutivo. A partir da possibilidade do agrupamento dos objetos se atribui a eles um significado (indução). Esse significado passa a ser estendido a outros objetos que possuam atributos comuns (dedução). A

¹⁰Associada à noção de categorização, a identificação assume neste trabalho um sentido diferente do que lhe atribui, por exemplo, a teoria psicanalítica. Para a psicanálise, a identificação relaciona-se com o vínculo com um objeto que se produz a partir de uma regressão a um objeto libidinal originário (FREUD, 1976 [1921]).

categorização serve também para classificar os objetos. Muitos comportamentos associados a estereótipos e estigmas estão relacionados diretamente a esse aspecto dedutivo da categorização (DESCHAMPS & MOLINER, 2009, 29).

A categorização é produzida a partir dos sujeitos em relação aos objetos. Dessa forma, a categorização envolve as intenções do sujeito, os valores, normas e orientações culturais da sociedade. O indivíduo define os caracteres comuns a determinados objetos para produzir a categorização e faz isso a partir das relações sociais e da cultura em que vive.

Porém, os indivíduos situam-se nas categorias definidos por outros indivíduos e pela sociedade, categorias essas que compartilha. Ou seja: “As pessoas são então ‘sujeitos’ da categorização e ‘objetos’ tratados por este processo cognitivo que eles utilizam” (DESCHAMPS & MOLINER, 2009, 29).

É, então, em relação a significados socialmente produzidos que individual ou coletivamente as pessoas são categorizadas.

Qualquer sociedade em que existe poder, estatuto, prestígio e diferenciações de grupos sociais (e eles existem em todas), coloca cada um de nós num certo número de categorias *sociais*, que se tornam uma parte importante da nossa auto-definição. (TAJFEL, 1982, 24).

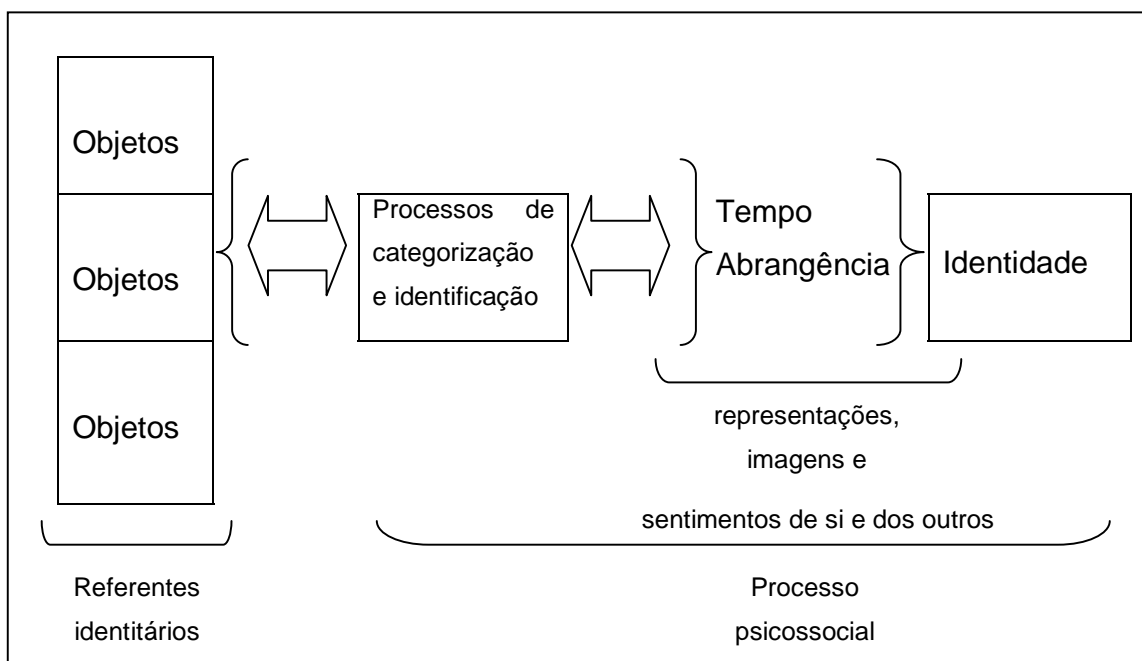
Essas categorias são utilizadas como referentes para a produção da identidade. Quanto mais presentes ao longo do tempo estiverem como identificadores determinados referentes, quanto mais abrangentes em relação a outros referentes forem determinados identificadores, mas eles conformarão a base a partir da qual se forma a identidade.

Dessa forma, esses referentes são tomados pelo sujeito como elementos que constituem uma percepção do EU. O sujeito toma como referente, para sua construção identitária, objetos que dizem respeito a si e sua história (identidade pessoal), aos grupos sociais de que participa (identidade social, que se refere tanto a categorias quanto a grupos sociais) e aos seus pertencimentos coletivos e de participação coletiva (identidade coletiva). Assim, todos os referentes são

organizados a partir de processos de categorização, mas nem todos são utilizados nos processos de identificação¹¹.

O seguinte esquema procura ilustrar esse processo:

Esquema 1 - Mecanismo de produção da identidade: o processo identitário



Fonte: elaboração do autor

A categorização é um processo cognitivo inseparável do processo de conhecimento. As categorias sociais são socialmente produzidas e culturalmente variáveis (TROITS & VIRSHUP, 1997, 107). Os referentes identitários são múltiplos e diversos já que pode se constituir como referente tudo aquilo que possa ser feito significativo para um sujeito. Esses referentes são situações, fatos ou acontecimentos, objetos reais ou imaginários, significados sociais e/ou culturais, idéias, valores, normas, pessoas, etc. que aparecem como objeto reflexivo para o sujeito construir uma imagem e um sentimento de si e dos outros

¹¹ A teoria da identidade social denomina 'auto-categorização' aos processos de identificação tal qual se está usando aqui. Ver Stets & Burke (2000, 224).

(MUCHIELLI, 1994, 92). Os referentes da realidade social são classificados de maneira simples, econômica e fixa (JENKIS, 2000, 8). A identificação é produzida pelo sujeito tendo como referência um objeto ou outro sujeito, a partir de um conjunto de características que são tomadas como distintivas desse objeto/sujeito em relação a outros objetos/sujeitos (MUCHIELLI, 1994, 7). Esses referentes podem ser: materiais ou físicos (nome, território, habitação, recursos econômicos, etc.), históricos (atos fundadores, nascença, filiação, parentesco, grupo cultural, etc.), culturais (sistemas culturais, visão de mundo, atitudes, valores); sociais (*status*, idade, sexo, profissão, papel social, competência); idiossincráticos (estilos de conduta e personalidade) (MUCHIELLI, 1994, 9).

A diferenciação da identidade em dimensões decorre de uma diferenciação (analítica) dos referentes que servem de base para os processos de identificação. Referentes específicos correspondem a dimensões identitárias específicas. Jenkins (2000) compreende essa diversidade de referentes classificando-os como relativos a três ordens distintas¹²: ordem individual, ordem relacional, ordem institucional. A ordem individual envolve referentes idiossincráticos e remete às características de personalidade do indivíduo e ao seu desenvolvimento pessoal. A ordem relacional remete a referentes constituídos a partir das relações entre as pessoas: expectativas em relação ao outro, auto-imagem; imagem pública. A ordem institucional remete, por sua vez, a padrões de identificação que se tornaram estabelecidos em contextos sociais particulares.

Turner (citado por DESCHAMPS & MOLINER, 2009, 32), por sua vez, diferencia os processos de auto-categorização em três níveis de categorização: nível supraordenado, que se refere aos referentes culturais amplos, como por exemplo, a humanidade; nível intermediário, que tem como referentes elementos que caracterizam o indivíduo como membro de um grupo; e, por fim, nível

¹².Jenkins (2000, 10), tendo Goffman como referência, utiliza o termo “ordem” (*order*), para se referir tanto a domínios específicos da ação humana quanto ao caráter ordenado do mundo social. Aqui, precisamente, mantivemos a noção de ordem adotada por Jenkins para manter certa coerência com o seu pensamento.

subordinado, que tem como elementos referentes que são utilizados para comparar o indivíduo consigo mesmo com outros indivíduos dentro do mesmo grupo.

Esses processos contínuos de classificação, voltados para uma diversidade de referentes de distintas ordens, interpenetram-se e se relacionam, formando a base para os processos de identificação. Os processos de identificação, realizados tanto por indivíduos pessoalmente quanto por indivíduos coletivamente, formam, por sua vez, a base dos processos de formação da identidade. Assim, a compreensão das especificidades dos processos de identificação individual e coletiva (categorizações realizadas por indivíduos e/ou coletividades) deve ser feita considerando a diversidade dos processos identitários.

A identidade se refere a processos realizados por pessoas individual e coletivamente¹³. Considerando a diferenciação entre os referentes, a identidade que o indivíduo produz acerca de si envolve, ao mesmo tempo, uma identidade pessoal, uma identidade social (de si e dos outros) e uma identidade coletiva (de si, do seu grupo e de sua coletividade mais ampla) (THOITS & VIRSHUP, 1997, 107; SEDIKIDES & BREWER, 2001, 1)¹⁴. Cada uma dessas três dimensões identitárias se constituem a partir de referentes produzidos tendo como fundamento o contexto cultural do sujeito.

Dessa forma, indivíduos estão envolvidos em processos pessoais de produção de sua identidade (identidade pessoal). Os indivíduos estão envolvidos, também, em processos relacionais de construção da sua própria identidade pessoal, da identidade de outros grupos e coletividades. Da mesma forma, esses mesmos indivíduos estão envolvidos em processos coletivos amplos de produção

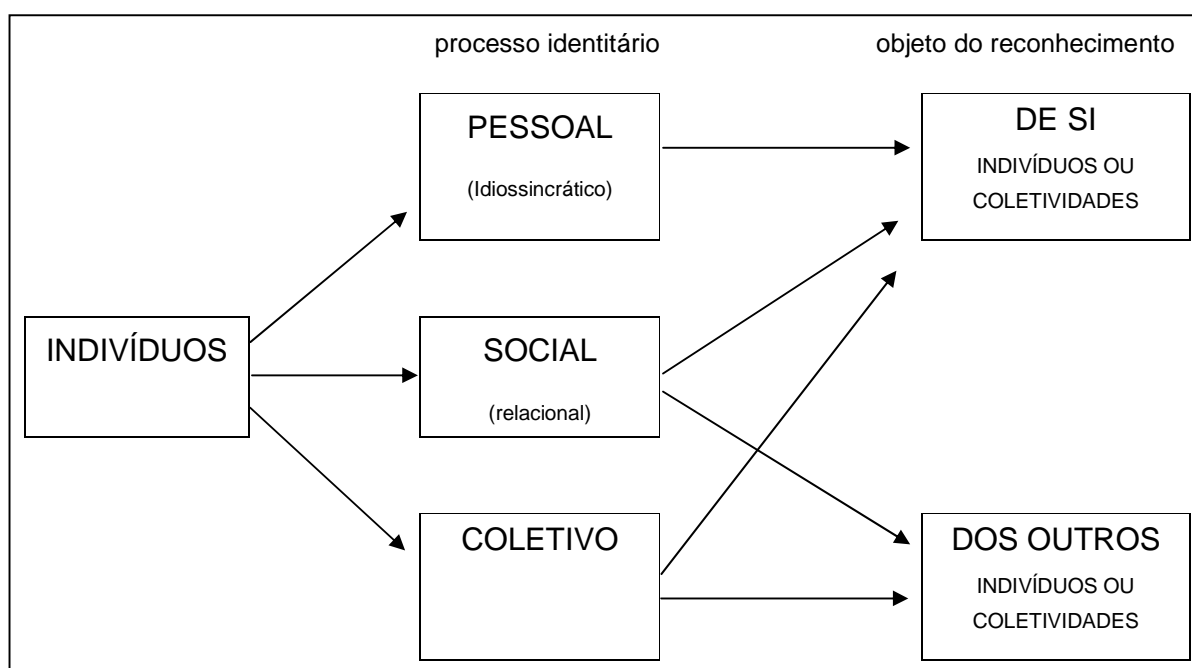
¹³ Este trabalho terá como objeto fundamentalmente processos de produção da identidade individual.

¹⁴ Identidade pessoal e identidade individual referem-se, então, a dimensões diferenciadas do fenômeno identitário: identidade pessoal refere-se de maneira específica aos componentes biográficos e idiossincráticos da identidade individual. Identidade individual refere-se ao conjunto das dimensões idiossincráticas, sociais e coletivas da identidade de uma pessoa (THOITS & VIRSHUP, 1997, 107).

identitária de si e dos outros, que envolve, por exemplo, a formação da identidade étnica, da identidade nacional, etc.

O seguinte esquema procura evidenciar uma diferenciação entre os processos de construção da identidade e o objeto de reconhecimento identitário:

Esquema 2 - A relação entre os processos identitários e os objetos de reconhecimento



Fonte: elaboração do autor

Dessa forma, considerando o sujeito do processo, a identidade pode ser produzida a partir do indivíduo, de grupos específicos e de coletividades sobre si e sobre outros indivíduos, grupos ou coletividades.

O argumento central desta tese é que o engajamento se produz a partir de uma correspondência (SNOW & McADAM, 2000, 42), um entrelaçamento, entre três dimensões identitárias: a identidade pessoal, a identidade social e a identidade coletiva. É a partir da presença de referentes ao engajamento em cada

uma dessas dimensões e na relação entre essas dimensões que se produz a identidade militante.

Além disso, considera-se que os referentes ao engajamento são definidos através de um marco interpretativo próprio que veicula elementos de participação e engajamento. Para esse alinhamento acontecer é fundamental que esteja disponível para a pessoa um marco interpretativo que apresente determinada realidade como algo dotado de um sentido para o sujeito. Esse marco interpretativo tem que relacionar essas três dimensões e apresentar os elementos que dispõem para o engajamento militante: a ação coletiva, a transformação, o conflito. Assim, esta tese procurará evidenciar, para cada dimensão identitária (pessoal, social e coletiva), quais referentes relacionados ao engajamento estão presentes e como esses referentes se relacionam entre si e com o marco interpretativo que dispõe ao engajamento.

É, pois, importante verificar como cada uma das dimensões identitárias contribuem para o processo de formação da identidade militante em relação às demais dimensões. Ou seja, como a identidade pessoal pode estar presente e interferir na formação da identidade social e da identidade coletiva ou se essas duas dimensões da identidade individual não seriam suficientes para explicar a participação do fenômeno identitário nos processos de engajamento militante. Ou, colocando em outros termos: a identidade militante não seria explicada somente a partir das dimensões da identidade social e da identidade coletiva? Qual a participação da identidade pessoal e dos processos de correspondência entre as três dimensões identitárias para a construção da identidade militante?

1.3. A identidade pessoal

A identidade pessoal é a base para a formação das demais dimensões da identidade individual (identidade social e identidade coletiva). Ao mesmo tempo, a

identidade pessoal é integrada por processos sociais e coletivos de produção da identidade (OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 479). Como a identidade pessoal participa em conjunto com as dimensões social e coletiva na formação da identidade individual e qual a participação dessas duas dimensões identitárias na identidade pessoal tem sido uma questão importante de pesquisa para as teorias da identidade (TROITS & VIRSHUP, 1997; STETS & BURKE, 2000; SEDIKIDES & BREWER, 2001; PAIVA, 2007).

A identidade pessoal envolve uma autodescrição que o indivíduo realiza sobre si como uma pessoa única (OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 479). Caracteriza-se, assim, por um conhecimento de si-mesmo que é fonte de um sentimento de reconhecimento pessoal (auto-reconhecimento). Esse conhecimento sobre si-mesmo é produzido a partir do sistema cultural em que o indivíduo está inserido, dos marcos interpretativos próprios e específicos aos grupos de que faz parte e dos processos de formação da personalidade (MUCCHIELLI, 1994, 25). As experiências afetivas produzidas ao longo da existência de cada um intervêm na percepção do mundo e nas relações entre esses indivíduos e os outros (indivíduos, grupos e coletividades). Dessa forma, emoção e afetos, tanto quanto processos cognitivos de categorização e classificação são elementos constitutivos fundamentais dos processos identitários pessoais.

A compreensão da formação da identidade em termos pessoais tem sua formulação mais estrita através da psicanálise (ZARETSKY, 1994). Diferente de uma teoria da identidade, a psicanálise apresenta uma teoria da identificação que se fundamenta nos laços afetivos inconscientes desenvolvidos a partir das relações sociais e que estruturam a personalidade. Para Freud (1976)[1921] a identificação constitui a forma original do laço emocional de um indivíduo com um objeto e, enquanto processo psicológico, ela se torna uma forma regressiva de vinculação entre a pessoa e o objeto libidinal, podendo essa vinculação, em função de qualidades comuns, ser partilhada com outras pessoas que não aquela objeto original do instinto sexual. Quando mais importante essa qualidade comum,

mais forte será essa identificação parcial. A identificação explicaria, tendo como fundamento os processos primários de formação da personalidade, a formação, ao longo do desenvolvimento do indivíduo, dos seus laços afetivos¹⁵. Dessa forma, a identificação permite compreender o comportamento atual do indivíduo na medida em que remete para aspectos não-atuais (passado) e inconscientes do seu comportamento (MALDAVSKY, 1993).

Um desenvolvimento importante do conceito de identidade e que serviu enormemente para a sua difusão, deu-se a partir do trabalho de Erik Erikson (1976)[1968]. Partindo da teoria psicanalítica e com ênfase nos aspectos psicossociais da identidade, Erikson (1976)[1968] desenvolve o conceito de identidade do ego. Aqui, a identidade carrega a conotação de similaridade e de continuidade do auto-conceito ao longo do tempo. A identidade é produzida a partir das relações sociais, mas se refere, fundamentalmente, a atributos pessoais. Localiza-se, segundo o autor, "no âmago do indivíduo" e corresponde a uma elaboração cognitiva que o indivíduo realiza sobre si a partir dos outros:

um processo que ocorre em todos os níveis de funcionamento mental, pelo qual o indivíduo se julga a si próprio à luz daquilo que percebe ser a maneira como os outros o julgam, em comparação com eles próprios e com uma tipologia que é significativa para eles; enquanto que ele julga a maneira como eles o julgam, à luz do modo como se percebe a si próprio em comparação com os demais e com os tipos que se tornaram importantes para eles (ERIKSON, 1976 [1968], 21).

Desta forma, a identidade significa "o processo de ajuste do interior subjetivo com um externo social" (NOACK, 2007, 135), processo esse que mantém no indivíduo e na sociedade a continuidade de certos traços fundamentais. A consciência da identidade, e a possibilidade do indivíduo em alguma medida orientar-se a partir dela, produz-se a partir de uma crise de identidade, que acontece, inicialmente, na adolescência. Nessa fase, pela primeira

¹⁵. Alex Mucchielli (1994, 26) apresenta uma descrição sucinta sobre os processos psicológicos de identificação que se desenvolvem tendo por centralidade a *situação edipiana*. Ver, também, Joanildo Burity (1998) e Veridiana Guimarães & Luiz Augusto Celes (2007).

vez, o indivíduo é posto em confronto com algo estranho relativo a si mesmo: seu corpo. Assim, o “eu subjetivo” tomaria consciência de si mesmo e dos compromissos que vai assumir perante o contexto em que está inserido (NOACK, 2007: 138).

O conceito de identidade do ego tem produzido uma ampla literatura sobre comportamentos desviantes e comportamentos de grupo, principalmente entre adolescentes, bem como sobre formação de identidade de grupo, principalmente em relação a grupos étnicos.

De forma geral, para a psicanálise e para as teorias psicossociais produzidas a partir de Erikson, a identidade é compreendida a partir dos processos psicossociais que estão relacionados com a sua formação. Assim, antes de tudo, é como atualização de si mesmo ao longo de processos de identificação, que ela pode se relacionar com a ação coletiva, atualização essa construída ou prestando contas a uma identidade anterior. Nessa perspectiva, Lauren Duncan (2005; DUNCAN & STEWART, 2007) vai desenvolver a noção de identidade política pessoal, enfatizando os aspectos da identidade pessoal constituídos ao longo do processo de formação do indivíduo e que o dispõe ao engajamento.

No caso deste trabalho, em se tomando a identidade militante como um processo identitário específico, para além da atualização e manutenção da identidade pessoal, é fundamental destacar os aspectos relacionados com a identidade pessoal que permitem a produção identitária tendo como referência os elementos que são constitutivos da ação militante. Assim, uma concepção processual e relacional sobre a identidade deve incorporar os elementos atuais que estão presentes em sua produção.

Duas perspectivas teóricas diferenciadas destacam a produção da identidade pessoal a partir do caráter atual dos processos sociais: o cognitivismo social e o interacionismo simbólico. Assim, é necessário verificar a perspectiva de identidade presente em cada uma dessas teorias, quais seus aportes para uma

teoria da identidade pessoal, as possíveis lacunas e como elas podem se afastar ou se complementar.

Para o cognitivismo social e para as teorias interacionistas, a identidade pessoal está diretamente relacionada à noção de Self. Na psicologia moderna, uma primeira elaboração da noção de Self foi realizada por William James, no final do século XIX. James definiu o Self (entendido aqui como o si-mesmo) como sendo composto por um Eu cognoscente, que percebe, tem sensações, lembranças e elabora projetos, e por um Eu cognoscível, a dimensão do Eu que é conhecida pelo Eu cognoscente, ou seja, um Eu objeto (DESCHAMPS & MOLINER, 2009, 18).

A partir dessa noção de Self, a perspectiva cognitivista passou a acentuar os aspectos psicológicos que organizam a cognição e que são anteriores aos comportamentos e que supostamente preparam a ação (DESCHAMPS & MOLINER, 2009, 48). Por outro lado, a perspectiva do interacionismo simbólico passou a destacar os significados construídos e compartilhados a partir da interação social na construção do Self. Ambos, cognitivismo social e interacionismo simbólico, no entanto, enfatizam o caráter de produção social do Self.

Dessas duas perspectivas derivam duas teorias da identidade que são bastante complementares: a teoria da identidade social, associadas a autores como Tajfel, Hoog e Turner e que se desenvolve a partir da tradição cognitivista, e a teoria da identidade, associada fortemente aos trabalhos de Stryker e que se desenvolve a partir da tradição do interacionismo simbólico (STETS & BURKE, 2000).

A ênfase nos processos de interação social, nos significados construídos a partir desses processos, nas relações atuais que os constituem, todos esses elementos são apresentados pelas teorias interacionistas como formadores dos agentes e da própria realidade social (MEAD, 1992 [1934]; STRYKER, 1981; BERGER e LUCKMANN, 1996 [1966]). Nessa perspectiva, a identidade deve ser

compreendida como processo que tem como fundamento a formação e a manutenção do Self.

O interacionismo-simbólico desenvolve uma noção de Self numa perspectiva, pelo menos inicialmente, muito próxima a de Willian James. Para George Herbert Mead (1992)[1934], o Self é um fenômeno decorrente da reflexividade humana, sendo produzido a partir dos processos de interação quando, a partir do outro, o indivíduo percebe-se e coloca a si-mesmo como objeto. Deriva daí a noção de objeto do Self, ou, na perspectiva de Mead (1992 [1934], 194), o 'Me', ou, o Eu-objeto, o seja, o Self tomado enquanto objeto. Ao colocar-se como objeto, o indivíduo percebe a si-mesmo como alguém que realiza a reflexão, e daí a percepção do si-mesmo como sujeito, ou, novamente nos termos de Mead (1992 [1934], 192), aparece o 'I', o Eu-sujeito, o Eu que realiza a reflexão e que se percebe como autor dessa reflexão.

O processo de emergência do Self é um processo que acontece a partir dos processos de socialização. Para a descrição desses processos, conceitos de socialização primária e socialização secundária são particularmente importantes. Estes conceitos permitem uma apropriação do conceito de identidade primária e, também, uma compreensão dos contextos de categorização social relacionados com a produção da identidade social.

Peter Berger e Thomas Luckmann definem socialização como “a ampla e consistente introdução do indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela” (1996 [1966], 175). Através desse processo o indivíduo interioriza os significados e sentidos do mundo. A socialização primária é a primeira etapa desse processo e é experimentada pelo indivíduo na infância. Na socialização primária acontece a identificação com os “outros significativos” e a internalização a partir desses dos papéis e atitudes sociais. É pela identificação com os outros significativos que a criança identifica-se a si mesmo e constrói uma identidade subjetivamente coerente e plausível (BERGER & LUCKMANN, 1996 [1966], 177). A personalidade se forma ao longo desse processo: “a personalidade é uma entidade reflexa, que retrata as atitudes tomadas pela primeira vez pelos outros

significativos com relação ao indivíduo, que se torna o que é pela ação os outros significativos” (BERGER & LUCKMANN, 1996 [1966], 177). Assim, o indivíduo constitui-se como personalidade através de uma relação entre as identidades objetivamente atribuídas e a identidade subjetivamente apropriada.

As identificações a partir dos outros significativos tendo como referência papéis e atitudes atribuídas aparecem, então, como elementos para que a criança relacione-se com uma generalidade de outros, identificando-se como “outro generalizado”. “O indivíduo tem agora não somente uma identidade em face deste ou daquele outro significativo, mas uma identidade *em geral*, subjetivamente apreendida como constante, não importando que outros, significativos ou não, sejam encontrados” (BERGER & LUCKMANN, 1996 [1966], 178). A teoria da identidade de Berger e Luckmann permite compreender a identidade tendo por referência a presença dos outros, que aparecem como mediadores para a formação do indivíduo.

A formação da identidade pessoal, e como componentes desta, do auto-conceito e da auto-estima, dá-se por intermédio dos processos de socialização. Com a emergência do Self, emerge, concomitante, um auto-conceito (*self-concept*), que pode ser entendido como uma representação identitária que o Self elabora a partir de seu pólo objeto (o *Me*). O auto-conceito pode ser definido como “a totalidade dos pensamentos e sentimentos de uma pessoa acerca de si mesma ou tomando a si-mesmo como um objeto de reflexão” (Rosemberg, citado por OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 479). Auto-conceito envolve, então, o conjunto dos nossos pensamentos, sentimentos e imaginações sobre quem nós somos (STETS & BURKE, 2003, 130). O auto-conceito não é apenas a visão idealizada da pessoa acerca dela mesma, mas envolve também a avaliação que a pessoa faz de como os outros a vêem (STETS & BURKE, 2003, 131)

O auto-conceito é a base para a identidade pessoal e um dos seus componentes é a auto-estima (*self-esteem*), ou, o valor que a pessoa atribui a si mesma. Pelo menos, duas dimensões estão fortemente presentes na auto-estima: o sentir-se capaz e o sentir-se aceito (STETS & BURKE, 2003, 131).

Os aspectos eminentemente pessoais da identidade individual relacionam-se diretamente com as noções de auto-conceito e auto-estima. A perspectiva é de que através de processos de manutenção do auto-conceito e da auto-estima o Self desenvolve-se funções de auto-regulação e auto-avaliação (HIGGINS & MAY, 2001; BAUMEISTER & VOHS, 2003; TESSER, 2003). Essa perspectiva de auto-regulação do Self tem sido estudada pela literatura atual que relacionam Self e identidade (HITLIN, 2003).

Steven Hitlin (2003) propõe que valores, ou a identificação a partir de valores, são o elemento central da identidade pessoal, funcionando como uma força de coesão dentro da identidade pessoal. A partir dos valores, a identidade pessoal provém à pessoa um sentimento e uma experiência de coesão ao longo do tempo e em relação às suas várias identidades sociais.

Identidade pessoal tomada como um senso de si construído ao longo do tempo envolve a pessoa, seus objetivos e projetos como derivados dela mesma e não de algo que lhe seja colocado pela sociedade (Hewitt citado por HITLIN, 2003, 121). Dessa forma, a identidade pessoal envolve um senso de sentir-se único, de ser exclusivo (HITLIN, 2003, 121).

A identidade pessoal pode ser evidenciada a partir das autodescrições realizadas pela pessoa que têm como referencia os detalhes únicos e específicos relacionados à sua biografia e ao caráter idiossincrático de suas experiências. A identidade pessoal é produzida a partir de fatos e situações que são vivenciadas pelo indivíduo como únicas, a partir das quais o indivíduo conforma uma narrativa pessoal sobre si (OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 479).

A identidade individual é composta, porém, não apenas pelas identificações estritamente idiossincráticas e biográficas, mantidas a partir das necessidades de auto-regulação do Self. Identificações construídas e mantidos a partir das relações sociais compõe a identidade individual. A essa dimensão da identidade tem-se denominado de identidade social (TROITS & VIRSHUP, 1997; SEDIKIDES & BREWER, 2001).

1.4. A identidade social

A noção de identidade social tem sido utilizada pelas teorias da identidade em pelo menos três sentidos diferentes. Num primeiro e mais amplo, na perspectiva de que toda identidade é social. A afirmação de que toda identidade é social relaciona-se com a idéia presente nas teorias contemporâneas da identidade de se contrapor a uma perspectiva naturalista e substancialista da identidade, afirmando o caráter social e processual de sua produção. Nesse sentido, inclusive a identidade pessoal é social. Uma segunda perspectiva evidencia os aspectos de pertencimento social que estão presentes na identidade individual. Faz-se uma diferenciação entre os aspectos eminentemente pessoais, de caráter idiossincrático e biográficos, da identidade pessoal, e aqueles que constituem a identidade individual mantidos a partir e nas relações sociais (BREWER, 2001). Uma terceira perspectiva toma a identidade social como a identidade do indivíduo em relação a um grupo social ou de uma coletividade, o que implica no reconhecimento dos membros desse grupo como seus constituintes.

Considerando-se as duas últimas perspectivas, pode-se definir a identidade social como “as maneiras pelas quais indivíduos e coletividades são diferenciadas a partir de suas relações sociais de outros indivíduos ou coletividades” (JENKIS, 1996, 4). Dessa forma, identidade social implica em processo de similaridade e diferença, ou seja, de categorização social e diferenciação social. Esses processos de diferenciação podem ter como fundamento a localização do indivíduo na sociedade a partir do desempenho de determinados papéis sociais ou o pertencimento do indivíduo a determinadas posições ou categorias sociais.

Essas duas últimas perspectivas podem ser tomadas como o nível individual e o nível coletivo da identidade social. “O nível individual são identificações do EU como uma pessoa com certas características, usando-se para isso categorias sociais amplas para descrever ‘quem eu sou’. O nível coletivo (o nós) são as identificações do EU com um grupo como um todo, usando-se

categorias sociais amplas para se definir ‘quem nós somos’” (THOITS & VIRSHUP, 1997, 106).

O nível individual da identidade social tem sido particularmente desenvolvido pela teoria da identidade, de Sheldon Stryker (THOITS & VIRSHUP, 1997) e por Marilynn Brewer (2001, 118), ao tratar da identidade social relacional.

Sheldon Stryker propõe uma teoria da identidade a partir do que denomina de *interacionismo simbólico estrutural* (STRYKER, 1981, 399; STRYKER, 2000, 26). Nessa perspectiva, o autor incorpora à noção de identidade elementos referentes aos constrangimentos apresentados aos indivíduos decorrentes das interações e da organização social (STRYKER, 1981, 399). Essa perspectiva permite compreender os aspectos atuais implicados na formação da identidade, conectando as dimensões estruturais e relacionais.

A perspectiva do interacionismo simbólico estrutural é desenvolvida tendo por referência uma crítica ao caráter fluído que a sociedade assume no interacionismo simbólico tradicional, já que nesse último os indivíduos são considerados livres para definir as situações de interação que dão centralidade (STETS & BURKE, 2003, 128). O interacionismo simbólico estrutural enfatiza o caráter estável das relações sociais, o que permite compreender o comportamento de um indivíduo ao longo do tempo, sem desconsiderar as possibilidades de criação dos indivíduos (STRYKER, 1981, 395; STETS & BURKE, 2003, 129).

Os indivíduos atuam dentro de um contexto repleto de padrões tanto para a ação quanto para os processos de interação. O caráter estável desse contexto cria mecanismos de manutenção das diferenças. Os papéis sociais são um desses mecanismos, mas não apenas, já que eles incluem uma noção mais ampla: a de posições sociais. Posições sociais incluem noções como idade, gênero, etnia, estado civil, status de classe.

A partir disso, Stryker compreende a identidade como um esquema cognitivo produzido a partir dos significados que as pessoas atribuem a si mesmo tendo como referência o desempenho de papéis sociais e de suas posições

sociais (STRYKER, 2000, 33). Enquanto elaborações cognitivas, as identidades variam e são organizadas hierarquicamente (STRYKER, 2000, 28). Esta organização hierárquica é denominada de saliência identitária, a qual é definida como a probabilidade de uma identidade aparecer em jogo em uma variedade de situações como função de suas propriedades enquanto esquema cognitivo. Saliência identitária evidencia a disposição para a pessoa expressar uma identidade em detrimento de outras como uma decorrência de suas propriedades como um esquema cognitivo (STRYKER, 2000, 34). Dessa forma, a saliência identitária constitui-se como uma parte estável do Self, algo que a pessoa carrega consigo a cada situação (OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 488).

A partir do conceito de saliência identitária, Stryker propõe uma perspectiva transsituacional de identidade (STRYKER, 2000, 34), articulando-se esse conceito com uma outra noção, a de processo identitário. A noção de processo identitário permite relacionar a dimensão pessoal e a dimensão social da identidade.

Processo identitário refere-se às ações que criam, apresentam e mantêm as diversas dimensões identitárias congruentes e sustentadas pelo auto-conceito (SNOW & Mc ADAM, 2000, 46). Os processos identitários envolvem, então, as ações realizadas pelas pessoas para dar significado para si próprio ou para outros, através da produção de uma congruência entre suas diversas identidades possíveis (SNOW & Mc ADAM, 2000, 47).

Numa leitura mais próxima ao cognitivismo social, Marilyn Brewer (2000, 2001, 2003, 2007) através de sua Teoria da Diferenciação Ótima¹⁶, elabora uma relação entre diferentes dimensões identitárias. Para a Teoria da Diferenciação Ótima há uma primazia no papel da pertença de grupo e da identidade coletiva na definição do auto-conceito (*self-concept*) e para a manutenção de um valor pessoal. É em relação aos outros indivíduos e grupos que as pessoas tentam manter um equilíbrio entre os processos cognitivos básicos de diferenciação e

¹⁶Teoria da Diferenciação Ótima é uma tradução muito livre feita pelo autor para “*optimal distinctiveness theory*”.

integração. Os indivíduos buscam constantemente integrar-se aos grupos e coletividades e ao mesmo tempo manter certa individualidade.

O auto-conceito depende de um equilíbrio entre as diferentes dimensões da identidade. Brewer (2001) faz uma diferenciação entre identidade pessoal, identidade social e identidade coletiva. A identidade pessoal envolve aspectos eminentemente discricionários do Eu (self). A identidade social envolve aspectos do EU constituídos a partir do pertencimento ou da participação do indivíduo em grupos ou categorias sociais (BREWER, 2001, 117). A identidade social inclui três processos identitários diferenciados, porém relacionados: a *identidade social pessoal*, a *identidade social relacional* e a *identidade social grupal*.

A *identidade social pessoal* refere-se às definições da identidade social relacionadas ao auto-conceito individual, ou seja, envolve os aspectos do EU que são diretamente influenciados pela participação da pessoa a grupos ou categorias sociais e que são produzidos através dos processos de socialização e internalização. As identidades étnica e de gênero, são exemplos de identidade social pessoal. Enquanto identidade pessoal, a identificação com grupos ou categorias sociais provê para a pessoa uma série de características, expectativas, costumes, crenças e ideologias próprias aos grupos e categorias sociais específicas (BREWER, 2001, 118).

A *identidade social relacional* refere-se às identidades que são constituídas a partir das relações interpessoais, tais como as relações profissionais (médico-paciente; professor-aluno, etc.), as relações familiares (pai-filho) e as relações pessoais próximas (amigos, namorados). A identidade social relacional evidencia os aspectos de interdependência das relações interpessoais, já que se funda nas expectativas de comportamento em relação ao desempenho de papéis sociais (BREWER, 2001, 118).

A identidade social grupal refere-se à percepção do EU como parte de um grupo (diferente da percepção que o EU realiza do grupo como parte de si, que caracteriza a identidade social pessoal) (BREWER, 2001, 108). O EU identifica uma unidade grupal da qual ele faz parte. O conceito de identidade social grupal

permite autora fazer uma distinção em relação ao conceito de identidade coletiva. A partir da distinção entre identidade social grupal e identidade coletiva é possível diferenciar “entre a identidade social enquanto identificação com um coletivo [indivíduo] e a identidade coletiva como as normas, valores e ideologia que tal identificação vincula” (BREWER, 2001, 119).

O conceito de identidade social grupal aproxima-se, fortemente, ao nível coletivo da identidade social na medida em que se referem, ambos, aos pertencimentos sociais constituídos a partir da identidade social.

A noção de identidade nos termos de identidade social constituída a partir dos grupos sociais foi desenvolvida em finais da década de 1970 por Henri Tajfel em sua teoria da identidade social (TAJFEL, 1982 [1981]; THOITS & VIRSHUP, 1997; DEAUX, 2000). Peggy Thoits e Lauren Virshup (1997, 114) denominam essa dimensão justamente como a dimensão coletiva da identidade social. Enquanto a teoria da identidade de Stryker tem como foco os significados internalizados que, ao longo do tempo, mantêm a estrutura do Self, a teoria da identidade social de Tajfel enfatiza o contexto social e seus significados (OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 488). Os trabalhos de Tajfel voltaram-se principalmente para o estudo dos processos que ocorrem intergrupos e se caracterizaram pelos estudos experimentais com grupos a partir da manipulação de um número mínimo de variáveis, o que passou a ser denominado de *paradigma do grupo mínimo* (TAJFEL, 1982 [1981], 265; THOITS & VIRSHUP, 1997, 117; BREWER, 2000, 120).

Para Tajfel, a identidade social refere-se a uma “parcela do autoconceito dum indivíduo que deriva do seu conhecimento da sua pertença a um grupo (ou grupos) social, justamente com o significado emocional e de valor associado à aquela pertença” (TAJFEL, 1982 [1981], 290). Mediante processos de categorização social o indivíduo cria e define seu lugar na sociedade, diferenciado os indivíduos a partir de sua participação ou não em um grupo. Diferenciações intragrupo e extragrupo são fundamentais nesse processo. Assim, através de categorização e distinção social são produzidos comportamentos de favoritismo

intragrupo, mesmo na ausência de elementos referentes a um passado comum entre seus membros ou de alguma vantagem específica para o indivíduo em questão (BREWER, 2007, 729).

para que os membros de um grupo sejam capazes de desgostar ou odiar um outro grupo, ou de discriminá-lo, é necessário primeiro que tenham adquirido um senso de pertencimento a um grupo a partir do qual se faça claramente a distinção com o outro grupo que se desgosta ou odeia (TAJFEL, 1974, 66).

Tajfel não distingue grupos extensos, como os decorrentes de classificações sócio-demográficas, e grupos menores, mais estruturados. Para ele, o que define um grupo não é sua estrutura, sua função ou seu tamanho, mas sua realidade social. Essa realidade é dada pela categorização que os membros de um grupo fazem acerca de si mesmo como membros de um grupo e que serve para esses membros diferenciarem-se daqueles que não são membros (THOITS & VIRSHUP, 1997, 114).

Partindo de uma perspectiva motivacional, Tajfel pressupõe que as pessoas possuem necessidades de diferenciação e identificações positivas. A pertença a um grupo pode ser um elemento importante para isso.

Na continuidade dessa perspectiva, J.C. Turner elaborou uma teoria da auto-categorização do eu (*self-categorization theory*), também denominada teoria da autoprototipicidade, já que os membros de um grupo definem-se enquanto tal a partir de um protótipo do grupo (PAIVA, 2007, 79). A teoria da auto-categorização distingue auto-categorização individual (identidade pessoal) e auto-categorização coletiva (identidade social), tendo essa última por base a preponderância psicológica de determinada categoria comum a membros de um grupo em comparação com outros grupos. A ênfase da teoria da auto-categorização é mais nos processos atuais de produção da identidade social do que no desenvolvimento histórico das identidades (DEAUX, 2000: 10; ONORATO & TURNER, 2001, 160; SPEARS, 2001, 172).

A questão trazida por Turner diz respeito à motivação do indivíduo para a escolha de uma ou outra identidade, a partir do processo de categorização e formação de protótipos. O que está em questão é o que faz com que as pessoas escolham determinada categoria e incorporem essa categoria em sua auto-identificação (DEAUX, 2000, 10).

Esse processo acontece tendo por base o que se define como o princípio do metacontraste. Segundo esse princípio, a avaliação das diferenças entre as diferenças acontece a partir do agrupamento em um mesmo grupo dos elementos menos diferentes entre si tomados em relação aos elementos de um outro grupo (por exemplo: brasileiros, portugueses e angolanos, em relação aos povos de língua não portuguesa) (PAIVA, 2007, 80). Por metacontraste, o reconhecimento a partir do protótipo ou próximo a ele é o elemento cognitivo motivacional que explica essa escolha. Assim, a auto-definição coletiva se dá a partir de processos intergrupos de comparação com grupos externos (extragrupos) (SPEARS, 2001, 172).

A teoria da auto-categorização evidencia uma correlação negativa entre identidade pessoal e identidade social, inclusive como uma decorrência da independência e, até, oposição entre o Self individual e o Self coletivo (SPEARS, 2001, 176)¹⁷. As dimensões individual e coletiva do Eu são “funcionalmente antagonistas”, de tal maneira que “à medida que alguém partilha do protótipo do grupo, outras determinações identitárias perdem o relevo e a pessoa tende a “despersonalizar-se” em favor do grupo” (PAIVA, 2007, 80). Quanto mais forte for a identidade construída a partir do grupo, menor será a saliência da identidade pessoal.

Há uma diferença importante entre a teoria da identidade de Stryker e a teoria da identidade social que, de certa forma, as tornam complementares. A teoria de Stryker inclui papéis sociais, o que remete a relações funcionais entre

¹⁷ Russel Spears (2001, 181) chama a atenção para o fato de que, apesar de algumas pesquisas evidenciarem o caráter de oposição funcional entre os níveis individual e coletivo de identificação, essa hipótese não está, de todo, comprovada.

elementos diferentes entre si. A teoria de Tajfel se refere a categorias sociais como base para os processos de categorização que são formadores da identidade social coletiva. Para Stryker, a teoria da identidade social (Tajfel) trata grupo e categoria como sinônimos (STRYKER, 2000, 20). A teoria da identidade de Stryker diferencia grupo e categoria. As categorias referem-se à inclusão de pessoas que compartilham determinadas características (católicos, gaúchos, gays) e refletem fronteiras sociais. O grupo, por sua vez, é uma unidade funcional de pessoas em interação ocupando tipicamente posições diferenciadas e atuando a partir de papéis complementares (STRYKER, 2000, 30).

Outra diferença refere-se ao conceito de saliência identitária, também presente na teoria da identidade (Stryker) e na teoria da identidade social (Tajfel). Para Stryker a saliência identitária refere-se a uma parte estável do Self que é levada de situação a situação (THOITS & VIRSHUP, 1997, 122; OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 488). Para Tajfel, a saliência refere-se ao impacto que um determinado referente tem na construção da identidade, considerando-se uma dimensão identitária específica (“entre o conjunto de colegas estudantes, sou estudante de sociologia”, por exemplo) (OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 488).

Geralmente, identidades sociais referem-se à identidade de gênero, de etnia, de profissão, na medida em que permitem um reconhecimento do indivíduo a partir de sua pertença a determinados grupos sociais e, ao mesmo, um sentimento de pertencimento desse indivíduo em relação a esses grupos. Apesar da relevância de todas essas identidades sociais específicas, a identidade profissional, neste trabalho, acaba adquirindo certa importância.

Claude Dubar (2005, 145) entende a identidade profissional como uma identidade social possível, que se torna acessível no decorrer da socialização secundária. Como em toda identidade social, dois processos operam na construção da identidade profissional: o processo biográfico (refere-se à identidade para si) e o processo relacional (identidade para o outro) (DUBAR, 2005, 143). Essa distinção entre a identidade para si e a identidade para o outro

aparece claramente na diferenciação feita pelo autor entre atos de atribuição e atos de pertencimento.

Atos de atribuição definem o que a pessoa é para os outros, a partir dos outros, e constitui, na perspectiva do autor, uma identidade virtual. Atos de pertencimento definem o que a pessoa é para si (a identidade predicativa de si) e constituem uma identidade singular, interiorizada pelo sujeito e tomada como real.

Para o autor, a relação entre a identidade atribuída e a identidade tomada como real, o que envolve a aceitação, a recusa, a continuidade, a ruptura entre esses processos identitários, depende das instituições e dos agentes que estão em relação direta com os sujeitos envolvidos (DUBAR, 2005, 140), de tal modo que:

A construção das identidades se realiza, pois, na articulação entre os sistemas de ação, que propõem identidades virtuais, e as “trajetórias vividas”, no interior das quais se formam as identidades “reais” às quais os indivíduos aderem (DUBAR, 2005, 141).

Dessa forma, as instituições constituem um mediador fundamental para a afirmação ou não de uma determinada identidade social tomada pelo indivíduo a partir de sua trajetória. Dubar (1998) distingue as trajetórias objetivas e as trajetórias subjetivas, designando estas como os relatos biográficos realizados pelos indivíduos que reconstituem seu percurso profissional. A trajetória subjetiva refere-se aos processos identitários individuais e à percepção que os indivíduos formulam sobre esses processos.

1.5. Identidade Coletiva

A noção de identidade coletiva está diretamente associada à literatura sobre movimentos sociais, tendo sido esse conceito amplamente utilizado para análise do que se convencionou chamar os novos movimentos sociais

(HABERMAS, 1981; TOURAINE, 1985, 2000; MELUCCI, 1985, 1996, 2001; COHEN, 1985, HUNT & BENFORD, 2004) e as políticas da identidade¹⁸ (CALHON, 1994; POLLETTA & JASPERS, 2001). A dimensão coletiva da identidade tem sido analisada por uma variedade muito distinta de teorias, abarcando disciplinas como a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história, a educação, entre outras. Um tanto por isso, ela está menos delimitada por teorias específicas, como acontece com as dimensões pessoal e social da identidade (OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 490).

Na literatura sociológica clássica alguns conceitos e noções relacionam-se diretamente com a noção de identidade coletiva. No marxismo, a noção de consciência de classe, como uma condição necessária para o reconhecimento dos interesses de classe e da constituição do ator coletivo. Em Durkheim, o conceito de representações coletivas, como significados sociais que são cognitiva e emocionalmente compartilhados e que constituem a base para a solidariedade social, para a consciência coletiva e para a identidade grupal (HUNT & BENFORD, 2004, 436).

A literatura sociológica contemporânea sobre identidade coletiva tem destacado os processos de solidariedade que são constituídos na medida em que as pessoas ao perceberem compartilhando uma mesma identidade, percebem-se também como vivenciando uma mesma realidade, compartilhando comportamentos e emoções comuns, bem como o sentido de um destino comum e de pertença a um grupo determinado (OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 490).

Um sentido que tem sido dado pela literatura psicológica contemporânea para a noção de identidade coletiva é o de identificação com um coletivo (KLANDERMANS, 1984, 2004; KLANDERMANS & OEGEMA, 1987; KLANDERMANS & De WEERD, 2000; SIMON & KLANDERMANS, 2001). Bernd

¹⁸ Políticas da identidade referem-se a dimensão política dos movimentos sociais que por volta da década de 1980 colocavam em questão a identidade, como o movimento gay, o movimento de mulheres, etc. (CALHON, 1994; POLLETTA & JASPERS, 2001).

Simon e Bert Klandermans (2001) propõem o uso da noção de identidade coletiva em detrimento do conceito de identidade social, já que toda identidade é social. Argumentam, também, que a noção de Self é preferível à noção de identidade pessoal. Identidade coletiva assume o sentido específico da identidade de uma pessoa como membro de um grupo. A identidade é coletiva porque a pessoa compartilha a fonte de sua identidade (o fazer parte de um determinado grupo) com outras pessoas (SIMON & KLANDERMANS, 2001, 321). Aqui, a identidade coletiva se refere a uma identidade mais inclusiva que a identidade social desenvolvida tanto pela teoria da identidade de Stryker quanto pela teoria da identidade social de Tajfel. A identidade coletiva dá o sentido do “nós” a partir do sentimento no indivíduo de seu pertencimento a um determinado grupo social (SIMON & KLANDERMANS, 2001, 321). Para Marilyn Brewer (2001; BREWER, & GARDNER, 1996), a identidade coletiva refere-se a uma identidade que é vivenciada pelo indivíduo como fonte de um sentimento de pertencimento a um “nós”.

Quer seja acentuando aspectos da identidade pessoal e da identidade social relacionados à percepção e aos sentimentos do pertencimento a uma coletividade, como acontece frequentemente com a perspectiva psicológica, quer seja colocando em destaque os processos grupais e macrossociais de produção de um pertencimento coletivo, o que é mais próximo à perspectiva sociológica, a identidade coletiva é vista sobretudo a partir da noção do pertencimento: o sentir-se parte e integrar um determinado coletivo. Timothy Owens, Dawn Robinson e Lynn Smith-Levin (2010) sugerem, nesse sentido, que a identidade coletiva deve ser vista como uma dinâmica dos processos identitários no âmbito grupal, uma dinâmica que envolve uma identificação pessoal com um grupo a partir da percepção e do sentimento de pertença a esse grupo e uma construção pelo grupo das identificações que permitem a cada um a produção das identificações pessoais.

É muito próximo a esse sentido que Alberto Melucci (1996, 70 *italico no original*) define identidade coletiva como “uma definição compartilhada produzida

por um número de indivíduos (ou grupos em um nível mais complexo) sobre as *orientações* de suas ações e o *campo* de oportunidades e constrangimentos no qual suas ações acontecem”. Para essa perspectiva, a identidade coletiva é um fenômeno que acontece no nível grupal, central para dar a um grupo ou categoria a coerência e a energia necessárias para mobilizar seus constituintes na ação coletiva.

A identidade coletiva envolve uma definição sobre os fins, os significados e o campo de ação que são interpretados coletivamente a partir de referentes culturais amplos. Tais referentes são enquadrados (*framed*) pelos indivíduos a partir dos grupos e das relações em que estão envolvidos (MELUCCI, 1996, 70). A identidade coletiva constitui-se, então, a partir de uma rede de interações entre atores que se comunicam, influenciam-se mutuamente, negociam e tomam decisões. Esse processo constitui para o indivíduo um sentimento de fazer parte de uma unidade comum (MELUCCI, 1996, 71).

A identidade coletiva torna os atores sociais capazes de agir coletivamente de forma unificada e coerente. Isso acontece porque a identidade coletiva pressupõe um processo de reflexividade através do qual o ator coletivo reconhece o resultado de suas ações e atribui esse resultado como sendo produzido por ele mesmo, coletivamente. Auto-reflexividade, significados compartilhados do campo de ação e dos outros atores, sentimentos de pertencimento sustentado ao longo do tempo, todos esses elementos estão presentes como pressupostos da identidade coletiva (MELUCCI, 1996, 73).

A formação da identidade coletiva relaciona-se, para Melucci (1996), com as possibilidades da construção de novos significados sociais, significados esses que possam ser colocados pelos agentes sociais como projetos de transformação social e cultural. A partir disso, é possível distinguir, em relação ao conceito de identidade coletiva de Melucci, dois sentidos: identidade coletiva como um conceito que permite apreender os processos e formação do ator coletivo e a identidade coletiva como a esfera cultural dos conflitos das sociedades atuais (AMPARÁM & GALLEGOS, 2007, 151).

É ainda nesse primeiro sentido que o conceito de identidade coletiva de Melucci torna-se próximo às noções elaboradas por autores ligados às perspectivas construcionistas e cognitivistas. Essas perspectivas, de forma geral, definem identidade coletiva como representações que as pessoas compartilham sobre o que elas têm em comum, enquanto uma coletividade específica o que envolve interesses e experiências comuns (JENKINS, 1996, 80; BREWER, 2001, 119).

Identidade coletiva envolve, então, um sentido de pertencimento ou de conexão ao um grupo ou a uma categoria social. Este é um componente essencial da identidade coletiva (OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 490). Ou seja, a presença de um processo ativo de construção de uma imagem que o grupo produz para si e para os outros para além das imagens que possam estar relacionadas a esse grupo decorrentes do pertencimento a uma categoria social específica (BREWER, 2001, 119). A identidade coletiva proporciona um *link* entre a identidade social (tanto no âmbito individual quanto coletivo) e a ação coletiva na arena política (BREWER, 2001, 119).

A identidade coletiva está relacionada com o fato de as pessoas viverem uma mesma identidade social, experienciarem uma mesma realidade (ou estabelecerem uma relação entre essa realidade e sua identidade social) e observarem entre si (entre os membros que compartilham uma mesma identidade social) emoções e comportamentos semelhantes. A partir desse conjunto, sentimentos de destino comum e conexões empáticas podem surgir.

Aqui está a possibilidade de diferenciação entre identidade coletiva e identidade social. Tomando como exemplo a identidade étnica: ela é composta pela identidade social na medida em que se refere a uma dimensão da identidade individual como sendo a identidade das pessoas frente a uma categoria em especial. Isso faz com que a pessoa identifique-se a uma categoria social, mas não a um grupo social específico. A identidade étnica pode envolver a dimensão da identidade coletiva se a identidade social vincula-se a um grupo ou coletividade

mais ampla, ou seja, a partir da identificação que compõe a identidade social a pessoa sente-se fazendo parte de uma coletividade específica.

No âmbito da identidade coletiva, estudos contemporâneos sobre identidade e cultura tem se dedicado, em especial, a análise dos processos multiculturais (HALL, 2005), das minorias étnicas, dos processos de formação da nação e do nacionalismo (SMITH, 1997; ANDERSON, 2008;).

No campo de estudos do multiculturalismo, a identidade é concebida como equivalente a idéias, crenças e práticas da sociedade, e que se vinculam aos processos sociais amplos de produção de significados (WOODWARD, 2005). Para Hall (2005: 112), “As identidades são, pois, pontos de apego temporário às posições-de-sujeito que as práticas discursivas constroem para nós”. Assim, as identidades são vistas como fluídas e cambiantes, referindo-se, de maneira especial, aos processos pelos quais nos identificamos com os outros: “a cultura molda a identidade ao dar sentido à experiência e ao tornar possível optar, entre as várias identidades possíveis, por um modo específico de subjetividade” (HALL, 2002: 18). A noção de identidade é elaborada a partir de uma retomada do conceito de identificação, conforme elaborado pela psicanálise.

As identidades são as posições que o sujeito é obrigado a assumir embora ‘sabendo’ (aqui, a linguagem da filosofia da consciência acaba por nos trair), sempre, que elas são representações, que a representação é sempre construída ao longo de uma ‘falta’, ao longo de uma divisão, a partir do lugar do Outro e que, assim, elas não podem, nunca, ser ajustadas - idênticas - aos processos de sujeito que são nelas investidos. (HALL, 2005: 112 *Parênteses no original*).

Numa sociedade em transformação, velhas identidades dão lugar a novas identidades, desestabilizando o mundo social e originando processos de crise. As crises de identidade passam a ser relacionadas com processos mais amplos de mudanças sociais, permitindo a elaboração de identidades coletivas específicas, formadas a partir “(d)aqueles aspectos de nossas identidades que surgem de nosso ‘pertencimento’ a culturas éticas, raciais, linguísticas, religiosas e, acima de

tudo, nacionais”. (HALL, 2002: 8). Os novos movimentos sociais são a emergência da identidade no campo político, tornando-se ela mesma fator de mobilização .

Taylor & Whittier (1999, citado por HUNT & BENFORD, 2004, 331 e OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 491) descrevem três fatores que contribuem para a formação de uma identidade coletiva: a) a criação de fronteiras sociais; b) formação de consciência de grupo ou o desenvolvimento de um reconhecimento da posição do grupo na estrutura social; e, c) negociação intra e entre grupos sobre os significados envolvidos na ação.

A definição de fronteiras estabelece critérios de inclusão e exclusão das pessoas em determinada coletividade. Elas permitem a diferenciação entre o “nós” e os “outros”. Elas se referem a mecanismos sociais, psicológicos e físicos que delimitam as diferenças entre grupos. Dessa forma, para além das delimitações geográficas, fronteiras sociais referem-se aos elementos simbólicos que diferenciam o intragrupo do extragrupo.

A definição de uma identidade coletiva a partir de demarcação de fronteiras sociais pressupõe um processo de definir os limites que diferenciam o grupo dos outros grupos e, inclusive, de uma coletividade maior. Essa definição é dinâmica e variável. Isso pode se evidenciar, por exemplo, na contradição presente em muitas coletividades identitariamente definidas entre a necessidade de uma maior demarcação de fronteiras sociais e, daí, de afirmação identitária, ou uma distensão em relação a essa demarcação, quando o grupo precisa relevar os elementos de diferenciação que o define para inserir-se numa coletividade maior (OWENS, ROBINSON & SMITH-LOVIN, 2010, 492).

A delimitação de fronteiras sociais permite localizar as pessoas em relação a um grupo. A consciência de grupo confere significado e sentido à participação das pessoas a esse grupo. A consciência de grupo é construída através de diversos mecanismos, como a interação comunicativa entre as pessoas, a afinidade com os marcos interpretativos que justifica e dá sentido para a ação coletiva, as interações com os oponentes (HUNT & BENFORD, 2004, 445). A formação da identidade coletiva pode, então, facilitar um processo de

correspondência identitária (SNOW & McADAM, 2000), ou seja, de alinhamento e congruência entre as dimensões pessoal e social da identidade.

1.6. A correspondência identitária

A identidade individual é sustentada através de um *processo identitário* que mantém uma correspondência entre as diversas dimensões da identidade (as dimensões pessoal, social e coletiva). A correspondência identitária é compreendida, então, como um processo cognitivo que produz coerência e unidade ao Self (LEARY & TANGNEY, 2003, 6). Fazendo, de forma específica, uma análise da relação entre as dimensões pessoal e coletiva da identidade, David Snow e Doug McAdam desenvolvem a noção de correspondência identitária tendo como referência a noção de congruência identitária. Para os autores, é através da congruência identitária que se produz, para o indivíduo, uma correspondência entre a identidade pessoal e a identidade coletiva. Há duas formas de produção de congruência identitária: a *convergência identitária* e a *construção identitária* (SNOW & Mc ADAM, 2000:47).

A *convergência identitária* implica no envolvimento em ações coletivas por pessoas que já possuem alguma afinidade identitária com o grupo ou movimento social em questão, ou a absorção por um movimento social de redes já formadas a partir de identidades compartilhadas (SNOW & Mc ADAM, 2000:48). Neste caso, as identidades pessoais são congruentes com as identidades coletivas veiculadas pelos movimentos.

Os processos de *construção de identidade* produzem alinhamentos entre as identidades pessoais e coletivas, de tal forma que o engajamento dos indivíduos em grupos, organizações ou movimentos torna-se consistente em relação ao auto-conceito e aos valores pessoais (SNOW & Mc ADAM, 2000:49). Aqui há uma construção deste pertencimento, e não simplesmente a procura ou a captura de

peças ou grupos onde a perspectiva de pertencimento já estava de alguma forma presente, como sugere a noção de convergência identitária.

Os processos de construção de identidade acontecem a partir:

1. amplificação da identidade, quando uma determinada identidade se torna mais saliente em relação às demais e convergindo, a partir disso, com a identidade de um grupo ou movimento;

2. consolidação identitária, quando elementos identitários já presentes são confirmados a partir da participação da pessoa em determinados grupos;

3. extensão identitária; quando determinada identidade não apenas torna-se saliente mas passa a afetar (subordinando, por exemplo) as demais.

Estes três processos são ligados a uma identidade passada ou presente: a identidade por se tornar mais saliente, se consolidar junto a outra ou se expandir (SNOW & Mc ADAM, 2000:51).

Um quarto processo seria:

4. transformação identitária. Quando ocorre uma mudança dramática na identidade, implicando reconstrução da biografia da pessoa (exemplo: conversão religiosa) (SNOW & Mc ADAM, 2000:52).

Para Snow e Mc Adam, a correspondência identitária entre as dimensões pessoal e coletiva da identidade individual através dos processos de convergência e construção de identidades acontece tendo como pano de fundo processos de criação e manutenção de marcos interpretativos. Isso ocorre através das interações e comunicações entre as pessoas, na medida em que divulgam os valores, normas, significados e sentidos trazidos pelo grupo ou movimento, falam sobre ele, preparam material de divulgação, etc. Em contextos de interação, as identidades são anunciadas e reanunciadas, sendo meio (mecanismo) para isto os esquemas comunicativos (SNOW & Mc ADAM, 2000:54).

Outro mecanismo é a ação coletiva: os encontros, as manifestações públicas, os casos de conflito com a polícia numa ação direta, etc. Nessas

situações, as oposições a determinadas identidades são reafirmadas (SNOW & Mc ADAM, 2000:54). A relação entre esses dois mecanismos (marcos interpretativos e ação coletiva) e os processos de correspondência identitária será analisada nos dois próximos tópicos.

1.7. Identidade, Cultura e Marcos Interpretativos

Referentes culturais estão presentes e são constituídos como a base para os processos de identificação que acontecem em cada uma das dimensões identitárias do indivíduo. Referentes culturais neste trabalho são tomados como significados compartilhados, produzidos e reproduzidos pelos indivíduos em um contexto sociocultural específico (GEERTZ, 2008) [1973]. Clifford Geertz (2008 [1973], 67), referindo-se aos referentes dos sistemas culturais religiosos pontua: os símbolos sagrados “funcionam para sintetizar o *ethos* de um povo – o tom, o caráter e a qualidade da sua vida, seu estilo e disposições morais e estéticas – e sua visão de mundo – o quadro que fazem do que são as coisas na sua simples atualidade, suas idéias mais abrangentes sobre ordem”. Aqui, diferente do sentimento de pertença à grupos específicos, à categorias, papéis ou qualidades da personalidade, o que está em questão é o compartilhamento de significados culturais, valores, costumes, tradições e ideologias. Esses elementos aparecem às pessoas como referentes importantes para o processo de formação da identidade na medida em que dão sentido à realidade e permitem ao indivíduo atuar nessa realidade a partir desse sentido. Por guiar seus comportamentos através da cultura, mais do que a partir do seu substrato biológico, o homem garante uma extrema generalidade e variabilidade para suas ações. A cultura, e os referentes culturais, organizam e dão sentido ao mundo e às ações. É nessa perspectiva que Geertz (2008[1973], 124) refere-se à ideologia como um sistema cultural, diretamente relacionado ao político: “é através da construção de ideologias, de

imagens esquemáticas da ordem social, que o homem faz de si mesmo, para o bem ou para o mal, um animal político.” Assim, os referentes culturais, no âmbito da ideologia, servem como:

fontes extrínsecas de informações, gabaritos para a organização dos processos social e psicológico, eles passam a desempenhar um papel crucial nas situações onde está faltando o tipo particular de informação que eles contêm, onde os guias institucionalizados de comportamento, pensamento ou sentimento, são fracos ou estão ausentes (GEERTZ, 2008 [1973], 124).

Enquanto referentes da identidade que de alguma forma dispõem ao engajamento, os referentes culturais abarcam os elementos mais amplos de solidariedade que permitem a indivíduos e coletividades reconhecer-se como comum (GAMSON, 1991, 40).

Desta forma, no contexto deste trabalho, podemos considerar os referentes culturais como aqueles que remetem aos significados sociais mais amplos a partir dos quais emergem, localizam-se e refluem as identidades pessoais, sociais e coletivas (LAMONT, 2001).

Procurando enfatizar a importância da cultura na formação e no desenvolvimento da ação coletiva, porém dando a ela um sentido mais estrito que permita inclusive pensar como elementos culturais possam ser estrategicamente utilizados pelos movimentos sociais, as teorias dos movimentos sociais têm de forma crescente incorporado em suas análises a noção de marcos interpretativos (ALONSO, 2009. 79). O conceito de marcos interpretativos destaca a importância dos significados socialmente compartilhados para a definição do campo e das possibilidades de ação. Marcos interpretativos são entendidos, de forma ampla, como “os significados e definições compartilhadas por meio dos quais as pessoas definem sua situação” (McADAM, McCARTHY & ZALD, 1996, 5)

O conceito de marcos interpretativos parte do conceito de *frame*, tal qual desenvolvido por Erving Goffman (1986). Goffman (1986, 247) define *frame* como o processo pelo qual os indivíduos organizam suas experiências, dando um sentido a ela e criando as possibilidades de agir socialmente. Esse processo é, ao mesmo tempo, psicológico e social. A incorporação do conceito de *frame* às

teorias dos movimentos sociais está relacionada com uma crescente preocupação com os processos microssociais presentes nos movimentos sociais, para além daqueles aspectos estruturais e organizacionais (SNOW et. al., 1986, 464). Fundamentalmente, essa incorporação tem procurado elucidar questões referentes ao engajamento e à participação das pessoas nos movimentos sociais.

Nessa perspectiva, faz-se uma distinção entre cultura, ideologia e marcos interpretativos. Cultura refere-se ao conjunto de concepções e crenças compartilhadas por um grupo ou sociedade, constituídas e mediadas por símbolos e pela linguagem. A ideologia refere-se ao repertório de crenças que são usadas para justificar ou transformar uma dada ordem social e política, a partir de uma determinada interpretação do mundo político. Marcos interpretativos, por sua vez, são representações simbólicas e recursos cognitivos usados para sustentar situações sociais e comportamentos, vinculando determinados modos de ação (ZALD, 1996, 262).

Dessa forma, marcos interpretativos são entendidos como esquemas de interpretação que tornam as pessoas capazes de localizar, perceber, identificar e rotular ocorrências dentro de seus mundos e espaços de vida, servindo para orientar a ação (SNOW et. al., 1986, 464).

Ideologias e marcos interpretativos são criados e transformados ao longo dos processos de contestação social e estão relacionados com a formação e a sustentação do engajamento e da participação militante nos movimentos sociais (BENFORD & SNOW, 2000).

O conceito de marco interpretativo encontra uma interpretação de certa forma equivalente nas noções de contextos de significados e esquemas de interpretação, de Alfred Schütz (1995) [1932].

Para Schütz (1995 [1932], 76), toda ação pressupõe um significado subjetivo. Partindo da noção desenvolvida por Husserl da intencionalidade da consciência, a consciência reflexiva torna-se a única forma de escapar da espontaneidade do fluxo da consciência espontânea (não posicional de si) e que

caracteriza a espontaneidade das vivências. A consciência reflexiva constitui a vivência como objeto da consciência e a retira de sua espontaneidade. Retira a vivência do fluxo espontâneo da consciência, as vivências não diferenciadas que se fundem e se sucedem umas com as outras num *continuum* fluente (a *durée* de Henry Bergson)¹⁹. A reflexividade, como consciência de segunda ordem, constitui a consciência espontânea como fenômeno e daí como objeto da consciência (SCHÜTZ, 1995 [1932], 80).

Através da consciência reflexiva, vivências passadas podem se tornar discretas e é possível identificar os diversos significados da vivência, ou melhor, da vivência tornar-se ela mesma dotada de significado (vivência significativa). Isso permite a Schütz diferenciar a atividade, puro ato espontâneo, da ação propriamente dita. A ação é a execução de um ato projetado. A realização de uma intenção, de um projeto, através de atividades que enquanto atividades são vividas espontaneamente (SCHÜTZ, 1995 [1932], 90). Para Schütz, a ação carece de significado enquanto tal se for separada do projeto que a define. É a partir do significado que a vivência, o aqui-e-agora, torna-se significativa: “são significativas as vivências que se captam reflexivamente” (SCHÜTZ, 1995 [1932], 99). Assim, o significado é dado através do olhar intencional à vivência, as quais de outro modo seriam apenas vivências espontâneas. O contexto de significado é o que permite a interpretação do significado: “cada interpretação consciente é um ato de reconhecimento, uma combinação na qual um objeto (ou um acontecimento, um ato, uma emoção) é identificado por sua colocação contra o pano de fundo de um símbolo apropriado” (GEERTZ, 2008 [1973], 122).

¹⁹ A consciência espontânea (consciência de primeira ordem) se caracteriza pelo fluxo contínuo da consciência: “Dentro do fluxo da duração só existe um viver de momento a momento” (1995 [1932], 81). A reflexão (consciência de segunda ordem) marca uma ruptura com a espontaneidade: “quando, mediante meu ato de reflexão, dirijo minha atenção em direção a minha vivência (...) As vivências são aprendidas, distinguidas, postas em relevo, destacadas uma das outras; as vivências que se constituíram como fases dentro do fluxo de duração se tornam então objeto de atenção como vivências constituídas” (SCHÜTZ, 1995 [1932], 81).

O contexto de significado é esse “pano de fundo”, onde as vivências adquirem sentido. Dessa forma: “o objeto se constitui a partir das aparências a medida que os encontramos em nossa corrente de consciência. Tais aparências se reúnem em um contexto de significado” (SCHÜTZ, 1995 [1932], 108).

Os contextos de significados, Schütz os entende como esquemas de experiência, quando esses contextos formam pautas a partir das quais o indivíduo interpreta suas vivências. Os esquemas de experiência têm como função “a constituição do significado específico de uma vivência” (SCHÜTZ, 1995 [1932], 112). Há, então, perante a vivência, uma interpretação, um reconhecimento sintético de seu sentido, uma ordem que lhe é dada, quer seja temporal ou intencional. Configuram-se significados a partir dos esquemas de experiências, os quais passam a ser denominados por Schütz de esquemas interpretativos (SCHÜTZ, 1995 [1932], 113).

Os processos de alinhamento identitário, ou seja, a relação entre as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade, pressupõe nos esquemas interpretativos do indivíduo uma relação entre os significados presentes em cada uma dessas dimensões identitárias que dispõe ao engajamento. Ou seja, uma congruência entre as estruturas de significado que compõe cada dimensão identitária.

Pressupõe-se que na identidade militante haverá entre o agente o movimento social uma congruência entre os significados e sentidos apresentados a partir dos marcos interpretativos. O marco interpretativo apresentado pelo movimento social deve em certa medida ser congruente como os esquemas interpretativos utilizados pelo sujeito. Além disso, as estruturas de significado em relação as quais adquirem sentido os referentes de cada dimensão da identidade individual (pessoal, social e coletiva) devem ser, também, congruentes entre si. A correspondência identitária entre essas dimensões, a partir dos processos de saliência, alinhamento e convergência identitária, é o mecanismo através do qual se produz o auto-reconhecimento identitário.

Para esse processo, a noção de “alinhamentos de marcos interpretativos” (*frame alignment*) (SNOW et al. 1986) torna-se fundamental. Alinhamentos de marcos interpretativos são entendidos como a conexão entre as orientações interpretativas dos indivíduos e interpretações produzidas a partir das organizações dos movimentos sociais. Interesses, valores, crenças individuais torna-se congruentes em relação àquelas apresentadas pelas organizações dos movimentos sociais e em relação às atividades que essas organizações desenvolvem (SNOW et al., 1986, 464). A função dos alinhamentos interpretativos é de organizar a experiência e orientar a ação dos indivíduos, sendo uma condição necessária para a participação nos movimentos sociais (SNOW et al., 1986, 464).

Os repertórios de conflito que caracterizam determinado movimento são produzidos a partir dos marcos interpretativos social e culturalmente disponíveis. A ação coletiva é produzida a partir das interpretações e definições que os atores sociais contestadores elaboram sobre o campo em conflito, os oponentes, as estratégias de ação, os objetivos e benefícios da ação coletiva (ZALD, 1996, 267).

Os ativistas e os participantes dos movimentos sociais localizam-se de forma diferenciada na estrutura social. Eles retiram de forma também diferenciada do contexto social os repertórios e os padrões que estão disponíveis e que são úteis e compatíveis com as práticas, orientações e estilos dos grupos de que fazem parte (ZALD, 1996, 267).

As contradições e conflitos sociais oferecem contextos e oportunidades para as ações dos ativistas dos movimentos sociais (ZALD, 1996, 269). A definição dessas contradições e situações de conflito, em que termos elas serão percebidas, isso se produz a partir dos marcos interpretativos disponíveis para os movimentos sociais (ZALD, 1996, 269).

Dessa forma, o engajamento militante depende dos objetivos e das atividades dos movimentos sociais e de como tais objetivos, a partir das organizações mobilizadoras, são congruentes em relação aos objetivos dos ativistas e simpatizantes (SNOW et al., 1986, 466).

David Snow e colaboradores (1986, 467) entendem que os alinhamentos interpretativos, as congruências entre as interpretações individuais e das organizações dos movimentos sociais, podem se dar através de quadro processos: a) pela formação de “pontes” entre os marcos interpretativos dos ativistas e do movimento; b) pela amplificação do quadro interpretativo dos ativistas; c) por uma extensão de um determinado quadro interpretativo e que serve para interpretar questões subjacentes e, d) pela transformação das interpretações correntes por um novo quadro interpretativo (SNOW et. al., 1986, 471: 474)

1.8. Identidade e ação coletiva

Compreender o engajamento a partir do conceito de identidade implica em considerar como interatuam os processos identitários pessoais, sociais e coletivos e como essas dimensões podem ser relacionadas com a ação coletiva.

Um desenvolvimento importante para o estudo da relação entre identidade pessoal, ação coletiva e engajamento tendo como ponto de partida a perspectiva da identidade psicossocial de Erikson, é realizado a partir do conceito formulado por Lauren Duncan (1999, 2005; DUNCAN & STEWART, 2007) de saliência política pessoal (*personal political salience*). A saliência política pessoal refere-se a valores e crenças políticas que estão integradas à identidade pessoal e que foram constituídas principalmente na adolescência, quando os aspectos geracionais da identidade pessoal são formados, a partir do processo de socialização. Tais processos têm como referência as experiências pessoais em relação à família e aos outros que se tornam significativos ao longo da socialização secundária (grupos de amigos, trabalho, escola). Nessa etapa podem emergir e se consolidar opiniões políticas e visões de mundo que se tornam elementos constitutivos importantes da identidade pessoal. Assim, a relação entre

as experiências pessoais e as atitudes políticas deve levar em consideração em que medida opiniões políticas e visões de mundo integram-se à identidade pessoal; o momento atual e a história de vida da cada pessoa; bem como sua situação imediata, o que inclui o contexto sociopolítico e seus grupos de referência (STEWART & HEALY Jr., 1986, 14)

A presença saliente desses valores e crenças constitui para os indivíduos uma disposição em se vincular a eventos sociais mais amplos. A partir do conceito de saliência política pessoal, a seguinte relação é feita sobre a correspondência entre as dimensões pessoal e coletiva da identidade individual: quanto mais amplos e genéricos forem os referentes veiculados pela identidade coletiva, maiores as possibilidades dessa dimensão identitária se alinhar aos referentes políticos salientes da identidade pessoal (saliência política pessoal) (DUNCAN & STEWART, 2007, 160; GAMSON, 1991, 47).

Os referentes de engajamento relacionados à identidade social devem ser considerados levando-se em conta a distinção entre os níveis individual e coletivo no interior da identidade social. Em relação ao nível individual, para a teoria interacionista-estrutural da identidade (Stryker) é a partir dos grupos que processos identitários estarão relacionados com o envolvimento ou não de determinada pessoa em um movimento social (STRYKER, 2000, 30). Tomando o grupo como unidade, dois elementos aparecem como podendo ou não dispor as pessoas à ação coletiva: 1) os grupos, organizações e redes já existentes das quais cada indivíduo participa; e, 2) a vida cotidiana, onde se produz a relação entre o indivíduo e esses grupos, organizações e redes (STRYKER, 2000, 29). Em determinadas situações, para determinadas pessoas, a participação nesses grupos, ou aspectos específicos dessa participação, poderão aparecer de forma saliente, em destaque em relação a outros referentes presentes na identidade individual. A pertença e a participação cotidiana junto a grupos, organizações e redes, formam uma primeira possibilidade de saliência identitária.

Dessa forma, para teoria interacionista-estrutural da identidade a participação nos movimentos sociais deve ser considerada a partir das relações

sociais de cada pessoa. Os compromissos que cada um desempenha envolvem tempo e energia. Na medida em que os compromissos que mais absorvem a pessoa são distintos daqueles do movimento, menos esta pessoa poderá se comprometer com o movimento. Assim, o engajamento está relacionado à importância que os compromissos relativos ao movimento assumem para a pessoa (STRYKER, 2000, 32). Ou seja, quanto menos a pessoa se dedicar à sua vida pessoal, maiores as possibilidades de assumir ou corresponder às posições de engajamento e liderança dentro de um movimento. Isso significa que o engajamento está relacionado ao desempenho de diferentes papéis sociais e aos papéis que assumem relevância e preponderância para uma pessoa. A variação no engajamento é vista pela teoria interacionista-estrutural da identidade como uma variação da saliência identitária (STRYKER, 2000, 33).

A relação entre a dimensão coletiva da identidade social (identidade social coletiva) e a ação coletiva e o engajamento pode ser tematizada a partir do conceito de identidade política coletiva (SIMON & KLANDERMANS, 2001). Bernd Simon e Bert Klandermans (2001, 327) entendem que a identidade política é uma forma específica de identidade social²⁰. Como todas as formas de identidade social, a identidade política afeta como as pessoas percebem o mundo social e como atuam nele.

A partir da identidade política as pessoas, membros de um grupo social, engajam-se intencionalmente em conflitos por poder localizando esse conflito no contexto social mais amplo em que ele acontece. Isso permite, também, que as pessoas organizem suas ações a partir do contexto onde emerge os conflitos, ou

²⁰.Identidade política coletiva e identidade política podem ser tomadas aqui como equivalentes. Dessa forma, identidade política significa a dimensão política da identidade de um indivíduo. Klandermans prefere a denominação identidade coletiva à identidade social, pois entende que toda identidade é social. Para o autor, identidade coletiva “é a identidade de uma pessoa como membro de um grupo e não a identidade do grupo como uma entidade *sui generis*” (SIMON & KLANDERMANS, 2001, 320). Como esse sentido dado ao conceito de identidade coletiva é muito próximo ao conceito de identidade social e para manter a distinção que está sendo feita neste trabalho, utilizaremos a denominação identidade social para o que Simon & Klandermans (2001) denominam identidade coletiva.

seja, agir estrategicamente frente ao contexto (SIMON & KLANDERMANS, 2001, 323).

Para Simon e Klandermans (2001, 324) a identidade coletiva dos membros de um grupo torna-se propriamente política na medida em que os membros desse grupo conscientemente se engajam em um conflito a partir dos interesses dos seus membros. Para isso, os membros do grupo precisam compartilhar um sentimento de pertencimento ao grupo, identificar conjuntamente suas necessidades enquanto grupo, seus oponentes ou inimigos e, especialmente, identificar também de forma conjunta o contexto social mais amplo que afeta e que é afetado pela disputa em que estão envolvidos. Devem, também, compartilhar uma percepção desse contexto.

O processo da identidade política começa com uma tomada de consciência (*awareness*) das necessidades do grupo, dos oponentes a esse grupo e a referência ao contexto social em termos de interesses públicos ou gerais no qual as contestações e as demandas apresentadas pelo grupo se localiza.

O passo final desse processo significa uma transformação na relação do grupo com o seu ambiente e o seu contexto, já que o grupo passa a reconhecer um terceiro elemento envolvido no processo de disputa política (para além dele mesmo e de sua demanda e para além dos seus oponentes), que é a sociedade como um todo. Há, aqui, uma mudança no reconhecimento das próprias demandas formuladas pelo grupo:

Tomada de consciência das necessidades compartilhadas, atribuição como adversários para oponentes; envolvimento da sociedade por triangulação são, no nosso ponto de vista, os três ingredientes fundamentais para o processo de politização da identidade coletiva (SIMON & KLANDERMANS, 2001: 326)

Dessa forma, os autores argumentam que a identidade social não estará totalmente politizada até que aconteça essa última etapa, a da triangulação que passa a abranger a sociedade como um todo nas lutas pelo poder.

A identidade coletiva é a última das três dimensões a serem analisadas tendo como referência a relação específica entre identidade e engajamento.

Mesmo considerando que a própria noção de identidade coletiva se desenvolve muito a partir das teorias dos movimentos sociais, vários estudos tematizam de forma específica os processos de engajamento relacionados à essa dimensão identitária.

Willian Gamson (1991, 40) a partir do conceito de identidade coletiva de Alberto Melucci diferencia três níveis de identidade coletiva: organizacional, movimentalista e solidarística. Os níveis dependem do quanto a identidade coletiva se refere a um grupo social específico ou é mais ampla e abrangente. A identidade de gênero, por exemplo, pode ser uma identidade solidarística se tem como referencia a identificação geral em relação às questões de gênero. A identidade movimentalista implica no reconhecimento a partir do pertencimento a uma coletividade específica e na delimitação de um campo em conflito. Assim, no âmbito dos movimentos sociais, a identidade coletiva refere-se a um processo no qual os participantes de um movimento social constroem um “nós” que se torna, em graus variados para diferentes pessoas, parte de sua própria definição do Self (GAMSON, 1991, 45).

Willian Gamson (1991, 41) faz uma separação entre identidade coletiva e identidade pessoal. O autor argumenta que os movimentos sociais têm como tarefa produzir pontes entre os níveis individual e sociocultural. Isso é realizado por uma ampliação da identidade pessoal que possa incluir identidades coletivas relevantes como uma parte da definição do Self. A dimensão coletiva da identidade que integra a identidade individual deve conter tanto identificações de solidariedade e quanto com a organização dos movimentos sociais, integrado-se inclusive à identidade do movimento (GAMSON, 1991, 41).

David Snow e Doug McAdam (2000) buscam verificar como as identidades pessoais e as identidades coletivas relacionam-se com o engajamento militante, considerando os diferentes momentos e processos desenvolvidos pelos movimentos sociais. De maneira geral, os movimentos sociais variam na medida em que variam os objetivos que perseguem e a amplitude da mudança social veiculada por tais objetivos. Os movimentos sociais variam também na medida em

que varia o *locus* para o qual se dirigem as estratégias e se referem os objetivos e as características organizacionais do movimento. Outro elemento que incide na variação dos movimentos sociais refere-se ao contexto onde se dá ação coletiva e as oportunidades com as quais se relaciona o movimento. Frente a isto, os autores se perguntam se determinados tipos de movimentos estão mais conectados ou dependentes a determinados tipos de processos identitários: “Há um certo tipo de afinidade eletiva entre tipos de movimentos e tipos de processos identitários?” (SNOW & Mc ADAM, 2000, 54).

A hipótese dos autores é de que determinados tipos de identidades se relacionariam com determinados tipos de movimentos. Assim, por exemplo: movimentos políticos radicais estariam relacionados com processos de construção de identidade e menos com processos de convergência identitária, o que seria mais próximo aos movimentos de caráter cultural (SNOW & Mc ADAM, 2000, 55).

Além disso, tipos identitários específicos estariam relacionados também com determinados momentos do ciclo de vida dos movimentos. Os autores diferenciam três estágios: emergência, institucionalização e difusão (SNOW & Mc ADAM, 2000, 56). Os movimentos geralmente emergem a partir de redes associativas ou organizacionais pré-existentes (SNOW & Mc ADAM, 2000, 56). Isso acontece porque rapidamente é possível aos movimentos se apropriar de identidades pré-existentes. No estágio de institucionalização, as organizações de movimentos sociais (*social movements organizations*) desenvolvem ações que ampliam e estendem os vínculos identitários. Aqui, a identidade é vista como um recurso estratégico para o recrutamento (SNOW & Mc ADAM, 2000, 58). Os movimentos que estão conectados a redes organizacionais ou de associações estão em condições mais favoráveis para recrutar a partir das conexões identitárias que essas redes possibilitam (SNOW & Mc ADAM, 2000, 63). No estágio de difusão, o movimento se espalha para além do controle das organizações do movimento social, entra no domínio público e perde-se o controle dos processos de recrutamento. Esta fase seria a mais propícia para ações de mobilização.

Os autores identificam duas questões a partir da relação entre processo identitário e fases dos movimentos sociais: a ampliação da participação nas manifestações presente na fase de difusão de um movimento implica uma ampliação das possíveis divergências e dissidências internas ao movimento. Isto estaria relacionado com o tipo de identidade prevalecente nesse momento. Movimentos nessas circunstâncias – fase de difusão – estão muito menos definidos pelas relações próximas entre os grupos que os sustentam, sendo os referentes identitários apresentados pelo movimento mais abrangentes, o que tornaria o movimento mais fracionado. As pessoas que estão participando acabam tendo uma definição compartilhada – identidade coletiva - muito mais rudimentar do campo de conflito, dos oponentes e do marco interpretativo que dá sentido à ação coletiva (SNOW & Mc ADAM, 2000, 61).

Uma segunda questão diz respeito à base identitária de um movimento, ou seja, o conjunto de referentes identitários que um movimento veicula. Um movimento social com bases identitárias muito abrangentes (feminismo, por exemplo) necessita ampliar significativamente a abrangência de suas ações, ampliando com isso o contexto onde tais ações se desenvolvem, os adversários e o campo de oportunidades políticas.

A formação da identidade militante envolve processos de convergência e de alinhamento entre os referentes identitários que constituem as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade individual. Esses processos permitem que determinada identidade apareça em destaque e convirja ou se alinhe a outras. Os marcos interpretativos fornecem os conteúdos que permitem a interpretação dos referentes e a sua integração a um conjunto coerente de interpretação de um determinado campo da realidade. A identidade militante pressupõe, então, esse processo identitário de convergência e alinhamento de referentes tendo por base marcos interpretativos que os tornam coerentes. Concretamente, ele pode ser verificado atentando-se: primeiro, para os significados e sentidos atribuídos pelos agentes às suas próprias ações e às ações das organizações do movimento social em que participam; depois, para as congruências entre conceitos, concepções e

crenças, presentes nos marcos interpretativos utilizados para explicar e justificar tanto as ações dos agentes quanto aquelas colocadas pelo movimento social. Tendo por base que os processos de convergência e alinhamento dos referentes identitários devem produzir uma correspondência entre as múltiplas dimensões da identidade, torna-se necessário um modelo de análise que compreenda relacionamente tais processos de correspondência identitária.

1.9. Em direção a um modelo relacional da identidade

Diferente das interpretações que tendem atribuir qualquer essencialidade à noção de identidade, como algo que definiria de forma unívoca e permanente o ser, aqui a identidade individual é tomada como um processo de auto-reconhecimento sempre em curso, inacabado, permanentemente refeito.

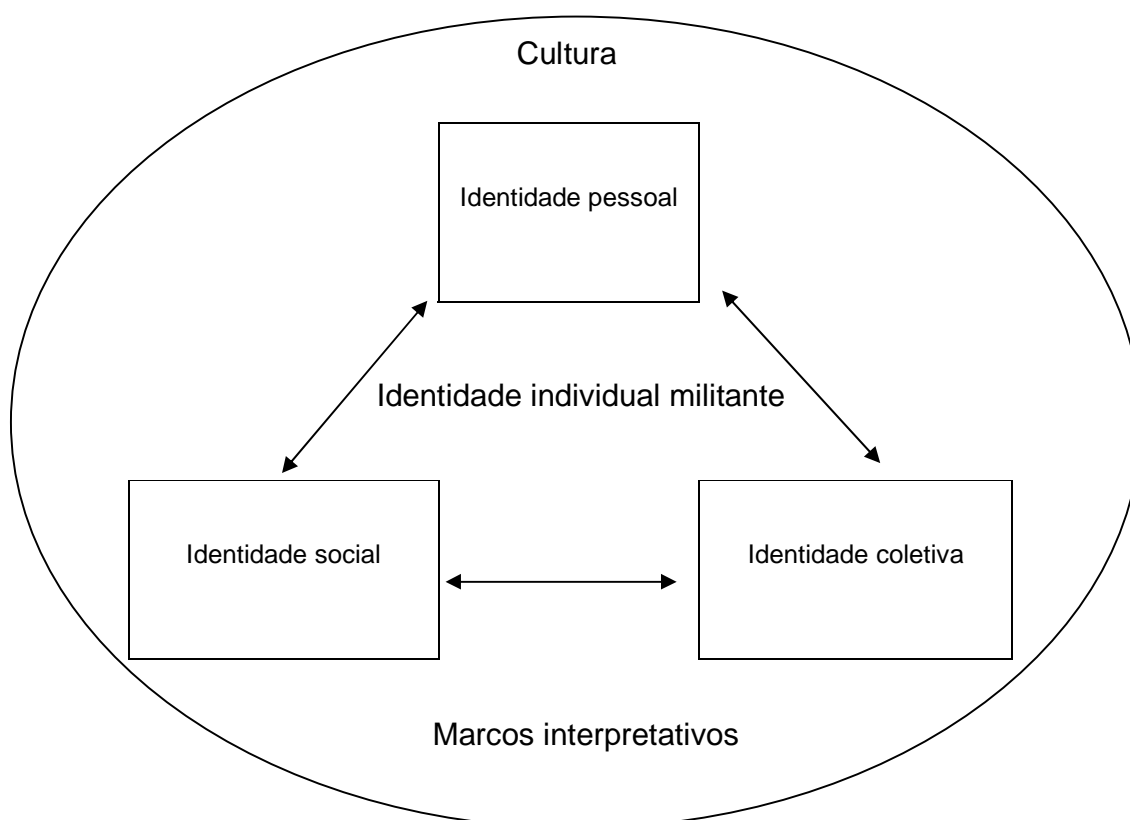
Seguindo a perspectiva apontada por Marcelo Kunrath Silva (2007) de uma análise dos processos de participação social e engajamento a partir de uma sociologia relacional, neste trabalho as múltiplas dimensões da identidade serão tomadas a partir das relações que elas estabelecem entre si na medida em que relacionadas com os processos de engajamento. Assim, ao invés de encontrar determinações de uma dimensão identitária em relação às demais, importa demarcar as relações estabelecidas entre as configurações específicas de cada dimensão identitária e como a partir dessas relações processos de correspondência acontecem e dispõem ao engajamento.

Da mesma forma, longe de procurar a importância causal dos processos identitários em relação ao engajamento, procurar-se-á estabelecer relações entre os referentes pessoais, sociais e coletivos vinculados à formação da identidade militante.

Adaptando para este trabalho o modelo de análise relacional das experiências de participação, tal qual proposto por Marcelo Kunrath Silva (2007, 489), e extrapolando o modelo para uma análise das relações entre as diferentes dimensões da identidade individual, pretende-se, neste trabalho, verificar como essas múltiplas dimensões identitárias estão relacionadas com o processo de formação da identidade militante.

O seguinte esquema permite visualizar as relações pretendidas entre as múltiplas dimensões da identidade e que conformam a identidade individual militante:

Esquema 3: Modelo relacional da identidade individual militante.



Fonte: elaboração do autor

As múltiplas dimensões identitárias estabelecem entre si relações de correspondência (as setas, na figura), alinhando referentes que dispõem ao engajamento presentes em marcos interpretativos compartilhados pelo indivíduo. A correspondência identitária formada a partir de referentes que dispõem ao engajamento é o que caracteriza a produção da identidade militante.

A compreensão ao longo do tempo do desenvolvimento dessas múltiplas dimensões tendo por referência a trajetória individual, permite uma perspectiva processual da identidade. O modelo desloca-se no tempo, acompanhando a biografia pessoal, onde cada dimensão pode apresentar significados diferentes no conjunto de relações que constitui a totalidade da identidade individual.

2. O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR, ATORES E MARCOS INTERPRETATIVOS

A relação entre as condições de trabalho, os processos, o ambiente, a organização, as relações de trabalho e a saúde do trabalhador, tem sido um tema desenvolvido desde o final do século XIX e que tem produzido disciplinas e teorias específicas com suas correlatas tecnologias e práticas profissionais. É assim que se desenvolveu a medicina do trabalho, a saúde ocupacional, a engenharia de segurança do trabalho, a psicologia e a sociologia do trabalho. Além disso, a denúncia em relação às condições, processos, ambientes e à organização do trabalho que ameaçam e causam adoecimentos têm sido colocadas pelos próprios trabalhadores há muito tempo. Já em 1662, mineiros protestavam contra as condições de trabalho no noroeste da Inglaterra (DWYER, 2006, 32). Porém, é apenas no século XIX, com o aumento significativo da população operária na Europa, que os acidentes e as mortes decorrentes do trabalho passaram a ser diretamente relacionadas à organização e às condições de trabalho e a fazer parte das reivindicações dos trabalhadores.

O tema da participação nas questões referentes ao trabalho é um tema extenso e há muito tempo presente nas ciências sociais. Até meados das décadas de 1960 e 1970, essa questão era abordada ou a partir de uma literatura que apresentava de forma central os conflitos de classe e que colocava em questão as contradições fundamentais da sociedade capitalista (como na literatura marxista e anarquista) ou, numa perspectiva muito diferente, a partir de produções teóricas preocupadas com a gestão do trabalho e que faziam uma crítica ao limites do taylorismo e propunham processos de trabalho menos fragmentados e simplificados, como a Escola das Relações Humanas (GUTIERREZ, 1997; PATEMAN, 1992; COUTINHO, 2006). No caso da literatura marxista e anarquista, de forma geral o que se propunha era uma ruptura com a sociedade capitalista e a formação de novas formas de organização social. Nessa perspectiva, o

cooperativismo, o controle operário e a auto-gestão aparecem frequentemente como formas de implementar uma participação não subordinada dos trabalhadores aos processos de trabalho (COUTINHO, 2006). As teorias vinculadas à gestão de pessoas vão incorporar a participação por dentro dos estudos sobre relações interpessoais no trabalho, enriquecimento de tarefas, satisfação, motivação e qualidade de vida no trabalho.

A participação vinculada de forma específica à saúde do trabalhador, nesse conjunto, aparece de forma muito periférica ou está completamente ausente. Até pouco tempo atrás, a saúde do trabalhador era preocupação a ser delegada ao médico do trabalho. A prática que se hegemonizou ao longo do século XX de atenção à saúde do trabalhador foi o da medicina do trabalho e, mais tarde da saúde ocupacional. Somente na segunda metade do século XX foi que se estruturou um modelo de saúde do trabalhador produzido a partir dos trabalhadores e de suas organizações. Este modelo, o modelo da saúde do trabalhador, constituiu-se em oposição e conflito aos modelos que prevaleceram ao longo do século XX e que ainda são apresentados como referência no campo da saúde do trabalhador.

No Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, o modelo da saúde do trabalhador constituiu-se como marco interpretativo que sustentou uma transformação profunda tanto nos dispositivos legais que regulamentam o campo da saúde do trabalhador quanto para a prestação de serviços de promoção ao direito à saúde dos trabalhadores e de atendimento aos trabalhadores vítimas de acidentes ou adoecimentos decorrentes do trabalho. Foi a partir desse marco interpretativo que se estruturou, vinculados ao Ministério da Saúde, a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), os Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CERESTs) e as Unidades Municipais de Referência em Saúde do Trabalhador (UMRESTs).

Esse processo aconteceu por dentro do movimento de reforma sanitária brasileira, através de grandes mobilizações sociais e dos processos de participação que culminaram na Assembléia Constituinte. A reforma sanitária foi

impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela formação de uma ampla coalizão de interesses que, ao longo da Assembléia Nacional Constituinte, garantiram na Constituição Federal de 1988 reformas que redefiniram as relações entre Estado e sociedade após o período da ditadura militar, produzindo um modelo para a saúde tendo como uma referência importante a participação social. A regulamentação do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080 de 1990) definiu o controle social como um princípio, além da universalização da assistência e da normatização técnica do financiamento do sistema. O controle social é considerado como uma das grandes inovações políticas trazidas pelo Sistema Único de Saúde (LACAZ, 2007, 761).

A compreensão do engajamento militante no campo da saúde do trabalhador passa, então, em um primeiro momento, pela demarcação dos modelos de atenção à saúde do trabalhador que se constituíram ao longo do século XX, pela explicitação do modelo da saúde do trabalhador como um marco interpretativo para a ação no campo da saúde, pela explicitação da participação como elemento constitutivo desse modelo e pelos conflitos que se instauram a partir do modelo da saúde do trabalhador.

2. 1. O modelo hegemônico

O surgimento da medicina do trabalho pode ser entendido no contexto da reestruturação da gestão do trabalho que acontece com a mudança do trabalho artesanal para o trabalho industrial. O desenvolvimento da medicina do trabalho está relacionado com a formação de um conjunto de disciplinas que tiveram como objetivo instrumentalizar a gerência nos processos de coordenação do trabalho, como a administração (e particularmente a “administração científica do trabalho”), a engenharia de produção, a engenharia de segurança, a ergonomia e a psicologia do trabalho (DWYER, 2006, 73).

Uma primeira preocupação com a saúde do trabalhador esteve relacionada com os acidentes e mortes no trabalho, isso um tanto pelo comum que eram nos século XVIII e XIX as explosões nas minas de carvão²¹. Daí deriva o surgimento e o desenvolvimento da engenharia de segurança no trabalho, o que envolveu a definição de procedimentos e equipamentos de segurança e sua utilização pelas empresas e, depois, a definição legal de procedimentos técnicos e de formas de indenização aos trabalhadores pelo Estado (DWYER, 2006).

O desenvolvimento da engenharia de segurança no trabalho aconteceu através da invenção gradativa e cada vez mais aprimorada de dispositivos de segurança no trabalho, o que foi substituindo o conhecimento que os trabalhadores dispunham sobre seu trabalho e os cuidados que tinham para a sua realização. O saber técnico que substituiu o saber dos próprios trabalhadores não havia sido por eles elaborado e era utilizado através de prescrições definidas pelas empresas: “as noções tradicionais de verdade e de justiça utilizadas pelos trabalhadores para se oporem às idéias dos patrões sobre segurança e para servir de suporte às suas próprias definições são substituídas quando surgem dispositivos de segurança técnicos e, mais tarde, padrões legislativos” (DWYER, 2006, 59).

Após um período inicial de inovações técnicas em relação aos equipamentos de segurança, deu-se, em finais do XIX nos países industrializados, a formação de uma legislação específica sobre a prevenção de acidentes. Essa legislação definia quase sempre duas estratégias para a prevenção dos acidentes de trabalho: a definição da obrigatoriedade do uso de determinados dispositivos técnicos de segurança (equipamentos de segurança) e o pagamento de indenização por acidentes de trabalho. A legislação e a indenização constituíram

²¹ Já no início do século XIX a organização patronal inglesa Sociedade para a Prevenção de Acidentes nas Minas de Carvão recomendava ações de segurança no trabalho como uma forma de proteção às explosões nas minas de carvão (DWYER, 2006, 37).

uma forma importante de redução dos conflitos entre os trabalhadores e os empresários (DWYER, 2006, 60).

É nesse contexto que foi elaborada, em 1884, na Alemanha, a lei sobre acidentes de trabalho e que se formou o conceito de “risco profissional”. A lei alemã instituiu a obrigação patronal de seguro contra risco de acidente e a indenização aos trabalhadores em caso de acidentes sem a necessidade de se evidenciar a culpa direta ou indireta dos patrões. Da mesma forma, em 1897, na Inglaterra, a lei sobre acidentes de trabalho baseou-se na noção de “risco profissional” e só em caso de culpa grave do trabalhador ele era excluído da indenização (MAENO & CARMO, 2005, 30).

A noção de risco profissional considera o risco de acidente como algo inerente e indissociável a determinadas atividades profissionais (MAENO & CARMO, 2005, 32). O risco profissional é um princípio que permite a compensação do acidente de trabalho através de uma indenização baseada em um seguro: “O princípio do risco é a base do seguro privado que permitiu eliminar, em muitos casos, o princípio da culpabilidade legal. A compensação já pré-estabelecida, permitia uma diminuição dos custos, uma racionalização das normas de prestação, que ficavam até então, a critério do juiz” (FALEIROS, 1995, 84).

Tendo por referência a experiência britânica do final do século XIX, Tom Dwyer (2006, 47, 50) evidencia que as demandas por maior autonomia dos trabalhadores vinculadas aos locais de trabalho foram substituídas pelo apoio dos sindicatos às ações legislativas que definiram para as empresas medidas de segurança no trabalho, além de organizarem os próprios sindicatos fundos próprios de indenização, através de sociedades de ajuda mútua²².

Apesar da resistência de muitos sindicatos às tecnologias decorrentes da engenharia de segurança no trabalho, principalmente como uma reação à perda

²² As sociedades de ajuda mútua eram uma alternativa frente à proibição à organização sindical dos trabalhadores, comum nos países da Europa na primeira metade do século XIX. Os sindicatos foram autorizados em 1864, na França; em 1874, na Inglaterra e, em 1869, na Alemanha (FALEIROS, 1995, 82).

da autonomia dos trabalhadores, a partir da década de 1920, os sindicatos começaram a cooperar com a gerência e com a perspectiva da prevenção de acidentes através do uso de equipamentos de segurança tecnicamente prescritos e de condições ambientais seguras (DWYER, 2006, 113).

Dwyer apresenta duas razões para isso: primeiro, a participação nas instituições intermediárias de saúde do trabalhador estabelecidas nos locais de trabalho (comissões de segurança organizados no próprio local de trabalho com a participação dos trabalhadores), que foram ao longo dos anos incentivadas tanto por governos quanto pelos empresários. Essas instâncias, segundo Dwyer (2006, 114), teriam desempenhado o papel político de dissipar conflitos decorrentes das relações de trabalho. Depois, a própria dinâmica institucional das organizações dos trabalhadores, os sindicatos, que por constituírem-se em organizações burocráticas democraticamente eleitas, transformam as questões referentes a saúde em demandas a serem negociadas com os empresários como forma de legitimar e manter as ações das diretorias sindicais.

Contando com a ação do Estado através de legislações específicas e ações de fiscalização (o que tornaria os custos com investimento em segurança equânimes entre os empresários) (DWYER, 2006, 100) e com a colaboração dos trabalhadores, gradativamente aconteceu a institucionalização das intervenções no campo da segurança do trabalho e o seu desenvolvimento como área de investigação científica²³. Nesse processo, desenvolveu-se a noção de que através das ações técnicas a engenharia pode reduzir as dificuldades associadas ao trabalho (baixa produtividade e acidentes no trabalho), aumentando assim o lucro (DWYER, 2006, 82).

Na engenharia de segurança do trabalho, aliam-se a noção de “segurança é igual a lucro” e a teoria do “fator humano”, para a qual as deficiências pessoais são vistas como centrais para atos perigosos que produzem os acidentes de

²³. A publicação, em 1931, do livro *Industrial accident prevention: a scientific approach* de Herbert William Heinrich, marca a consolidação da engenharia de segurança como área de investigação científica (DWYER, 2006, 81).

trabalho (DWYER, 2006, 82). Esse modelo de prevenção permaneceu praticamente inalterado ao longo de toda a primeira metade do século XX, até a década de 1960 (DWYER, 2006, 71).

O contexto de racionalização da gestão do trabalho relacionado com a formação e o desenvolvimento da engenharia de segurança do trabalho foi expresso exemplarmente pelo taylorismo. O taylorismo representou a culminação de uma tendência presente na formação do empreendimento industrial de racionalização e planejamento através da gerência do trabalho. O desenvolvimento da engenharia de produção e da “administração científica do trabalho” constituiu uma tecnologia que permitiu para a gerência o controle da execução de toda atividade no trabalho, restando aos trabalhadores pouca interferência direta no modo de executar as atividades (BRAVERMAN, 1987, 86).

Além disso, a subordinação dos trabalhadores aos desígnios da gerência contou com a colaboração da psicologia do trabalho. No início do século XX, identifica-se uma “individualização” da psicologia (FARR, 1988), pela qual processos sociais passaram a ser compreendidos como sendo determinados por processos psicológicos. Isso acontece também, em relação às relações de trabalho. Assim, instituiu-se gradativamente a “psicologia da indústria” como prática e como campo específico de conhecimento, produzindo tecnologias específicas como testes de seleção e avaliação de desempenho (SAMPAIO, 1998, 21). Tais práticas contribuíram para constituir o técnico de gestão do trabalho (administrador, engenheiro, psicólogo, médico, etc.) como mediador entre os trabalhadores e a realização da atividade do trabalho, retirando do próprio trabalhador as condições de auto-gestão de sua atividade.

Os processos que aconteceram com a engenharia de segurança, a administração e a psicologia ajudam a compreender a formação e a sustentação, ao longo de grande parte do século XX, da medicina do trabalho.

Ao se analisar historicamente a formação do campo da saúde do trabalhador no Brasil, pode-se evidenciar os atores e conflitos que se constituíram com a formação do marco legal e dos formatos institucionais que configuraram

esse campo. Nesse processo, duas linhas de desenvolvimento aparecem, com percursos desiguais e quase sempre desarticulados: a saúde do trabalhador como um problema de regulamentação do trabalho e de previdência social, o que estará presente desde as primeiras regulamentações referentes à saúde do trabalhador; e, a saúde do trabalhador enquanto processo mais amplo de saúde, o que ganhará força apenas a partir da década de 1970²⁴.

É, sobretudo, como previdência e regulamentação do trabalho que se institucionalizou e que apareceu na legislação brasileira a preocupação com a saúde do trabalhador.

No final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o Brasil era um país essencialmente agrícola e agro-exportador²⁵. O movimento operário no Brasil se desenvolveu em um contexto de lenta e gradativa industrialização, a partir da expansão da economia cafeeira, principalmente por intermédio os imigrantes italianos em centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro. Esse desenvolvimento foi bastante incipiente até um pouco antes do início da Primeira Guerra²⁶.

O movimento operário surgiu com maior força entre os anos de 1905 e 1908 a partir de várias mobilizações que colocavam em questão a jornada de trabalho, a associação compulsória às sociedades de beneficência e as condições

²⁴ A LEI N° 6.229/1975, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde definia o campo da saúde do trabalhador como competência do Ministério do Trabalho. É apenas com a LEI No. 8080/1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, que a saúde do trabalhador será de competência do Ministério da Saúde. Muito embora isso, persistem ainda vários conflitos de competência entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho sobre a atuação no campo da saúde do trabalhador. Um exemplo é a competência sobre a fiscalização da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho.

²⁵ Entre 1921 e 1930, o café representava 70% das exportações brasileiras e em 1920 cerca de 70% da população ativa trabalhava na agricultura (FALEIROS, 1995, 126).

²⁶ A Constituição da República de 1891 já previa o direito à livre associação. Em 1870 aconteceu a fundação da Liga Operária, no Rio de Janeiro. Os sindicatos rurais foram regulamentados pelo Decreto N. 979/1903 e os sindicatos urbanos pelo Decreto N. 1.637/1907 (QUEIROZ, 2007, 20).

de trabalho²⁷. O período entre 1909 e 1912 é caracterizado por uma diminuição das mobilizações que são retomadas a partir de 1913 e que atingem seu ápice no período de 1917 a 1920 (FAUSTO, 1977, 133).

Entre 1917 e 1920 uma série de greves dos trabalhadores em São Paulo e no Rio de Janeiro teve como principais reivindicações a melhoria das condições de trabalho, a regulamentação do trabalho da mulher e da criança e dos acidentes de trabalho²⁸. Até então “a prática para tratar acidentados consistia em enviá-los à assistência policial para determinar a culpa, e à Santa Casa para os curativos, o que aliviava os custos patronais, mas não as reclamações operárias” (FALEIROS, 1995, 130). A partir de seus sindicatos e de suas mobilizações, os trabalhadores começaram a aparecer como um elemento tencionador importante no processo de regulação do Estado sobre a saúde dos trabalhadores.

Uma primeira forma de institucionalização das questões referentes à saúde do trabalhador aconteceu com a criação, em 1911, do Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo (DET), o que constituiu um “esboço de intervenção do Estado na questão do trabalho” (MAENO & CARMO, 2005, 30), e, depois, com a elaboração das primeiras legislações sobre as questões relacionadas ao trabalho.

É como certa reação do Estado à essa necessidade de regulamentar o trabalho que foi criado em 1918 o Departamento Nacional do Trabalho (Decreto 3.550/1918) e, no ano seguinte, a primeira Lei de Acidentes de Trabalho no Brasil.

A Lei de Acidentes de Trabalho de 1919 (Decreto Legislativo 3.724/1919) colocou em oposição os interesses dos sindicatos de trabalhadores, o governo e os empresários, além fazer aparecer posições diversas apresentadas entre jornalistas, juristas e médicos.

²⁷ “nos anos 1905-1908, dá-se a formação da Federação Operária de São Paulo e se realiza o Primeiro Congresso Operário; ocorre duas grandes greves em Santos (1905 e 1908), a greve ferroviária paulista, a greve generalizada de maio de 1907 em São Paulo, a paralisação dos sapateiros na Capital da República (1906)” (FAUSTO, 1977, 133).

²⁸ Entre 1917 e 1920 houve 112 greves em São Paulo (FALEIROS, 1995, 130). Bóris Fausto (1977, 192 e ss) faz uma análise detalhada das greves de 1917 e 1918 em São Paulo.

A aprovação desse projeto visava por fim às reclamações operárias de toda espécie, que todos os dias sitiavam por todos os lados, o governo de São Paulo, pelas manifestações de greves (...) Assim, a lei sobre os acidentes de trabalho pôde ser o resultado de uma pressão forte e imediata da classe operária, mesmo espontânea e anarquista (FALEIROS, 1995, 130).

Numa interpretação em outro sentido, Ângela de Castro Gomes (citada por FERRAZ, 2010, 209), considera que longe de ser resultado das mobilizações dos trabalhadores “a lei de acidentes foi um dos expedientes encontrados pelas emergentes classes industriais da Primeira República para proteger os ‘desamparados’ do sistema político, estando mais próxima da filantropia do que da conquista política do movimento operário organizado”.

Em todo caso, a Lei 3.724/1919 adotou a noção de “risco profissional”. Dessa forma, o conceito de risco profissional foi implantado no Brasil na sua primeira lei sobre acidentes de trabalho. O debate sobre a aprovação do projeto e o uso da noção de risco profissional vinha sendo realizada já há alguns anos, sendo apoiada por jornalistas, juristas, médicos, pelo Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo. Os empresários (Associação dos Industriais de São Paulo), apesar de inicialmente se oporem a qualquer projeto de uma legislação sobre o trabalho, viram na legislação de acidentes de trabalho uma forma de manter os custos uniformes da mão-de-obra, sem conceder sobre horas de trabalho (FALEIROS, 1995, 130).

A noção de “risco profissional” passou a ser defendida pelas entidades empresariais e pelas companhias de seguro da época. “Para o Centro Industrial do Brasil (CIB), que na época congregava os industriais, a adoção do risco profissional “inerente” a qualquer trabalho, representava a abolição da negligência dos patrões. (...) a lei atendia, nesse aspecto, aos interesses do CIB” (MAENO & CARMO, 2005, 32).

Algumas características do modelo que se instituiu a partir da Lei de Acidentes de Trabalho de 1919 são: os acidentes de trabalho são considerados aqueles provocados única e exclusivamente pela atividade laboral, devendo ser possível identificar sua causa específica (princípio da unicausalidade); o

trabalhador ou sua família era indenizado de acordo com as seqüelas produzidas pelo acidente ou em caso de morte²⁹; socorro médico-hospitalar e farmacêutico era uma responsabilidade do empregador; em caso da necessidade de ausência do trabalhador ao serviço em função do acidente o empregador deveria fazer comunicação à autoridade policial (MAENO & CARMO, 2005, 34).

Segundo Maria Maeno e José Carlos do Carmo (2005, 34), “na prática, a legislação tornou-se um mecanismo de mercantilização, de monetização do acidente, que passou a ser objeto de compra e venda de prêmios e seguros, constituindo-se em um mecanismo de acumulação das seguradoras”.

Uma segunda lei sobre acidentes do trabalho foi aprovada no primeiro governo de Getúlio Vargas (Decreto 24.637/1934)³⁰. Esta lei não trouxe grandes modificações à Lei de 1919: também se baseava no conceito de risco profissional e no princípio da uncausalidade; o Ministério do Trabalho é quem deveria elaborar uma lista de doenças relacionadas ao trabalho e obrigava o empregador a manter registro próprio sobre os casos de trabalhadores afastados do trabalho em decorrência de acidentes.

Já havia, porém, posições entre médicos e técnicos do Ministério do Trabalho que propunham o conceito de causalidade múltipla e que colocavam a necessidade de estatização dos seguros de acidente de trabalho (MAENO & CARMO, 2005, 36-37). A institucionalidade constituída à época para isso foram as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que passaram as ser gradativamente criadas a partir do governo federal e por decretos-lei específicos³¹.

Assim foram constituídos os Institutos de Aposentadoria e Pensões, autarquias organizadas em âmbito federal por categoria profissional. O Instituto de

²⁹ Essa indenização era responsabilidade do empregador “o que tornava incertas as liquidações dos danos, sobretudo no caso das pequenas empresas” (RIBEIRO & LACAZ, 1984, 70).

³⁰ Antes disso, instituiu-se o Conselho Nacional do Trabalho (Decreto 16.027/1923) e, depois, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (Decreto 19.433/1930).

³¹ Já no século XIX foram criadas algumas caixas de assistência: 1888 para os ferroviários; 1889 para empregados dos correios e imprensa oficial (FALEIROS, 1995, 135).

Aposentadoria e Pensões dos Marítimos foi criado em 1933, dos Bancários e dos Comerciários em 1934, dos Industriários em 1936, entre outros (FALEIROS, 1995, 133; MAENO & CARMO, 2005, 34). O processo de implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões foi gradativo³². A ele correspondeu um processo de centralização das ações de previdência no governo federal e a ampliação de uma burocracia estatal técnica.

Os Institutos que substituíram as Caixas, responderam a uma racionalização tecnocrática, a uma centralização federal, a uma cooptação da classe operária, como também [...] permitiu aos patrões diminuir suas despesas administrativas e socializarem os custos das Caixas, com a contribuição dos trabalhadores de todo o país [além disso] o governo de Vargas tinha interesse em utilizar o dinheiro das Caixas e Institutos de Aposentarias para estimular a industrialização (FALEIROS, 1992, 136).

A terceira Lei de Acidentes de Trabalho (Decreto Lei 7.036/1944) estabeleceu um tempo de transição para um modelo estatal de seguro social. Isso acabou acontecendo bem mais tarde em função da oposição dos setores empresariais e das companhias de seguros.

Maria Maeno e José Luiz do Carmo (2005) evidenciam os atores e o campo em conflito na saúde do trabalhador, entre as décadas de 1940 e 1960: a partir do Estado, as posições de alguns técnicos do Ministério do Trabalho pressionavam o governo para uma perspectiva de estatização da seguridade social; as seguradoras privadas organizadas a partir de 1941 através da Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes (ABPA) defendiam a manutenção do seguro privado de acidentes de trabalho. A ação dos sindicatos, nesse contexto, era bastante limitada.

A Lei de 1944, além de estabelecer um prazo para um modelo estatal de previdência social, trouxe outras inovações importantes em relação à saúde do trabalhador: introduziu o conceito de “risco de autoridade” e de concausalidade, abolindo a necessidade de caracterização da causa única; criou a figura do

³² Em 1932 havia 140 Caixas de Aposentadoria e Pensões, com 189.482 segurados ativos, 10.279 aposentados e 8.820 pensionistas; em 1948 os cinco grandes Institutos contavam com 2.897.000 segurados, 18% da população do país e havia 30 Caixas (FALEIROS, 1995, 135).

acidente de trajeto; criou as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS); introduziu a noção de prevenção de acidentes e higiene do trabalho (MAENO & CARMO, 2005, 39).

O conceito de risco de autoridade ampliou a noção de risco profissional. O risco profissional restringia a indenização por acidente a atividades insalubres ou perigosas. Dessa forma, os riscos cobertos pelos Institutos eram de doença, invalidez, morte e velhice, esses nos casos de aposentadoria por idade (MAENO & CARMO, 2005, 38; FALEIROS, 1995, 137).

O conceito de risco de autoridade estabeleceu que há uma subordinação jurídica entre patrão e empregado e que todo acidente resulta, direta ou indiretamente, de uma subordinação do trabalhador à autoridade do patrão, mesmo em se tratando de uma atividade que não seja classificada de risco (MAENO & CARMO, 2005, 38).

A ampliação da importância da atividade técnica no campo da saúde do trabalhador foi acontecendo também a partir da formação de uma institucionalidade própria ao campo da saúde do trabalhador, como os Departamento de Higiene Ocupacional, criados em várias universidades brasileiras, os Serviços de Higiene Ocupacional do Serviço Social da Indústria (SESI) e a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO).

Já em 1931, tinha sido fundado na Universidade de São Paulo o Departamento de Higiene Ocupacional, “único centro brasileiro - talvez latino-americano - em que a higiene ocupacional era ensinada” (MAENO & CARMO, 2005, 39). Esse departamento teve, ao longo das décadas de 1940 e 1950, um papel importante na formação de técnicos voltados a uma perspectiva mais próxima à saúde ocupacional.

Outro agente importante na formação do marco interpretativo da saúde ocupacional na Brasil foi o Serviço Social da Indústria (SESI). O SESI foi criado em 1946, a partir de uma incumbência feita pelo governo federal à Confederação

Nacional da Indústria, a partir de um Decreto Lei (N. 9.403/1946), para constituir “um serviço próprio, destinado a proporcionar assistência social e melhores condições de habitação, nutrição, higiene dos trabalhadores e, bem assim, desenvolver o esforço de solidariedade entre empregados em empregadores” (BRASIL, 1946). Em 1950, o SESI organizou o seu serviço de higiene industrial e, através da ação de precursores no Brasil da saúde ocupacional como o engenheiro Fernando Ferraz e o médico Bernardo Bedrikow, incentivou a criação das CIPAs.

O desenvolvimento do campo da saúde ocupacional no Brasil acompanhava o seu desenvolvimento internacional³³. Na década de 1950, a saúde ocupacional ganhou relevância internacional. Em 1958, a 42ª. Conferência da Internacional do Trabalho tratou dos serviços de saúde ocupacional e, no ano seguinte, expediu uma recomendação específica sobre o tema (Recomendação N. 112). Essa recomendação enfatizava o caráter essencialmente preventivo dos serviços de medicina do trabalho.

Ao longo das décadas de 1950 e 1960, no Brasil, gradativamente a perspectiva restrita de acompanhamento clínico dos trabalhadores no trabalho, presente no modelo da medicina do trabalho, foi sendo contraposta à perspectiva de incorporação de outras especialidades como a Engenharia de Segurança no Trabalho, a Ergonomia e a Higiene Industrial, apresentando-se assim o conceito de Saúde Ocupacional, que passou a ser dirigido ao trabalhador no contexto do ambiente de trabalho.

Em 1966, a Lei N. 5.161 criou a FUNDACENTRO, que se tornou uma referência importante na consolidação do campo da saúde ocupacional no Brasil. Ainda na segunda metade da década de 1960, no contexto da ditadura militar,

³³Maria Maeno e José Carlos do Carmo (2005, 46-48) relatam que Benjamim Alves Ribeiro criou o Departamento de Higiene Ocupacional da USP após retornar de um curso de pós-graduação no John Hopkins University (EUA). Fernando Ferraz implantou o serviço de higiene industrial no SESI a partir de uma viagem que fez aos EUA. Bernardo Bedrikow fez mestrado em Higiene do Trabalho na Universidade de Harvard (EUA).

houve uma maior centralização na organização institucional previdenciária. Em 1966, todos os Institutos foram integrados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (FALEIROS, 1995, 137).

Em 1967, duas novas leis de acidentes de trabalho foram formuladas. A primeira (Decreto Lei 293/1967), formulada em fevereiro foi revogada pela segunda em setembro e foi, de forma evidente, resultado das pressões das seguradoras privadas. O Decreto Lei 293/1967 dispunha sobre o seguro de acidente de trabalho. Esse decreto concentrava e dava exclusividade às seguradoras privadas em relação às indenizações relativas aos acidentes de trabalho. A partir da reação do movimento sindical, a lei nem chegou a ser regulamentada (MAENO & CARMO, 2005, 40).

A Lei 5.316/1967 foi outorgada em setembro e substituiu o Decreto Lei 293 de fevereiro. Essa lei manteve a noção de doenças do trabalho³⁴, criada pela lei anterior e a equiparou às noções de doenças profissionais e acidentes de trabalho. A criação, ainda que com poderes bastante restritos em relação à saúde do trabalhador, do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) aconteceu apenas em 1967.

2. 2. A formação do contra-modelo

A medicina do trabalho é o primeiro de três modelos de atenção à saúde dos trabalhadores constituídos ao longo do século XX, ao qual se soma o modelo da saúde ocupacional e, mais recente, o da saúde do trabalhador. Esses modelos foram produzidos a partir da medicina e sua confluência com outras disciplinas,

³⁴ Considera-se doença do trabalho “qualquer das chamadas doenças profissionais, inerentes a determinados ramos de atividade e relacionadas em ato do Ministro do Trabalho e Previdência social [bem como] a doença resultante das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho for realizado” (BRASIL, 1967).

formando, cada um deles, marcos interpretativos próprios para a compreensão e a intervenção no campo do trabalho. Atualmente, esses modelos são utilizados de forma concomitante, produzindo-se muitas vezes sobreposições entre eles. Cada modelo surgiu a partir de críticas aos modelos anteriores, de conflitos relacionados a interpretações sobre os processos de saúde e adoecimento decorrentes do trabalho, de interesses de profissionais da área da saúde e segurança do trabalho, de trabalhadores e suas organizações, dos empresários e de agentes vinculados ao Estado. Além disso, os conflitos entre os modelos acontecem em relação a centralidade de intervenção de determinados profissionais nos processo de saúde-doença, em relação à presença do Estado, e em relação à participação dos trabalhadores nesses processos.

Considerando os três modelos em questão, podemos afirmar que apenas o modelo da saúde do trabalhador incorpora, de forma central e como um elemento constitutivo de seu marco interpretativo, a participação dos trabalhadores. Diferente dos modelos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, o modelo da saúde dos trabalhadores é implementado a partir de mecanismos criados pelos próprios trabalhadores, através de suas organizações: “uma das originalidades do movimento [de saúde do trabalhador] foi a emergência, ao longo da década de 1960, de um *modelo autônomo* de análise das condições de trabalho, modelo este que teve profunda influência nas políticas e práticas de saúde no trabalho” (MACHADO, 2006, 18). Só a partir desse modelo podemos falar em um “movimento de saúde do trabalhador” ou em um modelo que tenha surgido a partir de lutas e formulações dos próprios trabalhadores.

Neste trabalho, e de forma específica neste capítulo, importa demarcar como os agentes vinculados ao modelo da saúde do trabalhador localizam os outros modelos e que conflitos definem como existindo entre eles. Dessa forma, é a partir da perspectiva do modelo da saúde do trabalhador que os outros modelos serão vistos.

A partir da década de 1970, no bojo de uma série de revisões que acontecem no campo das ciências sociais³⁵, desenvolveu-se, a partir da medicina social e da saúde coletiva, uma crítica aos modelos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, gestando-se a partir daí um novo conhecimento sobre as relações trabalho - saúde (LACAZ, 1996, 120). No Brasil, esse processo aconteceu em grande parte a partir das influências do chamado Modelo Operário Italiano e da Medicina Social Latino-americana.

Na Itália, na década de 1970, como resposta ao movimento dos trabalhadores, mudanças significativas na legislação e novas políticas sociais, ampliaram a participação dos trabalhadores nas questões referentes à saúde do trabalhador³⁶. Teoricamente, desenvolveu-se no contexto da reforma sanitária italiana o Modelo Operário Italiano formulado a partir dos trabalhadores e suas organizações e com uma participação importante de médicos sanitaristas. O Modelo Operário Italiano propunha a participação dos trabalhadores a partir de seu local de trabalho e a não delegação dos assuntos referentes aos trabalhadores e sua saúde a técnicos das empresas (LACAZ, 1996, 121; MENDES & DIAS, 1991, 335).

A novidade de hoje [1970] é que por parte dos trabalhadores, e de um grupo sempre maior de sanitaristas, surge uma iniciativa que tem caráter de governo, um impulso não para ampliar ou melhorar o atual sistema, mas reformá-lo. O fulcro deste impulso nasce na fábrica, com as exigências e conquistas conseguidas pelos trabalhadores durante as lutas de 1969, para mudar as condições de trabalho, e não só o salário, para mudar o horário, o ritmo do trabalho, para intervir sobre a poluição ambiental (BERLINGER, 1983, 124).

³⁵. Na antropologia e nas ciências sociais, a valorização dos significados sociais apresentados pelos agentes sociais, os aspectos culturais, cotidianos e interpessoais presentes nas relações sociais; No campo da saúde mental, o desenvolvimento da anti-psiquiatria e da psiquiatria social.

³⁶. "Na Itália, a Lei 300, de 20 de maio de 1970 (...) mais conhecida como "Estatuto dos Trabalhadores", incorporou princípios fundamentais da agenda do movimento de trabalhadores, tais como a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, a não monetização do risco, a validação do saber dos trabalhadores e a realização de estudos e investigações independentes, o acompanhamento da fiscalização, e o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho" (MENDES & DIAS, 1991, 345).

Uma contribuição direta do modelo italiano no Brasil se deu a partir da presença, no Brasil, do médico sanitарista e ex-senador italiano Giovanni Berlinguer, em 1978. A partir de sua visita, que havia sido feita por ocasião do lançamento da segunda edição do seu livro “A Saúde nas Fábricas”, dezesseis médicos sanitарistas brasileiros foram realizar estudos sobre saúde do trabalhador em institutos italianos (MAENO & CARMO, 2005, 63).

Um resultado importante dessa troca de experiências foi a introdução no Brasil da metodologia do “Mapa de Riscos”, utilizada para a análise e determinação de estimativas de riscos físicos, químicos, biológicos e de organização do trabalho aos quais o trabalhador está exposto (MAENO & CARMO, 2005, 63). Essa metodologia pressupunha a participação ativa do trabalhador na elaboração do Mapa de Risco.

Além da incorporação das discussões trazidas pelo modelo operário italiano, o modelo da saúde do trabalhador se desenvolveu no Brasil tendo por referência o desenvolvimento da Medicina Social Latino-americana, a partir principalmente de produções realizadas na Universidade Autônoma do México e das posições assumidas da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (LACAZ, 1996, 121; VASCONCELLOS, 2007, 145).

Para a perspectiva da Medicina Social Latino-americana, enfatiza-se uma compreensão macrossocial dos processos de saúde e doença. Compreende-se aqui que os processos de saúde e doença são processos sociais e históricos e estão articulados ao conjunto dos processos sociais mais amplos, como a cultura, a economia e a política (LAURELL, 1982). A categoria *processos de trabalho* é tomada como uma categoria central para o estudo dos aspectos sócio-políticos relacionados aos processos de saúde e doença no trabalho (LACAZ, 1996, 119).

A MSL [Medicina Social Latino-americana] propõe, então, uma visão do conceito de trabalho que incorpora a idéia de processo de trabalho, na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco e externo ao trabalhador, mas como uma “categoria” explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção entre o capital e o trabalho (LACAZ, 1996, 23)

Essa perspectiva vai, também, enfatizar a denominação saúde do trabalhador em substituição à denominação saúde ocupacional (MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 25; LACAZ, 2007, 758).

Além das influências diretas do Modelo Operário Italiano e da Medicina Social Latino-americana, no Brasil, a formação do marco interpretativo da saúde do trabalhador está relacionada, também, com o processo de redemocratização política, com o Movimento de Saúde e com o desenvolvimento do campo da saúde pública (GERSCHMAN, 1995; MAENO & CARMO, 2005, 60).

Nas décadas de 1970 e 1980, o modelo da saúde do trabalhador se constituiu a partir de uma série de instituições ligadas à saúde pública e do envolvimento de técnicos do Estado relacionados a esse campo, além de ações realizadas a partir do movimento sindical. Lacaz (1996), examinando as formações discursivas presentes na formação do campo da saúde do trabalhador no Brasil, faz uma análise a partir de três agentes diferenciados: academia, serviços e movimento sindical. O autor evidencia que esses três agentes estiveram relacionados com a formação do campo da saúde do trabalhador a partir de perspectivas e formas de atuação próprias. Pode-se considerar, observando-se o campo da saúde do trabalhador, a permanência desses três agentes.

A formação do campo da saúde do trabalhador no Brasil teve uma contribuição decisiva de muitos médicos sanitaristas formados principalmente nas décadas de 1960 e 1970.

Ao longo da década de 1960, várias faculdades de medicina haviam criado departamentos e disciplinas específicas de Medicina Social e Medicina do Trabalho, respondendo tanto às normativas internacionais quanto a algumas disposições nacionais sobre o tema (em 1950, a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde delimitam o campo da saúde do trabalhador; em 1962, o Conselho Federal de Educação regulamenta a obrigatoriedade do ensino da Medicina do Trabalho no Brasil) (LACAZ, 1996, 130). Muitas delas, como a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, incorporavam fortemente a noção de que a medicina é, ao mesmo tempo,

preventiva e social, enfatizando o caráter de multideterminação dos processos de saúde/doença. Nesse momento, por influência do modelo norte-americano de medicina comunitária, a noção de social confundia-se com a perspectiva prevencionista, com ênfase para a família e a comunidade (LACAZ, 1996, 131).

Gradativamente, porém, as críticas às políticas oficiais relacionadas à saúde do trabalhador e ao modelo prevencionista norte-americano começaram a ser construídas, tendo uma influência decisiva nesse processo o contato de muitos médicos sanitaristas com o Modelo Operário Italiano e a Medicina Social Latino-americana (FALEIROS et al., 2006, 103).

O Modelo Operário Italiano e a Medicina Social Latino-americana disponibilizava aos médicos sanitaristas brasileiros elementos para um marco interpretativo em saúde do trabalhador que afirmava, fortemente, a saúde como processo social, a participação dos trabalhadores nos seus processos de saúde e doença e a responsabilização do Estado pela assistência e vigilância e saúde do trabalhador.

A ST, enquanto área própria e singular no campo de atuação da saúde pública, foi se consolidando como escoadouro de idéias reformistas na saúde, na década de 1980, em que a vertente saúde-trabalho ganhou relevo após décadas de esquecimento no debate sobre as políticas públicas brasileiras de saúde, ou melhor dizendo, sobre as políticas brasileiras de saúde pública. (VASCONCELLOS, 2007, 147).

Nessa concepção, “a saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República” (FALEIROS et. al., 2006, 18).

O momento de abertura política vivida ao longo do final da década de 1970 e início da década de 1980, e o processo de reformulação do sistema de saúde do Brasil, no bojo da elaboração da nova constituição federal, vinculou diretamente a saúde do trabalhador às políticas de Estado e à formação de uma rede de serviços, a partir do Estado, para responder às necessidades de assistência em

saúde do trabalhador. Isso levou muitos médicos sanitaristas a atuarem diretamente na saúde pública, ingressando muitos deles no serviço público.

Essa atuação foi, em grande medida, possibilitada pela formação de organizações que interferiram fortemente na elaboração do marco interpretativo da saúde do trabalhador no Brasil. Pelo menos duas organizações tiveram um papel importante nesse processo: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1975; e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979³⁷.

A experiência a partir do modelo italiano teve repercussões na formação do modelo da saúde do trabalhador no Brasil: “foi a influência italiana que contribuiu para a criação dos serviços de atenção à saúde do trabalhador dentro da estrutura da rede básica de saúde, alguns dos quais persistem até hoje” (MAENO & CARMO, 2005, 64). Assim, no início da década de 1980, experiências de instalação e estruturação de serviços começaram a modelar o formato da intervenção institucional da saúde do trabalhador tendo como referência o Estado.

Teve uma importância fundamental nesse desenvolvimento uma série de serviços que gradativamente foram organizados na rede pública de assistência aos trabalhadores e que envolviam a participação dos trabalhadores e de suas organizações (MENDES & DIAS, 1991: 346). É o caso, por exemplo, do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte de São Paulo (PST/ZN), criado em 1985.

A formação, a partir de 1984, dos Programas de Saúde do Trabalhador, estruturados pela 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.

³⁷ A ABRASCO teve um importante papel na mobilização para a 8ª. Conferência Nacional de Saúde e organizou, logo após, ainda em 1986, o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro, reunindo cerca de 2.000 profissionais (FALEIROS et al., 2006, 106).

Eram experiências concretas que refletiam a concepção de que a melhoria das condições de trabalho passa necessariamente pela participação dos trabalhadores e pela integração do saber do trabalhador com o conhecimento técnico-científico (MAENO & CARMO, 2005, 68).

Para esse processo foi também bastante relevante a inserção de profissionais, principalmente médicos sanitaristas, em estruturas de governo. Um exemplo significativo é o do médico sanitarista David Capistrano, que assumiu em 1984 a Secretaria de Saúde da prefeitura de Bauru (SP) e em 1989 a Secretaria de Saúde de Santos (SP), tendo em 1993 sido eleito prefeito de Santos (MAENO & CARMO, 2005, 59).

A atuação desses profissionais e a implantação desses serviços significou:

a introdução de novas formas de organização/atuação do trabalho em saúde, procurando romper com a hegemonia médica numa perspectiva de reversão do modelo médico-cêntrico, ao enfatizar a atuação em equipe e a educação em saúde como elemento de busca da "consciência sanitária. (LACAZ, 1994, 47).

Na década de 1970, a reorganização do movimento sindical e de suas mobilizações colocou os trabalhadores e suas organizações de volta à luta política, o que então se evidenciava através das greves na região do ABC paulista em 1878 e 1979, da organização do I Congresso Nacional da Classe Trabalhadora, em 1981, da fundação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983 e, depois, em 1986, da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) (QUEIROZ, 2007).

A formação de um sindicalismo de mobilização³⁸ passou a incluir a saúde do trabalhador como uma luta sindical específica. As demandas relacionadas à saúde passaram a fazer parte das pautas e das mobilizações sindicais. Isso esteve presente nas greves de 1978 e 1979 e nas tentativas de incluir a saúde dos

³⁸ Utilizaremos a expressão "sindicalismo de mobilização" para designar o sindicalismo que despontou a partir do final da década de 1970 e que tem sido usualmente denominado de "Novo Sindicalismo". Uma das características desse novo sindicalismo foi, justamente, sua capacidade de mobilização: greves gerais por categoria, por empresas, ocupação de fábricas, greve geral nacional, etc. O termo "sindicalismo de mobilização" identifica uma estratégia de ação e permite uma distinção em relação ao "sindicalismo de participação" (ANTUNES, 1995: 66; 2007: 292).

trabalhadores como uma estratégia de Organização no Local de Trabalho³⁹ através de uma reformulação das CIPAs (propondo entre outras medidas uma maior autonomia aos “cipeiros”) (LACAZ, 1996: 380).

Ao longo da década de 1970, o movimento sindical passou a tematizar de forma específica a questão da saúde do trabalhador. Isso é possível por duas estratégias desenvolvidas pelo sindicalismo naquela época: “se articular internamente de maneira supra-partidária (sic) e intersindical e externamente com uma aliança com setores intelectuais médios” (LACAZ, 1994, 42). Nessa perspectiva, a partir de uma articulação sindical realizada em 1979 para questões específicas sobre saúde do trabalhador (a Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador – CISAT), em 1980 fundou-se o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT). A partir de então, o DIESAT passou a ter um papel importante na disseminação de conhecimentos técnicos específicos sobre saúde do trabalhador, através da realização de seminários e da publicação Boletim DIESAT, a partir de 1981, transformada na revista Trabalho & Saúde, três anos depois. A formação do DIESAT foi, também, uma estratégia de uma corrente de médicos sanitários, muitos deles ligados ao Partido Comunista Brasileiro (PCB). Outra corrente preconizava uma atuação direta, junto aos trabalhadores, a partir das organizações sindicais (MAENO & CARMO, 2005, 61).

Nas décadas de 1970 e 1980, a atuação do movimento sindical centrava-se, basicamente, nas negociações como os empresários:

negando a intervenção do Estado e perseguindo a prática das convenções e acordos coletivos de trabalho nos quais são introduzidas cláusulas acordadas que envolvem reivindicações referentes à organização nos locais de trabalho visando ao controle da nocividade e a defesa da saúde nos ambientes/locais de trabalho, ou quando cria assessorias técnicas sindicais para credenciar-se nos embates com o capital neste campo (LACAZ, 1994, 43).

³⁹ Organização no Local de Trabalho (OLT) é uma estratégia de ação sindical, presente principalmente no sindicalismo de mobilização, de organização dos trabalhadores nos locais de trabalho (FREITAS, 2000: 78).

Porém, a ação interinstitucional que os sindicatos passaram a desenvolver no campo da saúde do trabalhador colocava-os em articulação como o debate que se realizava na década de 1980 sobre a reforma do sistema de saúde. Gradativamente, muitos sindicatos assumiram uma posição de defesa da saúde pública, não privatista e de qualidade, o que levou, inclusive, muitos sindicatos a romperem com o modelo de assistencialismo médico sindical (LACAZ, 1994, 46).

O processo de organização que se instituiu no campo da saúde do trabalhador envolvendo universidades, a estruturação de serviços e o campo sindical, no final da década de 1970 e ao longo da década de 1980, acompanhou e em grande parte foi resultado do movimento de reforma sanitária, da reforma do sistema de saúde no Brasil e da constituição do Sistema Único de Saúde. Esse processo culminou com a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que aconteceu alguns meses depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Essas duas conferências representam a afirmação de um modelo de saúde pública, universal e participativa (LACAZ, 2007, 761).

A reforma do sistema de saúde do Brasil aconteceu ao longo do processo de redemocratização da sociedade brasileira. Esse contexto era marcado, sinteticamente, pela crise política e econômica do regime militar, pelo sucesso da oposição consentida nas eleições de 1978 e 1982, pela emergência dos movimentos sociais e do sindicalismo de mobilização (FALEIROS, 2006, 37).

Frente às insuficiências de um sistema de saúde altamente centralizado e excludente, e tendo por influência perspectivas internacionais que afirmavam a necessidade de um modelo de saúde baseado na hierarquização das ações, na regionalização, na integralidade e na participação⁴⁰, desenvolveu-se entre médicos sanitários, técnicos e profissionais da saúde, a perspectiva de uma

⁴⁰ Uma referência importante para a saúde coletiva na época foi a Declaração de Alma-Ata, que definia a meta “Saúde para Todos no Ano 2000” e privilegiava a atenção primária e a participação popular. A Declaração de Alma-Ata foi formulada na Conferência Internacional de Cuidados Primários, organizada pela OMS e pela UNICEF em 1978 em Alma-Ata, na então União Soviética (FALEIROS, 2006, 103).

política de saúde pública, integral e universal. A partir dessa perspectiva foram organizados os mecanismos de controle social da saúde: os Conselhos de Saúde⁴¹.

O processo de reforma sanitária no Brasil aconteceu a partir da ação de acadêmicos ligados à saúde, com grande influência da reforma sanitária italiana, com a estruturação gradativa de serviços públicos de saúde de caráter comunitário, com uma crítica ao modelo centralizado de saúde no país e com uma estratégia de “ocupação de espaços” no Estado por profissionais da área: “Esse processo de institucionalização no interior do aparelho do Estado vai se consolidando como estratégia de legitimação do movimento sanitário” (FALEIROS et al., 2006, 72).

Esse processo desenvolveu-se ao longo dos anos de 1980 e culminou com a grande mobilização gerada em torno da Assembléia Constituinte e da possibilidade de assegurar um modelo de sistema de saúde público e universal.

Os reformadores do sistema brasileiro de saúde consideravam como uma questão de princípio que a sociedade civil tivesse controle sobre o sistema. Ao mesmo tempo, os grupos de interesse mobilizados através de fóruns de participação poderiam auxiliar para expandir os apoios políticos ao processo de reforma. O programa abriu as comissões interinstitucionais estaduais de saúde à participação popular e reforçou o papel de representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais” (CORTEZ, 2002, 32)

Esse processo canalizou a participação de amplos setores da sociedade, o que passou a envolver os movimentos sociais:

⁴¹ Stotz evidencia uma inversão no sentido da expressão controle social: da significação original nas ciências sociais de controle pela sociedade das atividades do indivíduo, como presente em Durkheim e Marx, a expressão passa a ser compreendida, no contexto da 9ª. Conferência Nacional de Saúde (1993) como “participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas” (2006, 150).

A partir da segunda metade da década de oitenta, esses movimentos passaram a canalizar suas demandas para as comissões interinstitucionais municipais de saúde, e depois, para os conselhos e as conferências de saúde. Através desses canais participatórios, eram apresentadas formal e publicamente as demandas daqueles setores sociais recorrentemente excluídos dos processos decisórios (CORTEZ, 2002, 23)

Realizada em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada “o evento mais importante para a consolidação da Reforma Sanitária e a conquista do SUS” (FALEIROS et al., 2006, 82). A 8ª. Conferência significou um alargamento da noção de cidadania e de democracia presentes no sistema de saúde. Até a 7ª Conferência Nacional de Saúde, os participantes das conferências eram políticos, técnicos ou pessoas de “notório saber” escolhidas pelo Ministério da Saúde. Não havia participação da população (FALEIROS et al., 2006, 82)⁴². A 8ª Conferência foi organizada a partir de pré-conferências, realizadas nos municípios e nos estados e envolveu quase 5 mil pessoas em Brasília e quase 50 mil pessoas durante as conferências preparatórias (BUSS, 1991, 298). Uma importante consequência da 8ª. Conferência para a Assembléia Constituinte foi a organização uma comissão para discutir a reforma sanitária. Assim, organizou-se, no âmbito do movimento sanitário, a Plenária Nacional da Saúde, e, a partir dessa mobilização e do envolvimento de técnicos e órgãos do Estado, começou-se, no âmbito da Assembléia Constituinte, o processo de reforma sanitária.

Entre os dias 1 e 5 de dezembro de 1986 realizou-se, também, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (I CNST). Da mesma forma que a Conferência de Saúde, a Conferência de Saúde do Trabalhador procurou interferir no processo constituinte. Participaram da organização da conferência

⁴² As conferências de saúde e educação foram definidas como instâncias consultivas do executivo federal pela Lei N. 378, de 13 de janeiro de 1937 e deveriam ser realizada a cada dois anos, pelo menos (FALEIROS et al., 2006, 196).

16 entidades e órgãos públicos⁴³. Foram organizadas pré-conferências municipais e estaduais em 20 estados. Na Conferência estiveram presentes 526 participantes, destes 399 eram delegados e 127 observadores. A composição dos delegados foi a seguinte: “46% dos delegados foram representantes de trabalhadores (183), 40% do Estado (162), 9% das Universidades (36), 3% de outras categorias (12), 1% dos políticos (3) e 1% das empresas (3)” (BRASIL, 1986, 2). As Conferências de Saúde do Trabalhador tiveram uma papel importante na difusão no Brasil do marco interpretativo da saúde do trabalhador. O relatório da I CNST apresenta uma síntese das discussões referentes ao primeiro tema da Conferência (A situação da saúde do trabalhador brasileiro), bem como as propostas deste tema e dos outros dois temas (Novas alternativas à atenção à saúde dos trabalhadores; Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores) (BRASIL, 1986).

Em relação à participação dos trabalhadores nos processos de saúde do assinala-se a saúde como um objeto de luta das organizações sindicais. O relatório da Conferência apresenta a seguinte avaliação:

Em sentido estrito, a ação é pequena e desarticulada, restringindo-se aos poucos sindicatos que se colocam na vanguarda desse movimento. Por outro lado, em sentido amplo, como resultado das condições gerais de vida, a luta dos trabalhadores tem, indiretamente, significado luta por melhores condições de saúde, variando seu sucesso de acordo com o maior ou menor grau de mobilização de cada categoria. Neste sentido, conclui-se que a organização dos trabalhadores é decisiva pra a abertura de espaços importantes na conquista da saúde. Diante disso, deve ser incentivada, no movimento sindical, as Comissões de saúde nas empresas, compostas de Delegados sindicais com efetiva estabilidade no emprego, que deverão lutar por melhores salários, estabilidade, emprego e condições de trabalho, em substituição às atuais CIPA's (BRASIL, 1986, 12).

⁴³ Foram elas: a CUT, a CGT, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), o DIESAT, a ABRASCO, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), a FUNDACENTRO, a Confederação Nacional da Agricultura (CNA) e a Confederação Nacional do Comércio (CNC), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Ministério da Saúde (MS), o Ministério do Trabalho (MTb), o Gabinete Civil da Presidência da República, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a União Brasileira de Engenharia e Segurança (BRASIL, 1986).

Além disso, o relatório da Conferência apresenta várias propostas diretamente relacionadas à participação, abarcando proposições amplas, que localizavam a participação no conjunto do Sistema Único de Saúde que então começava a ser formulado:

Por um sistema único de saúde estatal, descentralizado, regionalizado, igualitário, de boa qualidade, que garanta atendimento integral a toda população, *assegurando-se aos trabalhadores a participação na formulação da política, administração e gestão do sistema de saúde, em todos os seus níveis* (BRASIL, 1986, 13. Sem o itálico no original)

Entre as propostas relacionadas à participação dos trabalhadores apresentadas na Conferência, vale citar: a participação dos trabalhadores na revisão da legislação vigente sobre saúde do trabalhador; a garantia da participação do trabalhador urbano e rural na fiscalização das condições de trabalho; a participação de representantes dos trabalhadores em eleição dos Delegados Regionais do Trabalho; a participação autônoma e exclusiva dos trabalhadores nas CIPA's, que passariam a ser Comissões de Saúde; o controle pelos sindicatos dos SESMT's; a participação de trabalhadores e sindicalistas em eventos que permitem sua formação técnica; a participação dos trabalhadores nas decisões referentes à saúde dos trabalhadores, dentro e fora das empresas (BRASIL, 1986).

A importância da I CNST é sinteticamente descrita por Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos (2007, 155):

Somente em 1986, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores - 1ª CNST, como desdobramento proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde - 8ª CNS, considerada a conferência-marco da saúde pública e da reforma sanitária brasileira, é que a expressão ST ganha contornos mais contundentes de campo da saúde pública, na medida de sua vinculação ao paradigma sanitário da própria 8ª CNS.

As propostas tiradas na I CNST serviram de base para as discussões desenvolvidas ao longo do processo constituinte, nos anos de 1987 e 1988. O relatório da Conferência havia sido enviado para todos os constituintes, e a discussão sobre saúde do trabalhador aconteceu tanto na subcomissão do

trabalho quanto na subcomissão da saúde (MAENO & CARMO, 2005, 101).
Nessas discussões, dois grandes blocos se formaram:

O primeiro, dos setores mais progressistas, defendia que as ações em Saúde do Trabalhador fossem, sem restrições, objeto da ação do SUS. O segundo bloco, de grupos corporativistas, alegava que a exclusividade da fiscalização dos ambientes de trabalho deveria permanecer com o Ministério do Trabalho (MAENO & CARMO, 2005, 101).

Além das divergências em relação à fiscalização dos locais de trabalho, outro tema que produziu debates foi sobre a jornada de trabalho. Antes da Constituição a jornada de trabalho era de 48 horas semanais. A proposta que estava sendo colocada na constituinte era de 40 horas semanais. Com a reação dos empresários e dos parlamentares de centro e direita, a jornada foi fixada em 44 horas semanais (MAENO & CARMO, 2005, 102). Outro ponto do debate referia-se aos termos saúde ocupacional ou saúde do trabalhador e executar ou colaborar, ou seja, se cabe ao SUS executar ou colaborar com ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Acabou prevalecendo, na Constituição, o termo saúde do trabalhador e a idéia da execução pelo SUS da vigilância.

A Constituição de 1988 definiu os aspectos institucionais do campo da saúde do trabalhador no Brasil. Até a Constituição de 1988, a Saúde do Trabalhador no Brasil restringia-se à assistência sanitária, hospitalar e médico-preventiva para os trabalhadores que contribuía com a Previdência Social. Dessa forma, a Saúde do Trabalhador localizava-se no âmbito do Ministério do Trabalho, que tinha como competência, entre outras, a higiene e a segurança do trabalho, a prevenção de acidentes e de doenças profissionais (BRASIL, 1975).

Com a Constituição de 1988, todas as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede municipalizada e constituir um sistema único, sendo responsabilidade desse sistema, segundo o artigo 200, as ações em saúde do trabalhador (BRASIL, 1998).

A concepção apresentada na Constituição de 1998 se materializou na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90) (BRASIL, 1990), que criou 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), na 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.

A implementação do SUS implicou na formação de uma nova institucionalidade para a rede de atendimento em saúde do trabalhador. Duas grandes inovações podem ser assinaladas: primeiro, supera-se o cuidado eminentemente restrito ao ambiente da fábrica ou do local de trabalho, sob responsabilidade do empregador e, quando muito, com uma participação tutelada dos trabalhadores, como nos casos das CIPAs; depois, amplia-se e institucionaliza-se nacionalmente o que antes eram iniciativas isoladas, adotadas por técnicos de uma ou outra equipe de saúde ou realizadas por governos municipais ou estaduais, mas sem expressão nacional, como o Programa de Saúde do Trabalhador, desenvolvido tanto no Estado de São Paulo, durante o governo Montoro (eleito em 1982), quanto na prefeitura de São Paulo, durante o governo de Luiza Erundina (eleita em 1988) (LACAZ, 1996, 292; MAENO & CARMO, 2005, 102).

Esta legislação tem produzido também uma institucionalização: a 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) (DIAS & HOEFEL, 2005). A formação de uma rede de referência em saúde do trabalhador era um “objetivo antigo dos militantes da área” (MAENO & CARMO, 2005, 241). Um

projeto de cooperação técnica entre o Brasil e a Itália⁴⁴, firmado em 1993 viabilizou os processos de organização e capacitação da rede de referência para o Estado de São Paulo:

O Plano Operacional do PCTBI [projeto de cooperação técnica Brasil-Itália] (...) tinha por objetivo geral, o desenvolvimento de um sistema de referência em Saúde do Trabalhador no estado de São Paulo, e por objetivos específicos o apoio à operacionalização de uma rede de centros de referência, o fornecimento de material didático sobre vários temas afins, a formação e capacitação de recursos humanos, (...) e a implementação de um núcleo de documentação/informação e de apoio às ações em Saúde do Trabalhador (MAENO & CARMO, 2005, 241)

Dessa forma, a RENAST surgiu em grande parte como decorrência de uma necessidade de articulação e institucionalidade dos Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores.

Muitos técnicos que atuam nos órgãos que compõem a rede de assistência em saúde do trabalhador, juntos com sindicalistas, intelectuais e trabalhadores têm se constituído a partir desse processo em agentes da defesa da saúde do trabalhador. Esse conjunto, com certas variações, tem compartilhado um marco interpretativo que apresenta uma compreensão ampla do campo, de seus conflitos e das ações a serem desenvolvidas: “por Saúde do Trabalhador compreende-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).

Referentes interpretativos aparecem, então, como “pano de fundo”, nem sempre explícito, nem sempre claro, mas que de forma geral dão significados para a ação: “A princípio é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça

⁴⁴ Muitos médicos sanitários que se engajaram na saúde pública no Estado de São Paulo a partir da década de 1980 tiveram uma origem ideológica no Partido Comunista do Brasil. A articulação com a Itália deve-se, em grande parte, às articulações entre militantes comunistas brasileiros e comunistas italianos, que já se desenvolvia no campo da saúde do trabalhador desde a década de 1970 (Ver Lacaz, 1996).

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

2.3. Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul

Até a década de 1980, o campo da saúde do trabalhador estava circunscrito às práticas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional previstas pela legislação vigente e realizadas através de ações que se davam sobretudo nas empresas.

Ao longo da década de 1980, ações desenvolvidas a partir do movimento sindical (a partir de categorias como bancários, químicos, digitadores) e de instituições acadêmicas trouxeram para o debate público a especificidade de determinados adoecimentos e a necessidade de regulamentação de certas atividades em função de suas particularidades. Isso aconteceu de forma muito forte com o setor de informática, com os trabalhadores de processamento de dados, e com o setor bancário, e produziu o reconhecimento das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) como doença ocupacional, tendo sido importante para esse processo a criação, em 1988, do Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O ambulatório permitiu legitimar a luta dos trabalhadores de processamento de dados (MACHADO, 2006; MERLO, 1999; NETZ & SALLES, 2004).

Outra atuação importante nesse contexto se deu a partir do Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho, o CEDOP⁴⁵, instalado no Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina da

⁴⁵ <http://www.famed.ufrgs.br/centro-de-documentacao-pesquisa-e-formacao-em-saude-e-trabalho.php>. Acesso em janeiro de 2011.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul desde 1989. Tendo por objetivo realizar atividades de pesquisa e formação no campo da Saúde e Trabalho, o CEDOP desenvolveu importantes pesquisas e cursos de formação em saúde do trabalhador (Cursos de Especialização em Saúde e Trabalho) ao longo da década de 1990.

No Rio Grande do Sul, vários trabalhos fazem uma análise da implantação do modelo da saúde do trabalhador no estado e em alguns dos seus municípios. Muitos desses trabalhos estão reunidos na coletânea “Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul”, editado pela Editora da UFRGS e organizado pelo professor Álvaro Crespo Merlo (MERLO, 2004). Esses trabalhos apontam para um diagnóstico de grande precariedade da ação do Estado em relação à atenção à saúde do trabalhador. O cuidado à saúde do trabalhador estava restrito aos aparatos de saúde do trabalhador localizados no âmbito das empresas (CIPAs, SESMTs) e à relação do trabalhador com o sistema de previdência social (INSS). Isso era evidenciado pela inexistência de serviços e estruturas que atendessem às necessidades relativas à saúde do trabalhador em praticamente todos os municípios do Estado; pela falta em nível regional ou estadual de serviços, planejamento de ações e formação profissional para a atuação nessa área; pela inexistência de informações epidemiológicas sobre saúde do trabalhador e, por fim, pela falta de uma política de saúde do trabalhador no Estado (CORRÊA et al., 2004, 290).

Muito embora isso, o movimento sindical colocava reiteradamente o tema da saúde do trabalhador. O Sindicato dos Bancários de Porto Alegre organizou no início dos anos de 1990, o seu Departamento de Saúde. A partir de então, passou a desenvolver atividades que tinham como referência as experiências cotidianas dos trabalhadores. Buscava-se com isso construir ações no campo da saúde do trabalhador que fossem eficazes e marcadas pelo protagonismo dos trabalhadores (NETZ & SALLES, 2004, 340). Ao longo dos últimos 20 anos, têm sido várias as atividades desenvolvidas no campo da saúde do trabalhador pelo sindicato dos bancários de Porto Alegre. Uma lista sucinta dessas atividades inclui: atividades

de pesquisa, realizadas em cooperação com universidades tendo como tema a saúde do trabalhador bancário⁴⁶; ações de vigilância em saúde do trabalhador; atividades de atendimento direto aos trabalhadores que procuram o sindicato para informações, orientações e encaminhamentos relacionados à saúde e previdência; intervenções nos locais de trabalho através de reuniões e de informações aos trabalhadores sobre suas condições de saúde; produção de material informativo, boletins e cartilhas sobre saúde do trabalhador bancário; organização de grupos de ação solidária.

Não só a partir dos sindicatos dos trabalhadores bancários de Porto Alegre, mas também em outros sindicatos e em outros municípios, a organização de grupos de portadores de LER tem se constituído uma estratégia importante de organização dos trabalhadores e de mobilização (HOEFEL et al. 2004). A origem no Rio Grande do Sul dos Grupos de Ação Solidária está relacionada com as necessidades das entidades do movimento sindical de dar encaminhamento aos trabalhadores que recebiam em seus departamentos de saúde com problemas relacionados com a saúde, sendo a maioria portadores de LER/DORT. A essa necessidade do movimento sindical juntou-se um trabalho que estava sendo realizado por técnicos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com grupos de portadores de LER/DORT, oriundos de diversas categorias profissionais. Nesses grupos se detectou a necessidade de uma aproximação desses pacientes com seus sindicatos, inclusive como forma de evolução do tratamento (JACQUES et al., 2007).

Os grupos de ação solidária têm sido uma estratégia importante de ação sindical. O grupo de ação solidária do Sindicato dos Bancários de Porto Alegre está em atividade desde 2001, a partir de uma parceria entre o sindicato, o curso de Pós-graduação em Psicologia Social/Institucional da UFRGS e o Curso de

⁴⁶Jacéia Netz e Mauro Salles (2004, 345) fazem referência à pesquisa desenvolvida em 1994 sobre a organização do trabalho dos caixas executivos da Caixa Econômica Federal e a várias dissertações e teses realizadas por alunos de pós-graduação da UFRGS e da PUC.

Serviço Social da PUC/RS (NETZ & SALLES, 2004, 356). O grupo reúne-se semanalmente e através de suas atividades os trabalhadores envolvem-se em um processo de “tomada de consciência” a partir de vários elementos:

a compreensão de que a doença e os acidentes não são acontecimentos fortuitos e individuais, mas uma condição da coletividade; a democratização do fazer sindical e, com ela, a possibilidade real de se lutar e conseguirem transformações; a compreensão integral das condições de trabalho, na medida em que não é tal ou qual risco que adoce os trabalhadores, mas o conjunto dos elementos do processo de trabalho (NETZ & SALLES, 2004, 356).

O grupo de ação solidária do Sindicato dos Bancários de Porto Alegre tem desenvolvido nesses anos uma série de ações relacionadas à saúde do trabalhador: denúncias sobre discriminação no local de trabalho em relação à portadores de Lesões por Esforços Repetitivos encaminhadas ao Ministério Público; encaminhamentos de demandas e protesto juntos ao INSS, principalmente em relação às perícias médicas; participação na campanha salarial do sindicato; organizações de seminários e de atos públicos relacionados ao dia 28 de fevereiro (Dia de Combate à LER) (NETZ & SALLES, 2004, 358).

A edição temática “Saúde do Trabalhador Bancário”, do Boletim da Saúde, da Escola de Saúde Pública, da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul⁴⁷ evidencia a importância da presença do Sindicato dos Bancários no cenário de discussão e luta sobre a saúde dos trabalhadores no Rio Grande do Sul.

Além da atuação específica do Sindicato dos Bancários de Porto Alegre e de outros sindicatos, a formação do Fórum Intersindical de Saúde do Trabalhador constituiu um momento importante da articulação sindical a partir do tema da saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul. O Fórum Intersindical de Saúde do Trabalhador é ainda atuante e tem desenvolvido uma série de ações principalmente em relação às questões relativas à previdência social

⁴⁷ Boletim da Saúde. “Saúde do Trabalhador Bancário”. Escola de Saúde Pública. V. 20, N. 1. Jan/Jun. 2006.

A atuação dos sindicatos no campo da saúde do trabalhador ao longo da década de 1990, a atuação de técnicos, principalmente médicos sanitaristas a partir da Prefeitura de Porto Alegre que gradativamente implementava serviços de saúde do trabalhador, e a intervenção institucional através do Conselho Estadual de Saúde fez com que fosse criado, em 1995, no Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) a Comissão de Saúde do Trabalhador (CST). A partir e ao longo da implantação das Unidades de Referência e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, a organização em vários municípios do interior do estado das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador tiveram um papel importante em desencadear processos de mobilização no campo da saúde do trabalhador em vários municípios do interior: esse foi o caso de Santa Cruz do Sul, de Ijuí e, em certa medida, de Santa Maria, Pelotas e Caxias do Sul (AMADOR & SANTORUM, 2004; BARFKNECHT et al., 2004).

Esse processo foi fortemente impulsionado, porém, a partir do governo de Olívio Dutra no Estado do Rio Grande do Sul. Dois elementos podem ser destacados em relação ao campo a partir desse momento: a articulação feita pela Secretaria de Saúde do Estado de um grupo de trabalho voltado para a saúde do trabalhador e a realização do I Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador, que aconteceu nos dias 27, 28 e 29 de maio de 1999.

Uma análise mais detalhada desses dois processos pode trazer alguns elementos importantes que caracterizam o marco interpretativo da saúde do trabalhador tal como ele foi incorporado no Rio Grande do Sul.

Há certa unanimidade em afirmar que a gestão de Olívio Dutra (1999-2002) no Governo do Estado do Rio Grande do Sul produziu uma mudança significativa em relação às questões de saúde do trabalhador, dando “início à consolidação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, tendo como marco de

atuação a implantação da descentralização e regionalização da atenção integral” (CÔRREA et. al, 2004, 289)⁴⁸.

Assim, a partir do governo de Olívio Dutra, se articulou na Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul uma equipe técnica para a formulação de uma proposta para a ação em saúde do trabalhador. Já no primeiro ano do governo foi realizado o 1º. Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador (CORRÊA, 2004, 291).

A atuação da Secretaria Estadual de Saúde nessa época, tendo por referência os princípios do Sistema Único de Saúde e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1998), pautou-se na descentralização e regionalização das ações, bem como na afirmação da centralidade da participação dos trabalhadores. Esses elementos foram fortemente afirmados, também, no 1º Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador. O relatório do encontro de saúde do trabalhador traz, por exemplo, a fala de abertura feita pelo então Secretário da Administração e dos Recursos Humanos Jorge Buchabqui:

o desenvolvimento da cidadania é uma tarefa do Estado (...) de criar as condições, os meios, os mecanismos, as possibilidades e os recursos para que essa cidadania possa, livre e criativamente, se desenvolver, criando agentes sociais capazes de incidir sobre todas essas relações. (...) Acho que algumas tarefas são básicas e delas não podemos nos afastar. (...) [entre elas] ajudar a construir, a fortalecer e a organizar sindicatos e organizações de trabalhadores e organizações da sociedade e da população independentes do Estado, independentes do patronato, que sejam capazes de mobilizar por local de trabalho, por local de moradia, todos os atingidos ou o conjunto da população para garantir qualidade de trabalho e qualidade de vida (RS/SSMA/CPAIST, 1999, 27).

No mesmo encontro, Maria Juliana M. Corrêa, na época coordenadora da Política de Ação Integral à Saúde do Trabalhador da Secretaria da Saúde do RS, explicita que o modelo de gestão da saúde do trabalhador a ser implementado a

⁴⁸ Francisco Lacaz (1996) e Armenes Ramos Jr (2007) evidenciam a partir dos processos de estruturação do campo da saúde do trabalhador em São Paulo, no anos de 1980, e no Paraná, nos anos de 1990, a importância que as ações desenvolvidas a partir do Estado de estruturação da rede de serviços de atendimento à saúde do trabalhador e de organização das instâncias de controle social tiveram para a ampliação da participação e das conquistas nesse campo.

partir do governo Olívio Dutra “Deve ser desenvolvida em conjunto com os trabalhadores, por meio da criação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST), implementadas nos Conselhos Municipais de Saúde” (RS/SSMA/CPAIST, 1999, 31). Maria Juliana coloca no mesmo momento a descentralização e a regionalização como princípios da política a ser implementada, onde a criação dos CERESTs aparecem como uma estratégia importante dessa política, juntamente com as CISTs municipais e regionais.

Ao longo de sua fala nesse Encontro, Maria Juliana explicita a perspectiva de quem são os agentes da saúde do trabalhador: os técnicos do Estado vinculados à CPAIST, já que coordenam a implementação da política de saúde do trabalhador no estado; os profissionais de saúde, a partir das coordenadorias e dos serviços de saúde espalhados pelo estado; as universidades e centros de pesquisa; as outras instituições do Estado que de alguma forma estão relacionadas com a questão da saúde do trabalhador (Ministério Público, Delegacia Regional do Trabalho, INSS, Secretarias e outras instituições ligadas ao trabalho, saúde, educação e meio ambiente) e, sobretudo, a população. Nas palavras de Maria Juliana: “A construção técnico-política da Saúde do Trabalhador passa pelo exercício da cidadania da população, com ênfase na defesa da vida. (...) Saindo de fato do ambiente privado e suas representações classistas para um diálogo com a sociedade como um todo” (RS/SSMA/CPAIST, 1999, 32).

Há nessa perspectiva uma ampliação da questão da saúde do trabalhador para além das relações entre trabalho e capital. A saúde do trabalhador passou a envolver a cidadania e os direitos do cidadão por uma vida saudável, sendo vista e afirmada enquanto “direito da cidadania em defesa da vida e do meio ambiente saudável” (RS/SSMA/CPAIST, 1999, 32).

A partir do I Encontro iniciou-se a implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Estado do Rio Grande do Sul. Uma das primeiras iniciativas nesse sentido foi a estruturação do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST). Na continuidade, em 2001 a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), elaborou um protocolo técnico com a

finalidade de organizar e implantar as ações de saúde do trabalhador em âmbito estadual de forma descentralizada e regionalizada (CORRÊA, 2004, 292).

No entanto, os objetivos da Política de Saúde do Trabalhador tiveram nesse protocolo um caráter eminente técnico, pensado a partir da ação do Estado. Eles comportavam basicamente cinco pontos: conhecer a realidade da saúde do trabalhador; estabelecer um sistema de informações sobre a saúde do trabalhador no estado; subsidiar o planejamento e a tomada de decisões dos gestores de órgãos competentes relacionados à saúde do trabalhador; intervir nos fatores determinantes dos agravos à saúde da população trabalhadora, avaliar o impacto das medidas (CORRÊA, 2004, 292). Conhecer, planejar, intervir e avaliar.

Essa perspectiva técnica evidencia-se nas atribuições definidas no protocolo para cada nível de atenção (atenção básica, atenção regional, atenção estadual), com algumas exceções: na atenção regional, a criação dos CERESTs, órgãos de promoção, assistência e vigilância em saúde do trabalhador, que comportam também ações no âmbito do controle social e da mobilização em torno da questão da saúde do trabalhador. No nível estadual, entre as atribuições definidas para a própria Secretaria Estadual de Saúde, a capacitação dos trabalhadores da rede do SUS e dos conselheiros de saúde para a realização de ações de saúde do trabalhador.

No ano de 2001 se estabeleceu o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, que tentava através de uma Programação Pactuada Integrada garantir o processo de regionalização da atenção à saúde do trabalhador no estado. A pactuação entre gestores municipais previa distribuição de recursos entre os municípios e uma perspectiva de atuação a partir dos municípios numa perspectiva microrregional (PELEGRINI, CASTRO & DRACHLER, 2005). É nessa perspectiva que se projetaram os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

O Plano Estadual de Saúde do Trabalhador previu a instalação de onze CERESTs no Estado do Rio Grande do Sul. Os CERESTs são compostos por equipes multidisciplinares que variam, com profissionais admitidos através de

concursos públicos pelo município sede. Os CERESTs desenvolvem ações de atenção à saúde do trabalhador nos municípios de sua abrangência, incluindo a assistência, a vigilância epidemiológica e dos ambientes de trabalho, ações de educação e capacitação dos trabalhadores na rede dos SUS. A gestão dos CERESTs prevê a formação de um conselho gestor, do qual participam entidades que compõem os Conselhos Municipais de Saúde bem como representantes dos municípios e do estado.

O desenvolvimento do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, a formação e a atuação da Coordenadoria da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (CPAIST), a criação dos CERESTs, tudo isso, teve um impacto significativo no processo de mobilização e de participação dos representantes nos órgãos de controle social em relação às políticas de saúde do trabalhador. As informações apresentadas por Corrêa (2004, 299) ilustram esse processo nos seus primeiros anos: em 1999 havia três (3) Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador (Conselho Estadual de Saúde; Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre; Conselho Municipal de Gravataí). Em 2003 eram oito (8) Comissões Interinstitucionais Regionais de Saúde do Trabalhador, 47 Comissões Interinstitucionais em Saúde do Trabalhador (Conselhos Municipais de Saúde), oito (8) Conselhos Gestores de Centros Regionais de Referência (CEREST) e 5 Conselhos Gestores de Unidades de Referência (UMREST).

Muito embora criados a partir dos órgãos de gestão do Estado (Conselho Estadual e Conselhos Municipais de Saúde) ou das estruturas de atendimento à saúde (no caso dos conselhos gestores dos CERESTs e das UMRESTs), as CISTs e os Conselhos Gestores passaram a congregar não apenas técnicos e órgãos do Estado mas também entidades e pessoas ligadas a centros de pesquisas e universidades (AMADOR & SANTORUM, 2004).

Um linha de ação importante para o desenvolvimento do campo da saúde do trabalhador foram as atividades de formação em saúde do trabalhador desenvolvidas a partir da PAIST, em conjunto com a Escola de Saúde Pública, com a Escola dos Trabalhadores 8 de Março e com o Departamento de Medicina

Social da UFRGS. Entre os anos de 1999 e 2002, 2.163 trabalhadores do SUS foram capacitados e 5.400 pessoas participaram de atividades de formação (capacitação e seminários) que envolviam temáticas ligadas ao campo da saúde do trabalhador (CORRÊA, 2004, 312)⁴⁹.

Um tanto como resultado desse processo de atuação a partir do Estado e de mobilização no campo da saúde do trabalhador, em 2001, através da Lei Estadual 11.643, de 21/6/01, proíbe-se no Rio Grande do Sul a produção e a comercialização de produtos à base de amianto, uma luta que está presente em vários países como decorrência da ação de sindicatos de trabalhadores e de organizações de portadores de doenças decorrentes do uso do amianto.

Também por essa atuação do Estado e pelo processo de mobilização é que se organiza em 2002, junto com o processo que acontecia em âmbito nacional, a 1ª. Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador. A 1ª. Conferência aconteceu entre os dias 23 e 26 de maio de 2002 e teve como tema “O SUS na Defesa da Saúde, Trabalho, Direito, Cidadania e Ócio”. O processo da conferência (encontros municipais e regionais) mobilizou no estado em torno de 18 mil pessoas e 2.347 pessoas participaram diretamente de suas atividades (CORRÊA, 2004, 313).

De forma semelhante, em 2005, a 2ª. Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador mobilizou diversos agentes pelo estado. Foram realizadas conferências regionais e municipais em vários municípios do estado.

Atualmente, várias ações estão presentes no campo da saúde do trabalhador, tanto no Rio Grande do Sul quanto no Brasil. Essas ações evidenciam os desafios presentes no campo: a necessidade de ações inter-setoriais e supra-institucionais (LIMA, 2009), a discussão e implementação do nexos técnico epidemiológico (TODESCHINI & LINO, 2010), as questões relativas à gestão

⁴⁹ Os cursos desenvolvidos pela CPAIST entre 1999 e 2002 desenvolveram temas como: vigilância em saúde do trabalhador; mapa de risco; direito sanitário, previdenciário, civil, trabalhista e criminar; ergonomia; LER/DORT; agrotóxicos, SIST/RS, entre outros (CORRÊA, 2004, 312).

compartilhada e à participação dos trabalhadores na saúde do trabalhador (SKAMVETZAKIS, 2006).

Em todo caso, ao longo da formação e consolidação do campo da saúde do trabalhador, no Brasil e em particular no Rio Grande do Sul, não apenas desenvolvem-se ações em defesa da saúde do trabalhador como se consolida um marco interpretativo da saúde do trabalhador que se coloca como novo e em oposição aos modelos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Esse marco interpretativo é descrito, sinteticamente, por Vasconcellos (2007, 145): ampliação do objeto da intervenção através da incorporação de variáveis sociais e econômicas relacionadas aos processo e ambientes de trabalho; intervenção em saúde do trabalhador através da saúde pública; incorporação do trabalhador como sujeito e protagonista na produção de conhecimentos e nas intervenções em saúde do trabalhador; garantia da saúde do trabalhador para além dos regras contratuais que regulam o cotidiano do trabalho.

3.4. Contraposições a partir do marco interpretativo da Saúde do Trabalhador

Tendo como referência uma perspectiva crítica, os autores vinculados ao marco interpretativo da saúde do trabalhador elaboram uma caracterização da Medicina do Trabalho nos seguintes elementos: a intervenção no modelo da medicina do trabalho está 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 enfoque da Medicina do Trabalho é limitado ao trabalhador e seu adoecimento” (MAENO & CARMO, 2005, 28). 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. 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 e a forma pela qual participa é como paciente (MENDES & DIAS, 1991, 342; MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 22).

Autores vinculados ao modelo da saúde do trabalhador realizam, também, uma série de críticas ao modelo da saúde ocupacional. Segundo esses autores, o modelo da saúde ocupacional amplia, sem necessariamente substituir, o modelo da medicina do trabalho, principalmente pela incorporação do ambiente do trabalho como dimensão de análise e intervenção (MENDES & DIAS, 1991, 343). Uma mudança que se percebe no modelo da saúde ocupacional em relação ao modelo da medicina do trabalho é que os serviços de atenção à saúde do trabalhador adquire um caráter interdisciplinar e multiprofissional. Ou seja, a intervenção não mais é tomada como exclusiva do médico, porém permanece ainda a centralidade da atuação desse profissional.

Há, porém, uma forte crítica entre intelectuais, agentes do Estado e sindicalistas, sobre os serviços que são estruturados a partir do modelo da saúde ocupacional. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), instituídos em 1978 e regulamentados pela Norma Regulamentadora N^o. 4, do Ministério do Trabalho são um exemplo desses serviços. O SESMT é responsável pela implementação dos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) (Regulamentado pela Norma Regulamentadora NR N^o. 7) que, por sua vez, constituem-se numa série de exames aos quais devem se submeter os trabalhadores. As críticas enfatizam, sobretudo, que esses exames estão centrados na responsabilidade médica e não possibilitam em relação a seus procedimentos qualquer forma de participação dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 23).

Considerando o movimento sindical e as atuações sindicais tradicionais no campo da saúde do trabalhador (a atenção direta de assistência aos trabalhadores; a negociação e os acordos coletivos; a intervenção sindical

relacionada com o ambiente; os processos de trabalho e as relações de trabalho), o campo da saúde do trabalho inclui a dimensão do controle social como atuação sindical no campo da saúde e insere a saúde do trabalhador como elemento de mobilização.

Até então, a característica predominante do trabalho na área de saúde desenvolvido pelos sindicatos era a de ampliar a assistência médica e odontológica de seus associados (RIBEIRO & LACAZ, 1984, 16). Apesar dessa prática aproximar os associados aos sindicatos, ela trazia pelo menos dois inconvenientes: consumia de forma crescente os recursos dos sindicatos, o que acabava por limitar a ampliação do quadro de associados e, o mais significativo, restringia a atuação sindical ao assistencialismo, o que “obriga o sindicato a atuar na superfície dos problemas da saúde, sem atingir o seu fundo” (RIBEIRO & LACAZ, 1984, 16).

A partir de uma atuação fortemente marcada pelo DIESAT, muitos sindicatos passaram a entender que a assistência médica, hospitalar e odontológica deve ser assumida integralmente pela Previdência Social, sem nenhuma forma de repasse aos empregadores ou empresas de saúde: “A estes interessam o lucro direto ou indireto, a obrigatoriedade da permanência ou retorno ao trabalho, ainda que em condições de saúde não satisfatórias” (RIBEIRO & LACAZ, 1984, 16).

Os sindicatos passaram a desenvolver uma atuação sobre as condições de insegurança e insalubridades, o que tem tornado necessário a integração das bases sindicais; a organização dos trabalhadores nas empresas ocupando espaços disponíveis e permitidos pela legislação, como as CIPAs (RIBEIRO & LACAZ, 1984, 16), bem como a ampliação desses espaços através de ações de mobilização e da participação em instâncias de participação no controle social da saúde (Conselhos de Saúde, CISTs, etc.).

Em que medida essas linhas de intervenção são mutuamente exclusiva ou referem-se a quadros interpretativos específicos, é um problema que está presente ainda no movimento sindical. É importante verificar, no entanto, que

algumas delas veiculam de forma específica a participação dos trabalhadores nos processos de saúde e doença, e daí o engajamento.

Assim, no sindicalismo verifica-se perspectivas que variam de uma visão tradicional da saúde do trabalhador, próxima às perspectivas da saúde ocupacional e da medicina do trabalho, às perspectivas que afirmam o quadro interpretativo da saúde do trabalhador tal qual desenvolvido pelo Modelo Operário Italiano e pela perspectiva da Medicina Social Latinoamericana.

Dessa forma, uma primeira elaboração do quadro interpretativo a partir do sindicalismo estabelece de forma direta uma relação entre saúde do trabalhador e o modo de produção capitalista. Nessa perspectiva, a saúde do trabalhador diz respeito “à essência das contradições sociais de classe” (JACÉIA & NETZ, 2004, 340). Tendo isso como referência, reconhece-se que mesmo sendo necessárias e possíveis, conquistas de melhorias em relação à saúde do trabalhador “se torna pouco profunda se o modo como a produção se estabelece não for questionada” (JACÉIA & NETZ, 2004, 341).

A ação do sindicalismo no campo da saúde do trabalhador parte, então, do que se considera como fundamental para a atuação a partir dos trabalhadores: “três questões são decisivas: o desenvolvimento de uma consciência crítica pelos trabalhadores, o resgate de espaços de solidariedade como contraponto às práticas de estímulo à competição entre os trabalhadores e a construção coletiva de propostas com ações transformadoras” (JACÉIA & NETZ, 2004, 341).

Os conflitos decorrentes da questão da saúde do trabalhador remetem para o debate da organização do trabalho e para as contradições que caracterizam o modo de produção hegemônico (capitalismo). O enfrentamento às situações que provocam acidentes e adoecimentos decorrentes do trabalho implica no desenvolvimento de estratégias e técnicas de intervenção nos locais de trabalho que busquem desenvolver novas relações de trabalho. A intervenção direta nos locais de trabalho é vista como uma estratégia fundamental para se produzir transformação na organização e nas relações do trabalho que de alguma maneira produzem sofrimento e adoecimento aos trabalhadores. É fundamental a

intervenção direta dos trabalhadores nos locais de trabalho: “Quando o trabalhador não pode se expressar, reivindicar e organizar-se no ambiente de trabalho, não é possível falar-se em prevenção” (JACÉIA & NETZ, 2004, 342).

Na medida em que tem as relações de trabalho como um elemento fundamental de transformação relacionado com a busca por conquistas em relação à saúde do trabalhador, o cotidiano, as iniciativas locais, as práticas organizativas desenvolvidas pelos trabalhadores passam a ser relevantes para o movimento sindical. Valoriza-se assim a troca, a integração e a articulação de experiências.

Porém, junto com a atuação em relação ao ambiente, aos processos e às relações de trabalho, uma dimensão importante da ação política em saúde do trabalhador é a participação através dos mecanismos de controle social das políticas sociais de saúde. Afirma-se a saúde do trabalhador como um direito, o trabalhador como um “sujeito de direitos”, e o espaço público como o espaço privilegiado de manifestação desse sujeito pela garantia dos seus direitos (JACÉIA & NETZ, 2004, 343).

3. IDENTIDADE E ENGAJAMENTO A PARTIR DAS TRAJETÓRIAS DE VIDA DE MILITANTES NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

O desenvolvimento do trabalho de campo deu-se a partir de entrevistas em profundidade com pessoas que tiveram uma participação reconhecida na formação do campo da saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul e se reconhecem, de alguma forma, como tendo atuado nesse campo. Todos os entrevistados atuam no campo da saúde do trabalhador há pelo menos dez anos. A pesquisa de campo envolveu técnicos vinculados à gestão dos serviços de saúde do trabalhador, técnicos que atuam em serviços públicos de saúde do trabalhador, sindicalistas e professores vinculados a instituições universitárias. Foram realizadas ao todo 12 entrevistas, ao longo dos anos de 2008, 2009 e 2010.

A apresentação de cada entrevista é feita através de uma exposição longitudinal (“do início ao fim” do relato de cada entrevistado). A apresentação das entrevistas tem como referência o relator da trajetória vivida do entrevistado. Para Claude Dubar (2005, 140, nota 8), trajetória vivida refere-se à “maneira como os indivíduos reconstroem subjetivamente os acontecimentos de sua biografia social que julgam significativos. Essas trajetórias podem ser apreendidas por seus relatos implicando categorizações e argumentações específicas”.

Seguindo Pierre Bourdieu (2008)[1994], entende-se o relato da trajetória de vida como um relato auto-biográfico, onde a coerência procurada pela narrativa autobiográfica aparece como uma tentativa realizada pelo indivíduo de atribuir sentido às suas ações:

A narrativa autobiográfica inspira-se sempre, ao menos em parte, na preocupação de atribuir sentido, de encontrar a razão, de descobrir uma lógica ao mesmo tempo retrospectiva e prospectiva, de estabelecer relações inteligíveis, como a do efeito com a causa eficiente, entre estados sucessivos, constituídos como etapas de um desenvolvimento necessário (BOURDIEU, 2008 [1994], 75).

Assim, ao recompor as trajetórias vividas, as entrevistas procuraram evidenciar, a partir do relato, a formação escolar e profissional do entrevistado, sua inserção e atuação no campo da saúde do trabalhador, a inserção e a participação de entrevistado no processo de formação do campo da saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul, o compartilhamento do marco interpretativo próprio à saúde do trabalhador, bem como aspectos da identidade pessoal, social e coletiva relacionados ao engajamento e à participação social.

Busca-se evidenciar as “vivências significativas” (SHUTZ, 1995 [1932], 99) apresentadas a partir dessa trajetória de vida e que estão de alguma forma relacionados com as dimensões identitárias em análise. Vivências significativas referem-se às vivências que são captadas reflexivamente pelo sujeito da ação (SHUTZ, 1995 [1932], 99).

Procura-se, nessa recomposição, manter a trajetória vivida o mais próximo possível do apresentado pelo narrador, ou seja, preservar a ordem apresentada no relato, mesmo que isso tenha significado em determinadas entrevistas uma repetição de temas trabalhados pelo entrevistado ao longo de sua exposição. Além disso, muitos elementos foram omitidos, procurando-se extrair “unidades de significação” que, de alguma forma, são úteis para a análise dos aspectos identitários envolvidos na formação da identidade militante.

O método para a elaboração de uma compreensão das entrevistas parte da distinção realizada por Alfred Schütz (1995)[1932] entre “unidade de significado” e “configuração de significado”. Schütz (1995 [1932], 104) entende as “unidades de significado” como o significado atribuído a uma vivência tornada significativa, ou seja, a unidade produzia pela experiência reflexiva a partir de relações de sentido que tem como objeto vivências particulares. O sujeito da experiência é o sujeito do

ato reflexivo. Assim, as “unidades reflexivas” são compreendidas a partir dos relatos dos sujeitos entrevistados. Cada “unidade reflexiva” refere-se a uma vivência em particular (fato, lembrança, opinião, juízo, reflexão).

A partir das “unidades de significado”, procura-se elaborar “configurações de significado” (SCHÜTZ, 1995 [1932], 104). As “configurações de significados” são produzidas a partir de uma reunião das “unidades reflexivas”, produzindo-se a partir daí uma síntese mais ampla que a unidade de significado produz tendo por referência as vivências particulares.

Metodologicamente, a análise das entrevistas é feita, num primeiro momento, através de uma análise longitudinal. Após a apresentação da trajetória vivida, ao final de cada entrevista, é apresentada uma síntese compreensiva que procura evidenciar as correspondências identitárias como uma determinada forma de configuração de significado em relação ao auto-reconhecimento identitário militante para o entrevistado em questão. Nesse momento, procura-se destacar os referentes que permitem a formação da identidade militante presentes no relato de cada entrevistado e verificar como estes referentes alinham-se e produzem correspondência entre as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade.

Conforme pontuado no Capítulo 1, a correspondência entre diferentes dimensões identitárias (coletiva, social e pessoal) acontece através de um alinhamento dos referentes identitários encontrados em cada uma dessas dimensões a partir da congruência dos marcos interpretativos que dão sentido a esses referentes. A análise desses alinhamentos dos referentes é feita através da produção das “configurações de significados”: uma síntese ampla que tendo por referência as vivências particulares evidenciadas pelas unidades de significado caracteriza para cada entrevistado a dinâmica identitária própria à singularidade de seu auto-reconhecimento identitário. Dessa forma, o alinhamento se refere à interpretação que é feita aos referentes que estão presentes em cada dimensão identitária. O alinhamento acontece quanto esses referentes são interpretados de forma similar ou equivalente.

Dessa forma, procurar-se-á evidenciar que a identidade militante relaciona-se com a correspondência entre cada uma dessas dimensões identitárias a partir do alinhamento de referentes identitários que são interpretados tendo como base marcos interpretativos congruentes, ou seja, marcos interpretativos que consigam ter entre si certa coerência ou possibilidade de conexões (por exemplo: o marco interpretativo da saúde do trabalhador e, de forma ampla, o marco interpretativo da saúde pública).

Num segundo momento da metodologia de análise dos dados, após a apresentação de cada uma das entrevistas, os aspectos relativos à formação da identidade militante são considerados a partir de uma leitura transversal das entrevistas, realizada tendo como parâmetro de análise cada dimensão identitária (pessoal, social e coletiva) e suas relações. Na medida em que também relacional, utilizaremos a denominação análise relacional para esse momento de análise das entrevistas. Procura-se aqui evidenciar os referentes que constituem cada dimensão identitária, como a partir desses referentes as dimensões identitárias relacionam-se entre si e, por fim, como o padrão dessa relação pode evidenciar a identidade militante que caracteriza o movimento de saúde do trabalhador.

Apresenta-se a seguir a análise de cada uma das entrevistas realizadas, na seguinte ordem: entrevistas com técnicos vinculados a órgãos públicos prestadores de serviços em saúde do trabalhador (entrevistas 1, 2, 3, 4, 5 e 6); entrevistas com sindicalistas que desenvolvem ações em saúde do trabalho (entrevistas 7, 8, 9 e 10) e, entrevistas com profissionais ligados a instituições de ensino superior que desenvolvem atividades ligadas à saúde do trabalhador (entrevistas 11 e 12).

Apesar de longa e exaustiva, a apresentação de cada entrevista é fundamental já que permite evidenciar os elementos singulares apresentados no relato de cada um dos entrevistados e como, em cada caso, por dentro dessa singularidade, o engajamento aparece como algo relacionado aos processos de correspondência identitária. As entrevistas possibilitam, dessa forma, evidenciar os elementos que constituem as dimensões pessoal, social e coletiva da

identidade, caracterizando tanto os processos individuais de engajamento quanto os processos de engajamento no movimento de saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul.

3.1. Entrevista N. 1

A entrevista N. 1 foi realizada com um médico sanitarista vinculado à Secretaria da Saúde de Porto Alegre. O entrevistado nasceu em 1961 em Porto Alegre, tendo passado “praticamente a vida toda morando aqui.”. Estudou em escola pública no ginásio e, no segundo grau, em uma escola particular, pois, não conseguiu vaga nas escolas que gostaria:

“Eu estava tentando vaga no Julinho, no Parobé, em algumas outras escolas públicas por razões óbvias, financeiras, e não tinha vaga em lugar nenhum e aí a saída foi ficar num lugar perto da minha casa e, por incrível que pareça, eu tenho certeza que de toda a minha formação, a mais débil de todas foi essa parte da escola privada”.

Sobre a formação no ensino médio, o entrevistado relata:

“esse período talvez seja de formação política, porque isso coincidiu com o período de retomada do movimento estudantil no Brasil, e eu estudava no segundo grau em [19]76, [19]77, [19]78, e em [19]77, começaram novas mobilizações estudantis, aquelas grandes passeatas que aconteceram no país inteiro, principalmente no Rio e São Paulo e aqui em Porto Alegre.”

Na escola, uma lembrança é apontada pelo entrevistado:

“eu tive um professor de religião nessa escola, uma escola religiosa, um professor de religião que era muito amigo dos alunos (...) permitia que a gente conversasse sobre o que bem entendesse, sobre os assuntos mais variados assim da tua vida. E ele foi expulso da escola na metade do ano, ele foi expulso porque algumas pessoas pegaram cartazes provavelmente que ele tinha (...) [Ele]⁵⁰ depois veio a ser deputado estadual pelo PT, eu até encontrei esse professor no primeiro comício do PT que eu participei aqui em Porto Alegre, em [19]82”

⁵⁰ O texto entre colchetes procura dar o sentido apresentado pela entrevista sem transcrever toda a fala emitida. Os parênteses vazios indicam simplesmente a omissão de um trecho da fala, sem prejuízo para o sentido do texto.

Uma perspectiva contrária à ditadura militar já estava, de certa forma, presente em casa:

“eu acho que tinha já de casa um pouco daquilo, que os meus pais tinham de contestação da ditadura, eles não eram exatamente militantes, nunca foram militantes de partido nenhum, sempre mantiveram uma certa distância, mas a gente acompanhava em casa”

Certos recursos, disponíveis em casa, são vistos como tendo contribuído para uma visão crítica acerca do momento político que se vivia na época:

“Sempre se teve jornal em casa. É um hábito que meus pais tinham e que adquiri desde criança. Eu leio jornal acho que desde que eu aprendi a ler. Eu leio o jornal todo o santo dia (...) Então isso com toda a certeza ajudou a construir um pouco essa identidade.”

A influência dos pais em casa, uma percepção crítica do que estava acontecendo politicamente ao seu redor, certas mediações na escola, esses elementos aparecem como facilitadores de uma disposição à participação política:

“logo de cara, quando eu entrei na universidade, eu tenho a impressão que junto com a minha primeira disciplina de aula, eu já estava com os olhos voltados para o quê está acontecendo aqui. E era um momento de muita efervescência, de começo de uma liberdade onde a gente podia fazer algumas manifestação pública, que foi o começo do governo João Figueiredo, em [19]79, quando eu entrei na UFRGS, então eu entrei já com um pé no curso e o outro no movimento estudantil”

O entrevistado evidencia a importância ao longo de seu processo de formação de referentes políticos e culturais amplos e que irão estar presente no decorrer de sua trajetória. Referentes culturais envolvem crenças, valores, ideologias e concepções de homem e de organização política da sociedade que apresentam-se como identificadores para as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade. Na entrevista N. 1 a trajetória vivida é recomposta a partir de uma interpretação da história pessoal que inclui uma compreensão do contexto político presente nos anos de formação (a ditadura militar). Esses referentes foram formados nos anos de ensino médio e ao longo do curso de formação universitária. Na sua relação com os processos de reconhecimento identitário militante, importam aqui os referentes culturais que veiculam de alguma forma elementos como solidariedade, envolvimento, participação e engajamento.

O entrevistado, ao recuperar sua formação escolar, sublinha que a escola pública, em contradição com o que apresentava o discurso dos meios de

comunicação hegemônicas, foi melhor que a escola privada. Assim, o entrevistado se contrapõe a um discurso que tende a enfatizar as virtudes da iniciativa privada e se afasta de uma posição política-ideológica liberal. Assim ele interpreta, também, a importância na sua formação de pessoas que contribuíram para a formação de uma perspectiva crítica de sociedade, que, na época, tomava forma de uma crítica à ditadura militar. A trajetória pessoal é interpretada, aqui, a partir de referentes culturais e políticos que apresenta determinados valores a partir dos quais, num contexto de ditadura militar, a luta pela democracia e pela liberdade e contra a opressão aparecem como elementos de identificação e formação da identidade pessoal, da identidade social e da identidade coletiva.

Em 1978 o entrevistado termina o segundo grau, faz um primeiro vestibular para Engenharia Química na UFRGS e entra em Química em segunda opção. Logo no primeiro semestre percebe que não era o curso que gostaria fazer e começa a estudar para um novo vestibular. No ano seguinte passa para o curso de Medicina, também na UFRGS. Os anos de faculdade foram de intensa participação no movimento estudantil:

“eu me envolvi muito com isso, eu fiz o movimento estudantil até o último ano do curso e fiquei um ano a mais do que deveria, acho que muito por causa disso, de estar fazendo política o tempo todo”

Essa militância política levou à filiação, em 1980, ao PT:

“[tinha] na época da faculdade, vinculação com pessoas que eram colegas de faculdade, que eram muito amigos e com quem eu tinha identidade política e que eram de uma corrente, que naquela época era conhecida como o jornal [nome do jornal], que é um jornal que existia nos, fim dos anos [19]70, começo dos anos [19]80, de uma posição política muito pequena, que não tinha muita expressão aqui no Rio Grande do Sul, existia aqui, existia em São Paulo, mas que não era muito forte aqui.”

Essa militância prossegue ao longo dos anos:

“no comecinho dos anos [10]90 foi criado um grupo chamado de nova esquerda, que [envolvia entre] o pessoal que tinha naquela época o Tarso, o Fortunatti”

Muito embora essa proximidade a determinados grupos, o entrevistado coloca:

“mas nunca tive na verdade vinculação orgânica nem com uma coisa nem com outra.”

Para o entrevistado, os referentes de crítica ao contexto político da época vinculam-se diretamente ao início de sua trajetória de engajamento. Já nos anos escolares, a identidade social (esquerda como categoria política que se expressa socialmente através da militância contra a ditadura) apresenta-se como correspondente à sua participação no movimento estudantil, à sua vinculação a um grupo de militância específico e, depois, ao PT, participando, inclusive de uma de suas correntes. A identidade coletiva é, então, constituída a partir de um alinhamento entre os referentes apresentados pelas coletividades específicas (partido político e corrente no interior do partido) e os referentes culturais atualizados através da identidade pessoal e da identidade social que assumem gradativamente a forma de uma identidade social política, havendo entre elas correspondência (SNOW & McADAM, 2000, 47).

Em 1986, formado em medicina, o entrevistado foi para uma cidade no interior do Paraná participar de um projeto de saúde pública. O projeto tinha um curso de saúde pública vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro. Depois de um ano, o entrevistado retornou a Porto Alegre.

Sobre os motivos do seu retorno, o entrevistado coloca:

“[a cidade] era a sede da UDR no Paraná (...) era uma cidade extremamente reacionária em todos os aspectos, culturalmente, politicamente. Uma cidade atrasada, muito difícil de se fazer qualquer coisa lá. (...) inclusive com a categoria médica da cidade, que via com maus olhos aquele bando de gente que foi selecionado pra trabalhar lá. Era um grupo de 21 pessoas, 15 médicos e 6 enfermeiros, e todo mundo com uma formação muito parecida, levaram um bando de esquerdistas pra lá pra fazer esse projeto. Então a gente teve embates diretos assim com as representações políticas.”

Às dificuldades políticas, associam-se outros elementos, pessoais:

“a minha idéia era ficar lá, independente do que estivesse acontecendo. Eu tinha uma namorada aqui naquela época, então ficou uma coisa muito difícil de manter, eu era muito vinculado a ela, eu vinha pra cá toda hora (...) apesar de financeiramente ser um bom emprego (...) Eu fui o primeiro a sair, logo depois várias outras pessoas que foram pra lá começaram a ir embora também, porque a gente precisava um pouco mais de ar do que tinha lá para respirar.”

Com um curso em saúde pública concluído e outro em andamento, o entrevistado retornou para Porto Alegre. Quando chegou, deu continuidade ao curso que estava em andamento:

“Cheguei e tinha uma pessoa muito amiga minha que já fazia o curso aqui em Porto Alegre e eu acabei entrando no grupo dessa minha amiga pra fazer a monografia de conclusão de curso, e a monografia de conclusão foi na saúde do trabalhador.”

Nessa época aconteceu, então, seu envolvimento com o campo da saúde do trabalhador:

“a gente fez um estudo sobre os impactos na saúde dos planos de revezamento, e a proposta que o sindicato dos [categoria] estava apresentando pra direção da empresa em função disso. E aí foi como eu comecei na saúde do trabalhador, isso foi em [19]88.”

A partir desse envolvimento, o entrevistado deu continuidade à sua qualificação profissional através de um curso de Medicina do Trabalho. O entrevistado considera que esse curso foi fundamental em relação aos aspectos técnicos da saúde do trabalhador. Através dele o entrevistado teve contato como o Modelo Operário Italiano e como os programas de saúde do trabalhador da zona norte de São Paulo. Além disso, o curso aproximou pessoas em torno do campo saúde do trabalhador:

“foi uma aproximação com as pessoas que vieram a conformar esse campo da saúde do trabalhador aqui no Rio Grande do Sul, com alguns professores aqui do estado que estavam começando também a desenvolver esse campo, com colegas que acabaram virando parceiros, amigos e parceiros ao longo desses mais de 20 anos.”

Essa aproximação se deu envolvendo, também, o sindicalismo:

“Naquele momento se criou um grupo de pessoas que tinham uma vinculação política com o movimento sindical. Então essa aproximação da saúde do trabalhador ela se deu com a universidade e ela se deu com o movimento sindical simultaneamente (...)”

Em 1988 aconteceu a primeira gestão de uma diretoria cutista no sindicato dos [categoria]⁵¹. A partir de um colega médico comum que passou a trabalhar no sindicato, formou-se um grupo do qual fazia parte o entrevistado:

⁵¹ É importante observar que a categoria profissional para qual o entrevistado vai trabalhar como assessor de saúde não é e não está relacionada com a categoria profissional do entrevistado (médico e, mais tarde, funcionário público).

“nós três fomos trabalhar no sindicato dos [categoria] e a gente, junto com outra colega, [nome], que já estava lá naquela época também, a gente criou um departamento de saúde do trabalhador. E a gente fez um trabalho muito ligado às concepções teóricas do Modelo Operário Italiano.”

Esse trabalho desenvolvido em saúde do trabalhador a partir das organizações sindicais tem sido, inclusive, um elemento importante de identificação da atuação política para o entrevistado:

“talvez seja até mais honesto dizer que desde que eu comecei a trabalhar para o movimento sindical o meu envolvimento com a política era esse, e não partidário, quer dizer, eu tenho ligações partidárias, tenho uma série de conhecidos, de amigos que desde aquela época estão dentro da direção de partidos no município e no estado. Mas a única coisa que eu acho que dá pra dizer que eu tive assim de vida partidária foi de participar do núcleo de saúde do PT durante algum tempo, e mesmo assim na época que o Olívio se elegeu, porque depois disso acabou o núcleo, já não funciona mais, e já são 20 anos.”

O trabalho desenvolvido a partir desse sindicato permitiu a articulação e a realização de atividades com vários outros sindicatos, em vários municípios do estado do RS:

“uma das coisas que aconteceu com esse grupo lá dos [categoria] é que isso acabou explodindo a saúde do trabalhador no movimento sindical como um todo. Começou com os [categoria], mas muito rapidamente isso acabou juntando vários outros sindicatos aqui do estado, não só de Porto Alegre, [cita várias categorias sindicais], Canoas, São Leopoldo, Caxias, [cita outras categorias sindicais], ainda que não houvesse assim uma plena identidade política dentro desses locais, esse projeto de saúde foi tão, foi tão vitorioso, que a gente começou a ser chamado pra trabalhar em tudo que é canto. Eles chamavam assim pra participar de tudo, rigorosamente de tudo o que acontecia em saúde nesses locais.”

Assim, ao longo de sua formação e atuação profissional o entrevistado tomou contato com o campo da saúde do trabalhador, apropriou-se de seu marco interpretativo e direcionou sua atuação profissional e política para esse campo. Assim, ao longo de sua trajetória profissional constitui-se sua identidade social profissional⁵² como médico sanitário atuante no campo da saúde do trabalhador (mais do que simplesmente médico do trabalho). A partir dessa identidade social profissional o entrevistado direciona suas atividades profissionais: deixa de trabalhar como médico do trabalho em empresas, vincula-se a sindicatos como

⁵² A diferenciação entre identidade social e identidade social profissional refere-se à diferenciação no interior da dimensão da identidade social entre identidade de papel social e, portanto, identidade profissional, e identidade de categoria, tais como gênero, etnia, raça, nacionalidade, etc.

assessor de saúde e torna-se servidor público atuando no campo da saúde do trabalhador. A identidade social “de esquerda”, mantida correspondente aos referentes de crítica, engajamento e participação política da identidade pessoal e aos referentes trazidos pelo marco interpretativo do Partido Político é atualizada por uma identidade social profissional, através da incorporação do marco interpretativo da saúde do trabalhador.

Assim, a partir da sua identidade profissional e da sua identidade coletiva, novas mediações forma se constituindo, entre elas uma articulação bastante estreita com a UFRGS, através do CEDOP:

“Nessa época o [nome] me convidou para fazer um curso pra sindicalistas lá no CEDOP, deve ter sido em [19]90, [19]91 mais ou menos, então eu coordenei o curso de formação sindical e saúde do trabalhador, para criação de monitores sindicais em saúde.”

Nesse curso de formação em saúde do trabalhador para dirigentes sindicais se reuniu grupo de dirigentes sindicais:

“então a gente convidou uma série de pessoas para fazer discussões sobre vários temas de saúde do trabalhador com um grupo que tinha, se não me engano, 25 sindicalistas do estado. A gente tinha encontros duas vezes por semana, terças e quintas. Durante seis meses a gente manteve esses encontros. Isso ajudou a criar uma nova geração de dirigentes sindicais e técnicos de saúde para que se tivesse um serviço de saúde do trabalhador aqui em Porto Alegre à semelhança do que havia em São Paulo. [A partir disso] foi elaborado um documento ao prefeito, que foi assinado pelo movimento sindical, na verdade tem duas pessoas que escreveram aquele documento, e esse documento foi entregue ao prefeito solicitando a criação do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, ele foi fundado em [19]92.

O envolvimento com o movimento sindical e o aprofundamento de uma intervenção técnica em saúde do trabalhador vai mantendo, reorganizando e definindo as escolhas profissionais:

“em [19]92 foi promulgado aqui o nosso Código Municipal de Saúde. Em [19]91 eu trabalhava no Sindicato dos [categoria] e fui trabalhar numa empresa, numa empresa grande, uma multinacional, que me oferecia um bom salário e boas condições de trabalho, que ficava na estrada aqui em Eldorado do Sul. Eu troquei esse emprego por uma carta contrato no município pra ajudar a elaborar os artigos do Código Municipal de Saúde, relacionados à saúde do trabalhador e pra começar a concepção desse serviço que foi criado.”

Os primeiros anos da década de 1990 foram os anos de início do movimento de saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul. Nesse período, numa estratégia próxima e, em grande parte realizada a partir da experiência de São Paulo, deu-se com a estruturação das Unidades de Referência em Saúde do Trabalhador. Em Porto Alegre a Unidade foi inaugurada em 1992. Para a composição da equipe dessa primeira unidade foi feito um concurso público. O entrevistado prestou esse concurso:

“Eu fiz concurso pra prefeitura naquele ano e fiquei na primeira suplência. Seis meses depois eu fui chamado.”.

A partir de sua formação profissional e de sua atuação técnica, o entrevistado elabora uma crítica ao modelo da medicina do trabalho:

“A medicina do trabalho ela (...) tem uma vinculação com o modelo empresarial, então o médico do trabalho ele precisa dar atendimento às questões legais dentro das empresas, ele precisa fazer os exames médicos de admissão periódicos, de demissão dos trabalhadores e deveria monitorar riscos à saúde. Isso faz parte do processo do trabalho dessas pessoas, e eliminar esses riscos ou, na hipótese de não ser possível eliminar esses riscos, de alguma maneira, controlá-los. Tem lugares que fazem isso, que certamente tem empresas em que existem espaços pra se fazer isso, mas não é em qualquer empresa, a gente pode dizer, seguramente, que em boa parte das empresas o médico do trabalho está lá exclusivamente para dar atendimento às questões legais.”

E, acrescenta:

“quando existe essa contraposição entre a saúde financeira da empresa e a saúde do trabalhador, a saúde do trabalhador vai pras cucuias.”

Sobre a possibilidade de se trabalhar como médico dentro da perspectiva da medicina do trabalho:

“Eu tenho experiências de trabalho em empresas ruins. Quase sempre ruins. Não foi sempre, até tenho algumas coisas interessantes que aconteceram, mas de um modo geral quando começa a haver conflito de natureza política e ideológica, tu tens duas alternativas: ou tu te submetes ao que estão pedindo para manter o teu emprego, ou tu vai procurar o teu espaço em outro lugar. Eu não consigo me submeter a essas coisas. E digo não consigo porque já tive que lidar com conflitos desse tipo.”

O modelo da saúde do trabalhador diferencia-se do modelo da medicina do trabalho e da saúde ocupacional por conceber o trabalhador como sujeito dos seus processos de saúde e doença, o que coloca o papel do técnico, e do profissional de saúde, em uma outra perspectiva. Para o entrevistado isso se evidencia nos seguintes termos:

“eu posso decidir de uma maneira autocrática o que vai ser feito para cuidar da saúde dessas pessoas, e eu posso decidir conversar com essas pessoas e ver o quê é que está afetando a saúde, aqui dentro desse local de trabalho. O quê existe do ponto de vista, não apenas desses fatores de risco clássicos que a própria medicina do trabalho aponta, mas o quê existe na maneira que esse trabalho é organizado, da maneira como tu desenvolve a tua atividade, da maneira como tu cumpre as tuas tarefas (...) o quê tu acha que eu preciso mudar no teu trabalho para que tu não tenhas problemas de saúde? (...) eu preciso não apenas fazer pergunta, mas encaminhar as respostas que essa pessoa tem como sendo essenciais para a melhoria das condições de trabalho dela. Isso não quer dizer que o técnico fica de lado. Isso é muito do modelo operário italiano. É o que eles chamam da valorização da subjetividade operária. (...) Isso é essencial, isso é absolutamente essencial.”

O conflito decorre dessa perspectiva do trabalhador como sujeito, que está presente no Modelo Operário Italiano:

“Então onde é que está o conflito, qual é o dono de empresa que abre espaço para se fazer isso? Para a nós pararmos as pessoas, sentar, conversar sobre a organização do trabalho, sobre regras de produção, sobre a maneira como as chefias se relacionam com seus subordinados, sobre o cumprimento e o não cumprimento de metas, sobre as cargas de trabalho que existem, sobre as exigências serem além da conta ou não? (...) Se eu der atendimento à essas respostas que as pessoas vão produzir eu vou ter que mexer na produção, eu vou ter que mexer na forma como os encarregados lidam com os trabalhadores, e isso é conflito. Eu vou ter que mexer em tempos de trabalho, em ciclos de trabalho, metas, em sistemas de folga, tudo isso acaba sendo trazido quando a gente está falando em saúde do trabalhador.”

Esses conflitos acabam por definir o espaço no qual a saúde do trabalhador vai se constituir como um campo:

“E é por isso que essas discussões acabam não acontecendo dentro das fábricas. Elas são feitas nos sindicatos, às vezes em salão paroquial, que é uma coisa muito comum de acontecer também. Mas não acontecem dentro da empresa, a não ser como exceção à regra.”

E definem, também, a especificidade do campo da saúde do trabalhador:

“É isso que conforma esse campo [da saúde do trabalhador], o trabalhador como sujeito desse processo, ao contrário da medicina do trabalho. Na medicina do trabalho o trabalhador não vai ser um sujeito. Ele vai ser consultado eventualmente, mas ele não faz parte do processo de transformação, até porque não se fala em processo de transformação. Essa talvez seja a principal distinção entre um campo e outro.”

Mas, que transformação é essa? O entrevistado complementa:

“É ter todas as tuas ações voltadas para um objetivo muito claro, a modificação das condições de trabalho. Esse é o objetivo da saúde do trabalhador. Quer dizer, se eu não tiver uma integração desse modelo assistencial que eu tenho com as minhas atividades de vigilância em saúde, todas essas ações interligadas de maneira que eu possa pensar em, com esses dados, modificar as condições de trabalho para que as pessoas não adoçam, se eu não tiver isso, não é saúde do trabalhador.”

Para esse processo de transformação, o Estado assume uma importância central:

“O Estado disciplina isso e cria, na verdade, um arcabouço legal que deveria ser suficiente para que a gente fizesse aquilo que deve ser feito. A gente tem a legislação que nos permite dar conta dessas coisas. Mas, como a gente estava falando antes, é um campo de conflito, de muito conflito, então a gente acaba não atingindo tudo o que a gente precisaria de investigação das condições de trabalho.”

Assim, a vigilância nos locais de trabalho, ação fundamental dentro do modelo da saúde do trabalhador, constitui processos de conflitos e exige a presença do Estado.

Para realizar as ações de saúde do trabalhador, o Estado foi constituindo ao longo das últimas décadas uma série de serviços. Na avaliação do entrevistado, a formação de uma rede de nacional desses serviços é um elemento importante desse processo:

“talvez o principal envolvimento [do Estado] nos anos mais recentes seja essa criação de um sem número de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador pelo país, que é uma Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, a RENAST”

As relações de conflito que se constituem entre os serviços de saúde do Estado, responsáveis pela vigilância, e as empresas, demandam, na perspectiva dos técnicos desses serviços, a incorporação dos trabalhadores através de suas organizações sindicais como sujeitos desses processos. Essa perspectiva permite ao entrevistado elaborar uma relação muito próxima entre movimento sindical, movimento de saúde e saúde do trabalhador:

“um dos pressupostos do modelo operário italiano, que se tem até hoje [e] é muito caro: a gente não pode delegar aos técnicos a responsabilidade de cuidar da nossa saúde, isso nunca deu certo em lugar nenhum no mundo.”

A relação entre movimento sindical e Estado coloca, porém, um desafio à essa participação ativa dos trabalhadores a partir de suas organizações:

“o Estado e o movimento sindical também têm uma coisa muito parecida com o que acontece no estado, tem um movimento pendular de mais e menos espaço, de mais ou menos representação, de mais e menos adesão de quadros políticos importantes e de vontade política, inclusive dos membros tanto no Estado quanto do movimento sindical, para que isso não aconteça.”

As possibilidades de participação abertas pelo Estado e a participação efetivamente realizada pelo movimento sindical são, na perspectiva do entrevistado, pendulares. Em relação ao Estado, elas variam a partir da perspectiva política do governo. Isso aparece na reflexão que o entrevistado faz sobre a importância do governo Olívio para a consolidação no campo da saúde do trabalhador no estado do Rio Grande do Sul:

“não é coincidência que isso acontece quando o Olívio foi eleito governador, quer dizer, foi ele que abriu esse espaço pra criação desse serviço no município e foi ele que abriu um espaço, um espaço que era impensável em governos anteriores”

Em relação ao movimento sindical, o entrevistado identifica uma diminuição nas últimas décadas da participação nas ações de controle social no campo da saúde do trabalhador:

“Se a gente for fazer comparações temporais, por que cargas d’água eu vou pensar que 20 anos atrás a gente tinha um núcleo mais numeroso e mais qualificado para discutir saúde do trabalhador, do que a gente tem hoje no movimento sindical? Por que será que isso aconteceu? (...) vários sindicalistas, vários quadros importantes do movimento sindical, inclusive dos que faziam saúde do trabalhador, saíram do movimento sindical pra ocupar postos dentro dos aparelhos do Estado, são vereadores, são deputados, são secretários do estado, são prefeitos, são diretores de departamentos de autarquia, seja lá o que for. Então isso tirou do movimento sindical muito da riqueza e talvez essa substituição por novos quadros não tenha se processado na mesma velocidade do que essas pessoas foram saindo.”

O movimento sindical tem um papel preponderante em relação às ações a serem desenvolvidas pelo Estado:

“tentando responder por que a gente não tem mais avanços, eu acho que o avanço ele está intimamente relacionado com os movimentos dos trabalhadores. Onde a gente tem isso, a gente avança barbaramente, onde não tem, isso não acontece. Ninguém vai fazer um investimento pesado em alguma coisa se não existe demanda social para isso, se não existe pressão social para que isso aconteça, não tem jeito.”

Essa perspectiva estabelece para o campo da saúde do trabalhador uma relação muito próxima entre o Estado e a ação organizada do movimento sindical:

“Porque na verdade a saúde do trabalhador do ponto de vista do movimento sindical, ela precisa ser entendida como algo que embora não possa prescindir do Estado para

algumas ações, [ela] não espera pelo Estado, não fica dependente do Estado para fazer as coisas. Até porque se depender do Estado as coisas não vão andar bem.”

A participação é um elemento central do modelo da saúde do trabalhador e o próprio modelo fica comprometido quando se tem problemas em relação a isso. O entrevistado faz essa avaliação a partir de sua experiência como profissional em um serviço de saúde do trabalhador:

“a participação dos trabalhadores ela é fundamental em todas as etapas de qualquer trabalho que se faça em saúde do trabalhador, quer dizer, eu deveria ter [no serviço de saúde do trabalhador] um conselho formado por representantes dos trabalhadores. A gente agora já não tem mais isso. Tivemos por muitos anos. Hoje esse Conselho está desativado.”

Quando o serviço ao qual faz referência foi criado, o conselho era atuante:

“E esse Conselho tinha, na fundação desse serviço, uma composição muito rica. Na verdade vieram para cá os principais expoentes desses sindicatos, que faziam a discussão sobre saúde do trabalhador. Eram lideranças muito importantes desses sindicatos (...) depois viraram vereadores, deputados, quer dizer, gente com uma discussão política pesada e que não veio para brincadeira, veio exigir que isso fosse colocado a serviço dos trabalhadores.”

Com o tempo, a partir de conflitos políticos internos, o Conselho acaba por se desestruturar:

“pra mim não existe saúde do trabalhador sem representação dos trabalhadores, isso não existe hoje [no Conselho Gestor].”

As possibilidades de uma ação tendo por referência a participação dos próprios trabalhadores a partir do serviço que atua são vistas atualmente como limitadas pelo entrevistado, muito em razão das dificuldades de funcionamento do próprio conselho gestor.

Além disso, muito da ação sindical no campo da saúde do trabalhador tem se restringido à questão da previdência social, que é vista pelo entrevistado como um problema sério no campo da saúde do trabalhador atualmente já que ela gera uma grande demanda aos sindicatos. O Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador é que vem organizando, aqui no Rio Grande do Sul, o enfrentamento com o Estado. Sua atuação, porém, tem se restringido à previdência. Sobre a sua participação no Fórum o entrevistado coloca:

“Eventualmente. Não estou lá sempre. Eventualmente eu participo de algumas reuniões, mas não estou lá.”

Ao longo desse período, porém, o entrevistado manteve, muito embora com um breve intervalo, sua atuação no campo da saúde do trabalhador através das organizações sindicais.

“eu tenho até uma vinculação de amizade com um dos dirigentes do sindicato dos [categoria] desde que eu comecei a trabalhar lá em [19]89. Em [19]94, teve uma crise, se desestruturou o departamento de saúde lá do sindicato (...) e eu e o meu parceiro (...) a gente saiu de lá junto com mais uma outra pessoa, e nós voltamos para lá 3 anos depois, em [19]97, e estamos lá até agora.”

Esse intervalo significou também uma mudança nas ações que desenvolvia a partir do sindicato:

“eu até não tenho mais o mesmo tipo de trabalho que eu tinha lá antes. Agora eu faço atendimento de ambulatório no sindicato dos [...], eu não faço tanto as questões organizativas que a gente fazia antes. Mudou um pouco a maneira como se trabalha lá.”

Além disso, o entrevistado trabalha como assessor de saúde para outro sindicato:

“E eu sou assessor de saúde do [categoria] esse é um sindicato em que eu não faço atendimento, a gente faz pesquisas, a gente faz intervenções em locais de trabalho. Eu fiz Mestrado em Ergonomia, então eu fui pra lá pra fazer um trabalho de ergonomia (...) pra melhorar as condições de trabalho do pessoal (...). Então mudou um pouco a minha vinculação com o sindicato.”

Uma outra atividade desenvolvida pelo entrevistado e colocada com significativa importância é seu envolvimento com atividades de ensino:

“Algumas coisa me são muito caras. Eu tenho, há muito tempo, um gosto pela docência. Eu tive a oportunidade de ser a pessoa que fez as aulas de saúde do trabalhador para todos os alunos da PUC, que tiveram alguma aula de saúde do trabalhador durante 7 anos.”

Essa atividade de docência e de ensino vincula-se, de alguma maneira, às necessidades de engajamento que o entrevistado identifica. O entrevistado fala sobre os cursos de saúde do trabalhador para sindicalistas que se envolveu a partir do CEDOP:

“a gente tinha essa idéia de dar algumas informações assim essenciais para que essas pessoas pudessem fazer um trabalho sindical em saúde, e no final a gente pediu para que todos eles, pelo menos minimamente, formulassem um projeto de saúde para sua categoria profissional. E a gente ficou a disposição dessas pessoas para supervisionar esse projeto ao longo do tempo que fosse necessário, isso sem nenhum custo.”

No campo do ensino, outra possibilidade de intervenção tem sido o acompanhamento de estagiários no serviço em que trabalha e com atividades ligadas à formação em saúde do trabalhador.

“eu faço aqui junto com vários outros colegas algumas apresentações que a gente chama de Sensibilização em Saúde do Trabalhador. Aqui e em vários lugares. Aqui em Porto Alegre e alguns municípios do interior. Isso é uma coisa que eu gosto muito de fazer. E, essa discussão com pessoas que estão se aproximando me agrada muito. E eu acho isso muito legal.”

A atividade de profissional de saúde em um serviço de saúde do município de Porto Alegre, as atividades que realiza em alguns sindicatos como médico, as atividades de ensino com as quais está envolvido colocam o nosso entrevistado em contato direto com o campo da saúde do trabalhador.

Sobre suas possibilidades atuais de se envolver em ações de vigilância a partir das organizações sindicais, o entrevistado coloca:

“Eu perdi, eventualmente, algumas das ilusões que eu tinha há alguns anos atrás. Em algumas coisas eu já não acredito mais. A não ser que a gente tenha algumas mudanças muito grandes acontecendo, e eu não sei se isso vai acontecer de verdade. Eu não tenho muita ilusão, por exemplo, quanto a nós voltarmos a fazer vigilância em ambiente de trabalho. Parece que ninguém quer que isso aconteça em lugar nenhum. Então isso não vai acontecer, se não existe vontade política para isso, não vai acontecer.”

Sem ter abandonado sua atuação através das organizações sindicais, o entrevistado pondera:

“Eu gostaria muito de ver também o movimento sindical com projetos de saúde mais parecidos com o que a gente desenvolvia há 20 anos atrás.”

A correspondência entre a identidade social política (ser de “esquerda”) e a identidade coletiva (participação no partido político) foi uma referência importante para a inserção profissional do entrevistado. O trabalho como médico em empresas apresentou-se incompatível com a correspondência identitária em curso e com os alinhamentos dos marcos interpretativos da identidade social profissional, da identidade social política e do campo da saúde do trabalhador. Essa configuração da identidade social profissional através da manutenção da integridade da carreira profissional (DUBAR, 2005, 180) permite ao entrevistado produzir uma correspondência entre a identidade social política e a identidade social profissional. O marco interpretativo da saúde do trabalhador permite o

alinhamento dos referentes presentes nessas dimensões. Porém, gradativamente, a militância em partidos políticos torna-se subordinada à saliência da identidade social profissional (médico; funcionário público; assessor sindical) que, por sua vez, não encontra nos respectivos coletivos, referentes que permitam a construção de uma identidade coletiva. Considerando-se os marcos interpretativos que sustentam a identidade social política (referentes constituídos a partir da categoria “de esquerda”) e a identidade social profissional do entrevistado (referentes constituídos a partir da crítica às práticas e ao marco interpretativo da medicina no trabalho e da medicina tradicional), correspondências com referentes identitários apresentados a partir de corporações médicas talvez fossem mais difíceis de acontecer. Em relação à assessoria sindical, os referentes identitários desse coletivo profissional parecem ser poucos ou inexistentes. Dessa forma, referentes para a construção de uma nova identidade coletiva parecem estar ausentes para o entrevistado. O Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador poderia ser um coletivo que apresentaria tais referentes. Porém, sua localização no fórum parece ambígua: profissional do serviço, estaria ali como Estado; assessor sindical, não como sindicalista. Dessa forma, passa a participar “eventualmente” do Fórum.

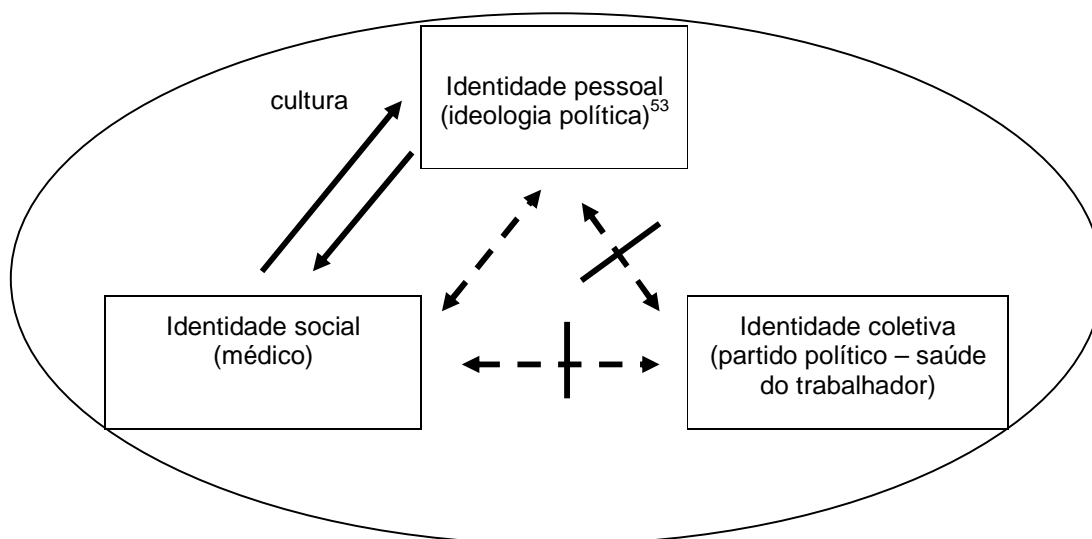
Esse processo faz com que gradativamente a identidade coletiva perca sua saliência e desapareça: ao trabalhar como médico em alguns sindicatos, não é sindicalista, é assessor de saúde, mesmo que profundamente engajado em efetivar o modelo da saúde do trabalhador. A participação no Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador é ocasional e há muito já deixara de participar do Núcleo de Saúde do PT, porque este se desarticulou. Observamos em relação à entrevista N. 1, uma ruptura provocada a partir da identidade social profissional, que se torna mais saliente, em relação à identidade coletiva.

A identidade social política e a identidade social profissional, alinhadas pelo marco interpretativo da saúde do trabalhador, produzem, no entanto, referentes importantes para a manutenção da identificação pessoal: o entrevistado mantém sua atuação como médico trabalhando no campo da saúde do trabalhador em organizações sindicais e no serviço público; o entrevistado enriquece sua atuação

profissional com atividades de docência, ensino e supervisão de estágios. Ou seja, ele produz uma correspondência entre a identidade pessoal, a identidade social profissional e a identidade social política.

O seguinte esquema ilustra para o entrevistado N. 1 seus processos de saliência e correspondência identitária:

Esquema 4 – Correspondência identitária da entrevista N. 1



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: ← - - - →
 Saliência de uma dimensão em relação a outra: ———→
 Interrupção em uma correspondência antes existente: |

⁵³ A indicação entre parênteses apresenta o referente identitário que se alinha às demais dimensões identitárias e que constitui a base para o processo de correspondência entre essas dimensões.

3.2. Entrevista N. 2

A entrevista N. 2. foi realizada com um técnico da Secretaria Estadual de Saúde que esteve diretamente ligado ao processo de implantação dos serviços de Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul a partir do ano de 1998. O entrevistado nasceu em Porto Alegre, em 1954. De uma família de cinco irmãos, dois homens e três mulheres, era o irmão do meio:

“A minha família é negra, família de operários, então trabalho desde os 5, 6 anos, ou cuidando dos meus irmãos mais novos, ou trabalhando junto com a minha mãe, na época que fazia faxinas e era lavadeira. Então eu ajudava ela carregar as trouxas de roupa, essas coisas assim. Trabalhei com meus primos vendendo pastel, vendendo laranja, maçã, essas coisas de balaios, que na época era comum. E até os 18 anos para 19 eu trabalhei de ajudante de pedreiro, mesmo estudando à noite, fazendo o antigo científico.”

Em 1974 o entrevistado faz um concurso para o antigo INAMPS, é chamado em 1978 e vai trabalhar um ano na área administrativa. Antes, em 1975 tinha concluído o curso de atendente de enfermagem. Nessa época passa a morar em um bairro de Porto Alegre, onde reside ainda hoje. Nesse local ele se depara com processos fortes de organização social. A partir do seu local de moradia, o entrevistado toma contato e passa a participar de organizações de luta pela saúde.

“outra realidade e uma organização social, que é anterior ao SUS, muito interessante. Ali já tinha Conselho Popular em defesa da saúde e na luta pela moradia. Uma grande efervescência. E nesse sentido eu fui me envolvendo, logo, imediatamente”

Conciliando o trabalho com os estudos, o entrevistado ingressa, depois, na Escola de Saúde Pública e faz o curso de Auxiliar de Enfermagem fazendo, depois uma especialização em técnico na área de Saúde Ocupacional ou Enfermagem do Trabalho. O trabalho na área da saúde, em particular na saúde pública, colocava o entrevistado em contato com uma realidade que era percebida:

“embora seja filho de operário pobre a ponto de quase a gente passar fome, coisa do gênero (...) eu descobri, naquele período, uma miséria que até então eu não conhecia, que foi quando eu fui para o Morro da Cruz, um lugar de difícil acesso na época (...) ali eu comecei a conviver com os visitantes sanitários, a questão da vacina, o controle, o acompanhamento das gestantes (...) e me deparei com tamanha miséria (...) aquilo me marcou muito.”

Na medida em que começa a trabalhar na área de saúde, envolve-se, também, como os processos de organização vinculados ao seu trabalho:

“E talvez por questão de classe social, ao ingressar na área da saúde, eu começo a me envolver, por ser uma liderança reconhecida desde jovem. E, então sempre tive na liderança dos grupos, não por força, mas eleito pelos grupos sociais com os quais eu convivía. E acabei indo parar na CIPA. Então a primeira CIPA que eu participei foi no Hospital (...).”

Num momento político que trazia dificuldades para o engajamento, o entrevistado começou a partir das atividades ligadas ao movimento da reforma sanitária:

“nós vivíamos uma época também de contestação à ditadura, aonde as coisas eram muito veladas, tudo era muito difícil de conversar e, de certa forma, eu fui me engajando nesse movimento, fui descobrindo um pouco por envolvimento na questão de um povo aí ligado à Reforma Sanitária”

Em 1982, foi trabalhar como técnico no ambulatório de Saúde Ocupacional no [empresa em que passou a trabalhar], a partir de um concurso que prestou. Esse trabalho permitiu uma visão nova da área da saúde:

“o que me permitiu uma outra visão para mim da saúde, uma atuação em outra área e que até então eu só tinha conhecimento da Saúde Pública nas unidades básicas e em hospitais, ambulatórios, coisas do gênero.”

Permitiu também novas condições econômicas:

“E tive a oportunidade, com isso, de uma ascensão social, digamos, financeira, bastante interessante, o salário lá era bom e o grau de exigência também”.

Na empresa passa a participar da organização sindical a partir de um grupo que disputa a direção sindical. Tinha, na época, 28 anos:

“É uma gurizada tudo idealista, e aí formamos uma oposição ao sindicato e aí ganhamos a direção, começamos a participar, daí eu já dentro na CIPA, em [19]84. Fico na CIPA lá por 3, 4 anos e isso acaba me levando, já em [19]84, à participar de Comissões de Negociação Salarial, que era representações por empresa. E, e na verdade forma um núcleo que vai disputar o sindicato ao longo do tempo e que, digamos assim, é um grupo que segue até hoje na direção do [sindicato]”.

A partir do envolvimento no movimento sindical, o entrevistado envolve-se também com a CUT estadual, a CUT nacional e alguns Fóruns Internacionais sobre saúde do trabalhador. O setor produtivo no qual trabalhava tinha um destaque na questão da saúde do trabalhador pela série de riscos associados às atividades que são realizadas nesse setor.

“é um ramo de alto risco em todos os sentidos, tanto do ponto de vista da contaminação com um conjunto de agentes químicos, violentos, cancerígenos, tóxicos, a questão da degradação ambiental, os riscos ambientais muito grandes, para além de algo que até então eu desconhecia, que é dos acidentes ampliados”

A partir disso, o entrevistado envolve-se diretamente na luta pela saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul.

“Com o surgimento da CUT nós vivemos aqui no Rio Grande do Sul, em [19]85 por aí, [19]86, a campanha Escuta Aí, um período que a gente consegue agregar mais de 40 sindicatos em torno de uma proposta de trabalho, que tem um papel importante do [nome de pessoa] na época com o ambulatório de Saúde Ocupacional do Hospital de Clínicas, que se forma em seguida, por essa organização do movimento social, (...) era o auge, a gente trabalhava a questão do mapa de risco do Modelo Operário Italiano, dos grupos homogêneos, da validação consensual, da não delegação, todos aqueles princípios.

Parcerias com outros sindicatos eram realizados. Esse movimento relacionava-se diretamente com o processo constituinte e com o Movimento de Reforma Sanitária.

O envolvimento a partir da organização sindical com um debate que se realiza em termos nacionais coloca em contato com a experiência de São Paulo, permite que o entrevistado não apenas acompanhe mas participe das discussões que se realizam no interior do sindicalismo em âmbito nacional sobre saúde do trabalhador. Esse processo fortalece a atuação do entrevistado dentro da CUT:

“numa organização por dentro da CUT, constituímos o Coletivo de Saúde, Trabalho, Meio Ambiente, Previdência e Assistência Social na CUT, quer dizer, existia um vazio dentro da própria central nesse tema. Tinha um povo da CUT que discutia saúde e outro que discutia a saúde do trabalhador, uma dicotomia que interessava a uma acomodação de interesse de algumas pessoas e não da grande parte da gente que discutia saúde do trabalhador. Essa dicotomia jamais poderia existir”.

A partir da década de 1980, há a formação de um espaço de debate, de articulação de ações e de embate que, a partir do sindicato, estende-se para a esfera pública:

“na CUT, discutíamos a saúde de uma forma geral, então em [19]94 quando se formou o Conselho Estadual de Saúde, quer dizer, nós tínhamos representação e nós fazíamos o debate prévio da pauta e tirávamos os encaminhamentos.”

Esse processo permitiu efetivar as concepções que estavam presentes no modelo da saúde do trabalhador, por exemplo, a questão da participação dos trabalhadores e da sociedade:

“o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, ele é pioneiro numa posição de que gestor não deveria ser presidente. Na minha concepção isso está intimamente ligado à esse grau de organização que nós tínhamos, e essa compreensão que nós tínhamos na época.”

O entrevistado reconhece a importância e o protagonismo desse processo, bem como os resultados que ele foi produzindo, inclusive de formação de novas lideranças:

“o Rio Grande do Sul é reconhecido nacionalmente por esse fato. Nesse contexto também a gente constituiu lá a Comissão de Saúde do Trabalhador no Conselho, que existe até hoje. (...) a gente promoveu muitos eventos, fizemos passeatas, caminhadas, atos no dia 28 de abril, Dia Mundial da Saúde, de denúncia. Uma infinidade. A gente planejava. Nós fazíamos planejamento para o ano seguinte. A gente tinha ações bem articuladas. Isso gerou um grupo de lideranças também, que hoje estão espalhadas, ocupando espaço no Estado brasileiro por esse acúmulo de conhecimento ao longo do tempo, com esse reconhecimento.”

Com a vitória do Olívio Dutra para o governo do estado em 1989, o entrevistado passa a assessorar o gabinete da Secretaria Estadual de Saúde, atuando principalmente na implementação da saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul. Dessa forma, o governo de Olívio Dutra significou a abertura das oportunidades políticas para a implantação do modelo da saúde do trabalhador. A formação de uma rede de atendimento em saúde do trabalhador começa a ser implementada logo nos primeiros anos de governo através da criação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, o que permitiu ações conjuntas entre diversos agentes, a formação de determinados conflitos em torno da questão da saúde do trabalhador e a definição, a partir desses conflitos, dos oponentes.

Da mesma forma, essa atuação permitiu a construção do primeiro Conselho Gestor de um serviço de saúde no estado do Rio Grande do Sul, o do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Porto Alegre. Essa experiência, segundo o entrevistado,

“[exigiu] da gente muito debate, porque era a construção de algo novo. Então [não tínhamos] nada assim mais novo que a gente pudesse [contar], um pouco da experiência de São Paulo, mas é bem diferente do Rio Grande do Sul em vários aspectos, e aí construímos o nosso modelito aqui no Rio Grande do Sul”.

Ao longo do governo Olívio várias ações de mobilização foram realizadas, impulsionando o campo da saúde do trabalhador:

“Realizamos a primeira Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul, realizamos quase 300 Conferências Municipais, todas as 19 regionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul realizaram Conferências. Eu fui conferencista em 17 delas, só não fui nas 19 porque algumas coincidiram as datas. O que para mim é, do ponto de vista, a gente quase não fala, só fala assim nessa situação, porque a gente faz muito e escreve pouco, a academia escreve, quem está na vida faz, e aí a gente não escreve a nossa própria história. Mas na época era um negócio fantástico, porque nós fizemos umas 300 Conferências no estado do Rio Grande do Sul, que era praticamente inédito no Brasil, e colocamos cento e poucas mil pessoas nessas Conferências todas, que é um feito e tanto, uma capacidade de mobilização sobre um tema bastante expressivo.”

Esse processo incluiu, também, as universidades, ampliando o interesse pelo tema por acadêmicos e estudantes.

Uma das atividades que se desenvolve como ação em saúde do trabalhador é a vigilância nos locais de trabalho, que se busca realizar a partir dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. A Previdência Social e a mídia constituem também espaços de enfrentamento e conflito. A Previdência, por vincular a assistência ao controle dos gastos públicos e precarizar as perícias médicas:

“fizemos uma infinidade de audiências públicas, ocupação da Previdência, principalmente contra a questão dos peritos”.

A mídia, pois:

“a mídia no Brasil não está nas mãos da classe operária, por interesses mesmo da classe dominante. É óbvio que é por onde eles fazem a regulação daquilo que a sociedade pode e deve receber como informação”.

A saúde do trabalhador é percebida como campo de conflito a partir da relação entre capital e trabalho.

“Tu sai de um sistema de regulação controlado [o Ministério do Trabalho] que, por falta de estrutura, não consegue dar conta daquilo que seria sua obrigação, para um sistema onde eles não têm nenhum controle, que é o SUS. Então, é óbvio que por vias do capital eles jamais vão concordar com isso. Então a gente tem que saber com quem está lidando e qual é o interesse que dificulta a efetivação da política de saúde do trabalhador no estado.”

Reside aí a importância do Estado:

“a saúde do trabalhador, deveria ser algo de responsabilidade do Estado brasileiro e que tivesse uma atuação eficaz no sentido de garantir os direitos à vida, à integridade física e à qualidade de vida da população.”

Mas que, por si só, não conseguiria efetivar esses direitos:

“a saúde do trabalhador (...) ela só funciona se ela tiver uma base social forte que sustente a, digamos assim, a boa intenção do Estado”.

É necessária, então, uma base social:

“um governo que queira efetivamente implantar essa política, se ele não tiver uma coesão social, uma base social que sustente, que consiga fazer a contraposição nessa luta de interesses, fica muito difícil. E isso também se refere aos técnicos. Os técnicos na área da saúde do trabalhador, eles só não têm maior autonomia e independência em fazer aquilo que é da sua obrigação. (...) porque se tiver a classe dominante, a burguesia contra, principalmente os setores produtivos, e se tiver ainda a estrutura da gestão do Estado, do governo que está responsável pela gestão do Estado no momento, fica muito difícil. Acaba fazendo que o sujeito [os técnicos] fique numa inércia, porque é quase impossível trabalhar contra. Nós servidores públicos, eu sou servidor público, é quase impossível trabalhar contra a vontade do gestor.”

A mobilização, o movimento social é, então, de fundamental importância:

“o movimento social como independente, ele é fundamental, porque independe do interesse do governo ou não, se ele quer ou não, cabe ao movimento social tencionar, fazer pressão, fazer política e fazer valer os seus direitos e seus interesses, buscar apoio em outros organismos nacionais, internacionais, denunciar. Tem um papel que é só o movimento social que tem essa responsabilidade e o dever e a liberdade de fazer.”

Dessa forma, um espaço importante de ação são os mecanismos de controle social abertos a partir da legislação:

“o controle social, ele é fundamental como retaguarda para os próprios trabalhadores. Então, se é trabalhador da saúde que quer fazer, tem que ser um amigo incondicional do controle social, porque só assim o sujeito vai poder desenvolver um trabalho, o qual está prescrito na Constituição, na lei, em todas as normas.”

Considerando todo o processo desenvolvido no Rio Grande do Sul, o entrevistado o avalia como importante e positivo:

“eu acho que nós fomos por tudo isso, nós fomos vencedores, nós colocamos na agenda do estado do Rio Grande do Sul, dos gestores, da população, do movimento social, esse tema, então todo o mundo fala em saúde do trabalhador.”

A partir de 2000, o entrevistado inclui em suas discussões a questão da saúde da população negra:

“em 2000, por dentro da Secretaria Estadual de Saúde, eu promovi, claro que não sozinho, mas a gente é quem provoca a discussão, o 1º. Seminário Estadual de Saúde da População Negra (...) um evento que juntou, na época, umas 50 pessoas (...) eu começo a discutir esse tema, e a questão dos deficientes, por similaridade, é claro os deficientes não têm o problema do racismo, mas eu passo a trabalhar no [hospital] por questão das cotas, inclusive eu fui um introdutor das cotas pra afro-brasileiros no [hospital], o que me enche de orgulho.”

O entrevistado explica porque se envolveu com esses temas:

“Nós vivemos numa sociedade de exclusão [desde] os seus princípios. E um Estado que foi pensado a partir da ótica então dessa média dos incluídos e nunca se preocupou com os excluídos, com os diferentes. O Estado tem que pensar na população como um todo, na sua diversidade, nas suas especificidades como forma de garantir aquilo que é constitucional, que é a cidadania, o direito da dignidade humana. Isso falta.

Encontra, para isso, também uma justificativa pessoal:

“fazer esse enfrentamento para mim é algo que me dá muito prazer, depois de toda essa vivência, ser negro, estar com 56 anos, ser funcionário público, estar num setor onde eu possa, minimamente, dar esse retorno para esse povo tão sofrido, para mim é algo bastante importante. Então eu tenho me dedicado à esse tema atualmente.”

Atualmente o entrevistado é secretário de uma ONG de assessoria às comunidades remanescentes de quilombos.

“eu discuto cotas na universidade, a educação, a questão das regiões matriz afro (...) As resistências são iguais, talvez até mais perversa quando tu consulta a literatura produzida na época das discussões da abolição da escravatura (...) não mudou muito, a senzala mudou de lugar, está lá na vila ou continua sendo o quartinho da empregada”

Esse profundo enraizamento da militância na vida pessoal fica expresso na relação com sua esposa:

“ela também tem uma militância muito forte no campo da saúde do trabalhador, quer dizer (...) eu vim a conhecer a [nome da esposa] nesse período da discussão, ela morava em [cidade do interior em que morava] faz concurso depois no município de Porto Alegre, como Assistente Social (...) assume a coordenação do [órgão de saúde do município de Porto Alegre]”.

A identidade social ligada à memória e à biografia pessoal aparece fortemente na entrevista N. 2. O entrevistado destaca a necessidade de trabalhar desde criança, do trabalho como um símbolo de classe e etnia e de enfrentamento à situação social em que a família se encontrava. Assim, a classe social aparece como um referente identitário que conecta a identidade social e a identidade pessoal. Etnia e classe social são tomadas tanto a partir dos valores que elas ensinam (o trabalho, o cuidado e a valorização da família) quanto a partir das categorizações que produzem (a partir da classe social e da etnia opera-se a percepção das diferenças sociais). A correspondência entre os referentes culturais e as dimensões social e pessoal da identidade é acompanhada pela identidade coletiva. Logo o entrevistado passa a participar das ações de organização e mobilização da comunidade onde mora. Na medida em que acontece sua trajetória profissional, marcada pelas identidades social e pessoal, o entrevistado

constrói uma identidade social profissional que passa a se constituir como elemento de ligação entre a identidade pessoal e a identidade coletiva. A profissionalização em enfermagem conecta-se diretamente, num primeiro momento, com o movimento de saúde a partir da comunidade em que vive.

Sua trajetória profissional acompanha sua trajetória de engajamento político: passa a trabalhar em uma empresa e a militar no sindicato da categoria profissional em que atua. A identidade coletiva aqui começa a adquirir saliência: envolve-se com a direção do sindicato, com a central sindical. A identidade coletiva mantém-se correspondente à identidade social profissional. A militância no sindicato se faz a partir da militância no campo da saúde do trabalhador e no campo da saúde pública. Da mesma forma, a identidade social de etnia também se faz presente: a militância sindical envolve, em certa medida, a militância no movimento negro, que ganhará força mais tarde, quando a militância sindical não estiver mais presente.

Os referentes apresentados pela identidade coletiva estão alinhados aos referentes presentes na identidade profissional através do marco interpretativo da saúde do trabalhador e da saúde pública. Em particular, a atuação no campo da saúde do trabalhador coloca o entrevistado em um processo de organização e mobilização que passa a envolver a luta pela cidadania, a intervenção na organização do trabalho, a luta por saúde, a participação das pessoas. Isso o leva a atuar no governo do Estado, diretamente no campo da saúde do trabalhador.

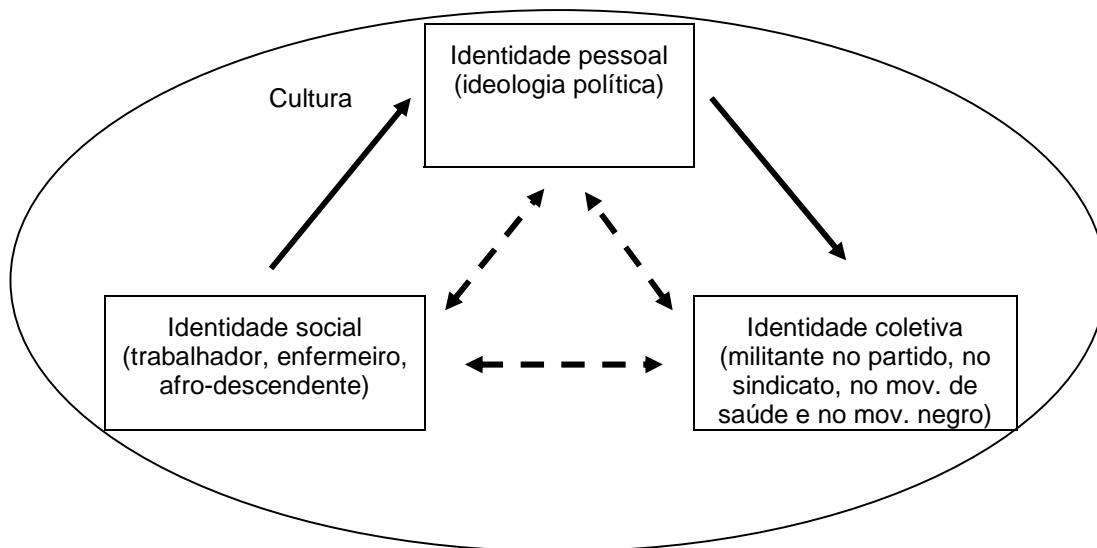
Esse processo pode ser observado através da ação recíproca entre as dimensões da identidade social profissional, a identidade política (pessoal, social e cultural) e a identidade coletiva (militância sindical e partidária): a atividade profissional o leva ao sindicato, o sindicato o leva à atuação na Central Sindical. A atuação no partido, o leva ao cargo político no governo do Estado e, a partir desse, a todas as ações de engajamento na saúde do trabalhador. Ou seja, o auto-reconhecimento militante aparece fortemente alicerçado no papel de profissional de saúde e sindicalista, bem como nos referentes identitários encontrados tanto na identidade social (política e de etnia), quanto na identidade

coletiva (pertencimento a grupos políticos e do movimento negro). O alinhamento entre os referentes identitários e a convergência entre os marcos interpretativos são os mecanismos que aqui operam a correspondência identitária entre essas três dimensões (SNOW & McADAM, 2000, 47). A subordinação da vida profissional a ação política evidencia, também, uma saliência da identidade política e de etnia em relação às demais dimensões identitárias (STRYKER, 2000, 28).

Na entrevista em questão, as identidades sociais de classe e de etnia são elementos importantes para a manutenção da identidade pessoal. O casamento com uma pessoa com atuação no mesmo campo profissional e a continuidade dos estudos a partir de um curso de graduação em sociologia (um campo diferente de sua formação profissional, técnico em enfermagem, mas que alinha-se ao conjunto dos marcos interpretativos que tem como referência) bem como a atuação no movimento negro parecem evidenciar a relevância dessas dimensões identitárias para a identidade pessoal.

Da mesma forma que na entrevista N.1, o seguinte esquema ilustra os processos de saliência e correspondência identitária do entrevistado N. 2:

Esquema 5 - Correspondência identitária da entrevista N. 2



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: ← - - - →
Saliência de uma dimensão em relação a outra: →

3.3. Entrevista N. 3.

A entrevista N. 3. foi realizada com um técnico do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador do RS. O entrevistado nasceu em Porto Alegre em 1959 e, segundo ele, passou quase toda sua vida em Porto Alegre. Estudou os primeiros anos em escola pública e depois foi para uma escola particular, um “colégio de padre”, tendo mais tarde voltado para a escola pública, quando terminou o Ensino Fundamental. Depois de morar um tempo no interior

voltou para Porto Alegre e fez o Ensino Médio em uma escola particular: “nós fomos para o interior durante 2, 3 anos. Moramos em Passo Fundo, Lages”.

Sobre sua relação com a família e seu ingresso no curso superior de Engenharia Elétrica, o entrevistado coloca:

“uma coisa importante, eu sou o segundo filho numa família de cinco filhos, eu sou um filho meio que deserdado da família. Então eu sempre fui muito angustiado. Aí quando eu terminei o Ensino Médio, eu queria logo mostrar que eu era capaz de entrar numa universidade, não passei na UFRGS e acabei entrando na PUC, fui fazer o curso na PUC”

E, complementa:

“porquê nem sei, porque era um curso difícil, eu queria fazer uma coisa difícil, eu queria provar que eu era bom, eu queria atenção dos meus pais, principalmente do meu pai”.

O entrevistado relata dificuldades em conciliar o curso universitário que fazia e o serviço militar (CPOR) que teve que começar a prestar na época. Isso trouxe conseqüências para seus estudos:

“comecei a fazer a faculdade mal feita, e aí foi do começo ao fim um péssimo curso universitário. Eu não sabia nada de engenharia, me formei engenheiro, consegui me formar engenheiro não sei como, não sabia nada na Engenharia Elétrica, que é a mais difícil das engenharias.”

Na época de seus estudos de graduação, o entrevistado aponta sua perspectiva política:

“na metade do curso de engenharia, eu sempre fui de direita, talvez até extrema direita, eu tenho familiares de extrema direita. (...) o esposo da irmã do meu pai ele é assim um dos expoentes da extrema direita aqui no Rio Grande do Sul, e eu tinha muita tendência em seguir por esse caminho (...) só que na metade do curso de Engenharia, em [19]82, eu tive um choque assim na minha vida, uma coisa que me desestruturou completamente, aí eu me tornei um cara de esquerda, me filiei ao Partido dos Trabalhadores e virei e ovelha negra da família, já era a ovelha negra na verdade, não queria ver, mas já era.”

O entrevistado não deixa claro o que o levou a mudar sua perspectiva política, mas aponta o período da graduação como um momento decisivo para isso. Seu envolvimento no PT dá-se a partir de sua inserção em uma corrente partidária específica:

“quando guri, eu participei do movimento das igrejas (...) eu participei do Encontro de Jovens com Cristo, mas também fui escoteiro. E nos escoteiros tinha um camarada muito estranho, ele era muito fechado, ele era mais velho que eu, 2, 3 anos mais velho que eu, mas era assim um cara tido como um craneozinho, fechado, tímido para caramba, mas quando eu saí para esquerda, para procurar o PT, eu o encontrei. Ele morava na minha

rua e aí ele me levou para o PT, e ele era da DS. E aí como ele me levou para DS, ele meio que foi como um mentor para mim, me orientou dentro do PT: olha, faz assim, lê isso, participa aqui. Nós participávamos no núcleo na Zona Sul de Porto Alegre. Todos os fins de semana tinha as reuniões, um cara muito legal, muito, muito, muito.”

Seu envolvimento, na época, era intenso:

“O PT, ele tem, nos bairros, ele tem núcleos. Cada zonal, aqui em Porto Alegre por exemplo são dez zonais (...) mas naquela época como era muito forte todo o movimento, no bairro lá, naquela zona sul, lá que era menor que a zona, tínhamos um núcleo da DS que nós militávamos lá, nos organizávamos lá. Então era bem interessante, quando tinha uma conferência, um congresso, etc, antes de se debater no congresso, todos os textos eram passados para os núcleos, e acredito que para todas as instâncias do Partido acontecia isso. Então a gente debatia dentro do núcleo e depois ia para o congresso debater os textos de oposição, que saía a vencedora lá.”

Após concluído o curso, o entrevistado começou a trabalhar com orçamento financeiro de equipamentos transformadores elétricos. Nessa época, filiou-se ao sindicato dos metalúrgicos. Pouco tempo depois, mudou-se para Jaraguá do Sul (SC), onde foi trabalhar como em uma empresa metalúrgica como projetista. Lá continuou sua militância no sindicato dos metalúrgicos. Um ano e meio depois se envolveu em uma greve de trabalhadores por melhores salários. Os engenheiros aderiram à greve. Porém, antes mesmo da greve terminar, voltaram ao trabalho. O entrevistado relata, então, que decidiu permanecer em greve, tendo sido demitido assim que a greve terminou:

“Quando eu voltei, levei um pé na bunda. Os colegas até disseram: olha se tu quiseres a gente faz uma paralisação agora para impedir a tua saída. E eu disse: não, não, pode deixar, eu estou afim mesmo de cair fora, eu estou de saco cheio. Eu já estava bastante tempo lá e toda essa dependência com a família, eu quase que vinha todo mês a Porto Alegre. Era muito traumático para mim estar voltando e eu queria viajar também.”

A partir daí o entrevistado resolve viajar para a Europa:

“Eu queria muito viajar para conhecer o mundo. A gente estava lutando, estava brigando para fazer uma nova sociedade, e eu não sabia que sociedade era essa, onde é que a gente estava. Eu queria fazer isso.”

Após ter sido despedido, o entrevistado volta para Porto Alegre e depois viaja para a Inglaterra para fazer um curso de inglês. Depois de seis meses foi para Portugal, passou pela Grécia, Israel, Egito e depois voltou para Portugal. Depois de um ano, pensou em retornar ao Brasil:

“eu disse: olha está fechando um ano que eu estou viajando, vai vencer a minha passagem e eu quero voltar para o Brasil. Aí a minha mãe disse: olha [...] está muito ruim

o emprego aqui, é melhor tu tentar ficar por aí. Aquilo foi um banho de água fria. Eu pensei que os meus pais iam dizer venha meu filho, [mas disseram] fica por aí mais um pouquinho, não me incomoda mais.”

Sem dinheiro, o entrevistado tentou retornar ao Brasil, mas não conseguiu entrar na Espanha, de onde estava marcado o seu retorno. Voltou, então para Portugal, começou a trabalhar e retomou seus estudos. Nessa época se envolveu e militou em um partido de esquerda em Portugal. Em 1997, depois de uma estada na Inglaterra e na Alemanha, onde têm parentes, retornou ao Brasil.

Com o seu retorno, o entrevistado envolveu-se, em 1988, com a campanha para o governo do estado do Partido dos Trabalhadores. Aproveitou sua experiência com o seu envolvimento com partidos de esquerda em Portugal e na Inglaterra e participou ativamente da campanha no Rio Grande do Sul.

É a partir dessa militância que o entrevistado passou a atuar no campo da saúde do trabalhador. Segundo o seu relato:

“E no dia da vitória, na festa da vitória, eu conheci o (...) e a (...), e eles me disseram: olha nós precisamos de um engenheiro, mas um engenheiro de esquerda para trabalhar na saúde do trabalhador. Eu queria ver se tu não está afim de entrar comigo nessa caminhada. Aí eu disse: olha, deixa eu pensar. Eu entrei na saúde do trabalhador em [19]98, quer dizer, em janeiro de [19]99 eu estava aqui.”

A inserção no campo da saúde do trabalhador aconteceu a partir de uma particularidade muito grande: ser um profissional da engenharia. Sobre a particularidade o entrevistado relata:

“Como eu vim da Engenharia Elétrica, isso é uma área impar na questão da saúde do trabalhador, na questão da organização da sociedade, na questão de tudo, a última revolução, como dizem, é a revolução da eletrônica.”

A relevância da informática e da engenharia no campo da saúde do trabalhador é percebida pelo entrevistado a partir de sua atuação:

“Então, por exemplo, em [19]99 a gente começa com o sistema de informação, a primeira coisa que eu faço [é] botar esse sistema de informação na Internet. Hoje tem um monte de programas de sistemas [de informação] dentro da Internet depois do nosso.”

Para o entrevistado, a implantação do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador, no Rio Grande do Sul, acontece a partir de uma contribuição significativa do campo da engenharia eletrônica e, particularmente, sua, enquanto técnico.

“Temos um sistema aí particular, que é o Sistema de Informação sobre Saúde do Trabalhador na Internet, que eu fiz questão de colocar isso na Internet. O sistema em si, o instrumento em si, isso foi feito pelo pessoal, pelo (...), (...), os médicos. Agora, a questão de colocar na Internet foi uma contribuição minha e isso perdura até hoje. Está hoje ainda em funcionamento, o governo federal tem o sistema dele, nós participamos do sistema do governo federal, mas complementarmente nós temos o nosso. É uma coisa bastante interessante, eu cuido dele até hoje, eu cuido desse sistema até hoje.”

A partir dessa atuação como engenheiro no campo da saúde do trabalhador, o entrevistado formula uma compreensão da própria engenharia que a relaciona, de forma geral, como um marco interpretativo muito amplo da esquerda e da saúde do trabalhador:

“Então eu acho que a saúde do trabalhador (...) trabalha nesse limite, o conflito entre capital e trabalho. A eletrônica até hoje tem servido ao capital. Só que (...) eu não acredito que a gente vai resolver o problema do conflito entre capital e trabalho sem dar um tratamento adequado à questão da eletrônica (...) eu tenho que me dar conta disso e aí me organizar e lutar contra o capital, que a luta não é contra a eletrônica, é contra o capital”

Após sua inserção no campo da saúde do trabalhador junto à equipe responsável por essa área no governo de Olívio Dutra, o entrevistado faz um concurso público e é efetivado como servidor estadual para trabalhar como sanitарista:

“Eu tive muita sorte. No final do governo Olívio, em 2001, eles abriram inscrição para concurso para sanitарista. Eu me inscrevi para esse concurso. Fiz o concurso e passei nele por sorte. Eu me matei estudando, passei dias e noites estudando, li tudo o que tinha que ser lido e consegui passar no concurso. (...) Eu era CC [cargo comissionado] do governo Olívio, mas em dezembro de 2002 eu fui admitido como sanitарista, fui nomeado sanitарista, porque o concurso era para sanitарista.”

A possibilidade de fazer o concurso foi viabilizada, em grande medida, por um curso de especialização realizado em 1999 em Saúde do Trabalhador:

“Eu, logo que começou o governo, em [19]99, havia um curso na UFRGS, na medicina da UFRGS, de saúde e trabalho, que era aberto à todas as áreas. E aí a (...) ficou sabendo desse curso, não sei como, e ela ofereceu para nós e eu disse: olha se existe esse curso eu vou fazer, aí fui eu e o (...) que trabalhava aqui também na saúde do trabalhador. Fomos fazer o curso. Esse curso me dava o status de sanitарista: tu aprende a trabalhar com saúde pública, tu aprende todas as disciplinas da área de saúde pública, epidemiologia, etc, mas é focado claro na saúde do trabalhador, mas ele dá esse status sanitарista. Por isso eu pude fazer o concurso.”

Outra atividade que passa a desenvolver profissionalmente é a docência no ensino médio em uma escola estadual da capital gaúcha. O início dessa atividade acontece a partir de um contrato emergencial:

“Eu sou lá contrato emergencial, quando sair concurso eu vou fazer, com certeza”

A atividade de docência é ressaltada pelo entrevistado como algo importante para ele, principalmente depois que começa a lecionar uma disciplina de saúde e trabalho:

“Não é comum tu encontrar um espaço de debate sobre saúde do trabalhador. Tem alguma coisa, tem um fórum sindical lá no Sindicato dos Metalúrgicos, etc, mas eu não participo muito dele (...) eu conheço o pessoal lá, já fui em algumas reuniões, acho que é um espaço importante, mas ele está muito voltado para questão da previdência, mas se debate tudo lá. É um espaço importante também de organização, de participação, de marca, mas esse [espaço que] eu tenho na sala de aula é muito particular, eu acho que é muito bom para mim, por isso eu não penso em abandonar a sala de aula, que eu não ganho nada lá, eu ganho uma miséria lá (...) mas o espaço que eu tenho com os alunos para ao mesmo tempo contribuir para eles com esse olhar. Eu também aprendo muito.”

A atuação como técnico no Estado em saúde do trabalhador, a militância política partidária, a militância sindical e a atuação profissional como professor proporciona múltiplas possibilidades de identificação e de auto-reconhecimento identitário.

Sobre como percebe sua militância no campo da saúde do trabalhador o entrevistado relata:

“Eu vou ser sincero, eu me vejo como militante da saúde do trabalhador aqui [na Secretaria da Saúde]. No sindicato eu me vejo como militante sindical e quando eu posso, claro, eu levo o olhar, quando eu tenho chance eu boto o [olhar] da saúde do trabalhador, mas aqui eu tenho um pouco de dificuldade de ver esse olhar.”

Sobre sua militância atual, o entrevistado relata:

“eu milito no sindicato, tenho dois sindicatos, dos professores e dos servidores públicos da saúde, (...) sou filiado ao PT também, sou da DS, eu estou junto com a DS, não sou orgânico da corrente.”

Sobre sua militância no PT, o entrevistado coloca:

“se fosse militar [no PT], militaría dentro da área de saúde dentro do partido, que tem uma comissão de saúde, mas no partido pouco milito (...) quando chega a época de eleição eu participo, me organizo, mas estou afastado hoje. A minha militância mesmo como trabalhador se dá muito mais na organização sindical.”

Como militante sindical, o entrevistado coloca:

“eu sou conselheiro de saúde do trabalhador do [nome do sindicato], e na verdade a minha militância eu acho que se dá muito mais através, digamos, da sala de aula, que eu levo a saúde do trabalhador, sobre a minha ótica claro, e no meu trabalho aqui dentro da saúde.”

Para o entrevistado, a identificação com a saúde do trabalhador acontece a partir de seu engajamento de esquerda:

“eu chego à saúde do trabalhador porque eu sou militante de esquerda. O (...) me convida porque eu sou um engenheiro de esquerda, (...) é raro encontrar um engenheiro de esquerda, porque o cara faz a faculdade, passa 5, 6 anos lá pensando em trabalhar na empresa. Quando eu estava fazendo faculdade eu nem pensava estar num partido de esquerda, imagina então fazer vigilância numa empresa (...) E então eu acho que eu me enxergo, se é isso, eu me enxergo no movimento social muito mais como um militante de esquerda sindical. Agora aqui dentro eu procuro assumir essa posição de saúde do trabalhador e existe essa dificuldade de assumir a posição na saúde do trabalhador.”

Considerando a importância da formação acadêmica para o processo de formação da identidade social profissional, é importante considerar como a engenharia aparece em sua relação com a saúde do trabalhador. Quando a isso, ele relata:

“Eu me identifico dentro da saúde como engenheiro. Eu, por exemplo, tenho resistência de dizer (...) quando eu estou na escola eu digo para os meus alunos: olha tem tais e tais problemas que as pessoas estão sujeitas por conta disso e daquilo, associo os problemas físicos às doenças, aos agravos, mas me sinto muito como amador falando isso. Eu tenho que aprimorar muito mais (...) Eu na verdade me sinto muito mais um engenheiro.”

Seu envolvimento com a saúde do trabalhador a partir da engenharia tem, porém, a peculiaridade de ele ser engenheiro elétrico. Essa peculiaridade é observada quando o entrevistado compara a especificidade de sua formação em engenharia elétrica com as outras engenharias:

“normalmente quem entra como sanitarista da engenharia vem da Engenharia Civil, e vai cuidar do quê? Tratamento de água, tratamento de esgoto, essas coisas. E eu não, eu venho da Engenharia Elétrica, nem da mecânica é.”

Em relação à engenharia de produção, ele coloca:

“essa identificação [da engenharia de produção com a questão da saúde] está muito mais ligada à engenharia mas na prevenção. A questão da saúde do trabalhador [está ligada] muito com o olhar do sindicato, com um olhar do trabalhador. Não é a prevenção da saúde ocupacional. A minha preocupação, o meu olhar é: vamos dar o espaço para o trabalhador se organizar, vamos dar voz ao trabalhador, empoderar o trabalhador. Que eu acho que é uma visão muito mais apropriado para mim.”

Por não ter vindo da engenharia de segurança do trabalho, ou das engenharias da produção ou civil, o envolvimento do entrevistado com o modelo da saúde do trabalhador aconteceu sem a presença de um marco interpretativo próximo ao modelo da saúde ocupacional, o que caracterizaria, na perspectiva do entrevistado, essas engenharias.

Muito embora isso, sua formação como engenheiro traz algumas dificuldades para a sua colocação na área da saúde:

“dentro da saúde, eles tentam falar da integralidade. Falar, mas tu vê que existe uma certa resistência. Eles dão preferência aos médicos, depois aos enfermeiros, depois ao psicólogo, fisioterapeuta e assim vai. E aí o cara que não é da saúde, que não tem essa formação, engenheiro (...) eu acho que tem uma dificuldade por conta disso, de me assumir como saúde do trabalhador, por conta eu acho que da formação, que eu também enxergo como sendo uma dificuldade.”

Muito embora essa dificuldade, a atuação no campo da saúde do trabalhador é percebida como algo profundamente conectado com a perspectiva política do entrevistado. Através das ações em vigilância em saúde do trabalhador, o entrevistado entra em contato com o que o marco interpretativo da saúde considera com agentes fundamentais para as ações em saúde do trabalhador: o próprio trabalhador e suas organizações, o Estado a partir de seus órgãos e secretarias:

“Eu, antes de trabalhar com o sistema de informação, eu fazia vigilância, eu me preocupava em acompanhar todas as vigilâncias que aconteciam, mas nessa ótica eminentemente a vigilância. Então, sempre que ia fazer vigilância, primeiro consultava o sindicato dos trabalhadores: o quê que eles têm à ver com isso, qual é a visão deles. Depois do sindicato dos trabalhadores vamos nos municípios, passamos no município, vamos ver a participação da Secretaria Municipal de Saúde e da Vigilância para eles tomarem conhecimento do processo. Então vamos nós, o sindicato, o município, todo o mundo vai lá dentro da fábrica ver como é que está funcionando a fábrica. E aí, então, na fábrica entrar em contato com quem? Com representante sindical, ou então a CIPA. Então o processo todo tem que ser assim, se não for assim, olha eu poucas vezes fiz diferente. A minha preocupação é empoderar o trabalhador, ver o trabalhador como o real promotor da saúde do trabalhador.”

O trabalho na Secretaria de Saúde ao longo do governo Olívio permitiu ao entrevistado realizar uma série de ações e se relacionar com colegas de trabalho e outros profissionais a partir da perspectiva da saúde do trabalhador, o que

incluía, por exemplo, a vigilância nos locais de trabalho e a articulação com o movimento sindical.

Essa atuação era sustentada pelo reconhecimento presente no marco interpretativo da saúde do trabalhador da importância da participação dos trabalhadores:

“Isso [a participação] cria uma consciência que é o que tem que se avançar na sociedade. A consciência das pessoas de que elas têm o direito de ter um ambiente digno e que elas têm direito de exigir, cobrar, garantir e fazer com que isso seja efetivamente digno, não tem que depender dos outros. Porque se depender do cara que vai fazer a vigilância, se depender da DRT, se depender do patrão, está mal encaminhada a coisa. O cara que está trabalhando é que tem que ver: não, a máscara está certa, o equipamento de exaustão está certo, as condições de trabalho, o material que está sendo usado está adequado.”

Outra dimensão, além da atuação interdisciplinar e multiprofissional, do reconhecimento da importância da participação dos trabalhadores, da prioridade da atuação do Estado, o entrevistado caracteriza o campo da saúde do trabalhador ressaltando, também, a importância da formação e qualificação permanente.

“(...) é muito forte também a questão do aprendizado. O período que eu tive na saúde do trabalhador aqui com o governo Olívio, era muito importante a gente estar sempre estudando, estava sempre lendo, estava sempre alguém com uma nova idéia, uma nova visão, um novo texto. Nós estávamos constantemente nos reciclando, fazendo curso em Brasília. Era muito valorizado isso. O servidor era valorizado, quer dizer, nós buscávamos a valorização do trabalhador, que é o objetivo da saúde do trabalhador e também éramos valorizados aqui, no sentido de concretizar esse processo.”

Várias iniciativas do entrevistado permitem apreender a importância da qualificação para a atuação profissional e para a formação pessoal. Tão logo começou a trabalhar no campo da saúde do trabalhador, o entrevistado fez um curso de especialização em saúde do trabalhador, o que lhe conferiu o título de sanitarista. Como menciona o próprio entrevistado, ter feito esse curso foi decisivo para a sua efetivação como funcionário de carreira do Estado. Segundo seu relato, atualmente o entrevistado está cursando mestrado em Políticas Públicas em uma universidade particular na região da Grande Porto Alegre. A atuação na área da saúde do trabalhador e suas atividades como docente colocam a formação continuada como uma perspectiva importante para si.

Outro assunto levantado a partir da entrevista foi como o entrevistado vê e compreende o campo da saúde do trabalhador a partir das oportunidades políticas abertas a esse campo e em relação aos conflitos que instaura. Para o entrevistado, as ações no campo da saúde do trabalhador possuem uma grande dependência ou estão bastante relacionadas com as oportunidades abertas pelo governo. No seguinte relato, o entrevistado faz uma comparação entre os governos Olívio e Rigotto em relação as ações em saúde do trabalhador:

“São dois momentos diferentes. Primeiro veio o modelo Rigotto. O governo Rigotto foi um governo que não desestruturou a saúde do trabalhador. Eu acho que uma coisa que a gente conseguiu durante o governo Olívio e que foi importante para nós, e depois conquistamos isso também no governo Rigotto, foi a consideração de que a saúde do trabalhador é uma área importante dentro da saúde, que nós não podemos deixar isso aí ao Deus dará ou fazer submeter ela à uma outra área, nós somos uma das quatro vigilâncias dentro da saúde pública.”

E, ainda:

“O governo Olívio disponibilizava dinheiro para cada município do estado implementar a saúde do trabalhador. O Rigotto cortou isso aí e passou a disponibilizar dinheiro só para as unidades que tinham Centro de Referência. Mas de qualquer forma continuou investindo da saúde do trabalhador. Nós continuamos estruturando o Centro de Referência, o Sistema de Informação e continuamos tendo a possibilidade de usar o recurso que vem do governo federal.”

A continuidade das ações no campo da saúde do trabalhador deve-se, em grande parte, aos recursos vindos do governo federal a partir de 2002, como o governo Lula e a RENAST. No governo de Yeda Crusius, as ações do governo no campo da saúde do trabalhador mudam:

“Quando entra o governo Yeda, há uma dificuldade maior, os recursos para repassar para os Centros de Referência também são cortados, os recursos da RENAST, que vinha do governo federal para nós também se tem uma grande dificuldade de utilizar (...) Então na verdade a proposta deles era fazer o equilíbrio do caixa por conta do quê, do recurso que tinham, e mesmo recurso federal eles usavam para fazer caixa, que tu deixa o dinheiro parado lá, é um volume que está lá disponível, tu consegue equilibrar as contas assim. Então houve bem maior dificuldade, bem maior no governo leda”

Na avaliação do entrevistado, ao longo do governo Olívio se estruturou uma rede de serviços em saúde do trabalhador que se manteve no governo Rigotto e que, inclusive, em função dos recursos federais foi ampliada. No governo Yeda, porém, esse processo é interrompido a partir da justificativa de um equilíbrio dos gastos públicos.

A atuação atual do entrevistado no campo da saúde do trabalhador está ligada diretamente à implantação e manutenção do sistema de informações sobre saúde do trabalhador:

“Eu faço cursos. Como eu sou responsável pelo sistema de informação, eu dou curso de sistema de informação. Então o pessoal vem do interior e aí eu mostro para eles como é que eles fazem a notificação e como eles fazem análise do sistema. Mas antes de começar a fazer isso, eu faço um embasamento, contextualizo por que é importante o sistema de informação. Então eu embaso para eles o que é saúde do trabalhador, qual é a particularidade da saúde do trabalhador no Brasil.”

A efetivação do campo da saúde do trabalhador na perspectiva do marco interpretativo da saúde do trabalhador é realizada através da própria atividade, vista como militante:

“E isso então para mim é um fator bastante importante, militância para mim, este olhar sobre o ambiente de trabalho, isso aí para mim é uma militância. (...) Efetivamente eu acredito na possibilidade do trabalhador rural, do operário, do metalúrgico, do trabalhador da construção civil, que eles possam fazer aquilo com gosto, tendo prazer, porque é bonito isso, é bonito tu trabalhar com as mãos inclusive. Mas tu tens que também criar as condições para que isso seja bonito para ti. Não é de qualquer jeito que um operário vai se sentir bem e vai sentir prazer. Tem que ter trabalho digno, tem que ter uma condição de trabalho digna, tem que ser valorizado. Então eu acredito que isso pode ser resolvido, conquistado e eu vejo essa mudança.”

Essa perspectiva de mudança presente na atuação técnica a partir do campo profissional torna o campo da saúde do trabalhador um espaço de produção de mudança e transformação social:

“eu acho que a proposta da saúde do trabalhador é uma proposta que é revolucionária. Eu acho que se existe alguma possibilidade da gente criar uma nova sociedade, ela está ligado com essa luta da saúde do trabalhador.”

E, acrescenta:

“Eu acho que a saúde do trabalhador é um norte para nós. Ela indica efetivamente que a transformação da sociedade passa também pela transformação do homem. E o homem que vai ter que sair daí é esse homem que tem essa capacidade de se conhecer, que tem essa capacidade de se entender como pessoa delicada, uma pessoa que tem limitações, que se conheça e que se entenda como tal e com profundidade.”

Analisando a entrevista N. 3 como um todo, observamos que a identidade pessoal aparece logo no início da narração da biografia pessoal. Sobre si, o entrevistado coloca: “eu sou um filho assim, um filho meio deserdado da família. Então sempre fui meio angustiado”. Essa imagem de si a partir da relação com a

família lhe coloca certos desafios: “eu queria fazer uma coisa difícil, eu queria provar que eu era bom”. Um evento apontado pelo entrevistado, mas não explorado na entrevista, teve um efeito muito forte na biografia pessoal do entrevistado (“uma coisa que me desestruturou profundamente”) e que, de “direita” (“eu sempre fui de direita, de extrema direita até”) passou a ser de “esquerda”. Então, segundo o entrevistado, ele percebe: “virei a ovelha negra da família, já era a ovelha negra na verdade, não queria ver mas já era”. Ser “ovelha negra” era algo anterior à sua conversão à esquerda. Algo que o identifica profundamente e que, mesmo sem ser visto, já estava presente. A identidade pessoal, mesmo que de alguma forma ocultada ou não percebida, abre a possibilidade para a identidade coletiva (adesão a um partido de esquerda), a partir da qual a identidade social e profissional foi construída.

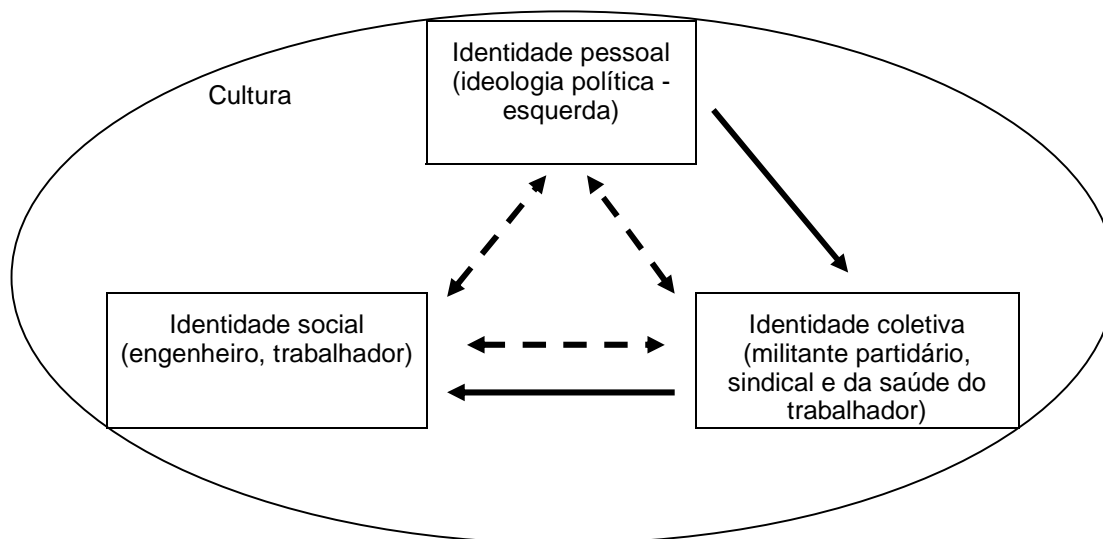
Na entrevista N. 3 a interpretação da biografia pessoal, quando se refere aos anos de formação escolar e à importância da família, é feita levando-se em conta além do referente identitário pessoal um referente identitário baseado no político e, inclusive, algumas identidades coletivas (grupos de jovens na igreja, escoteiros). No caso da entrevista N. 3, o entrevistado refere-se à sua família e à sua formação com sendo “de direita”. Parece que, mais relevante do que a orientação ideológica que estava presente na época de formação, o importante é que a identidade atual se constrói a partir do reconhecimento da dimensão política ligada a essa formação. Antes ela estava presente: era “de direita”. Depois ela se altera: torna-se “de esquerda”. Nesse caso, a adesão a uma ideologia “de esquerda” se dá por transformação identitária (SNOW & McADAM, 2000, 52).

Para o entrevistado N. 3, a adesão a uma identidade coletiva, o auto-reconhecimento e o sentimento de pertencimento a partir de uma adesão a uma coletividade, acontece de maneira muito próxima à maneira com acontece sua conversão ideológica: num átimo. Esse engajamento será mantido, na medida em que se mantém uma correspondência entre os referentes culturais políticos e os referentes políticos da identidade pessoal. É essa correspondência entre a identidade pessoal e referentes culturais “de esquerda” que permite ao



entrevistado a construção de uma identidade coletiva: de alguém que é “de esquerda” a alguém que passa a ser “da esquerda”, na medida em que passa a atuar em organizações desse espectro político. Essa correspondência se mantém ao longo de sua estada na Europa e quando retorna ao Brasil. Ela sustenta sua adesão ao PT quando desse retorno. Nas entrevistas N. 1 e N. 2 a identidade coletiva apóia-se na identidade social (política, de etnia e ideológica) e na identidade profissional. Na entrevista N. 3, a identidade profissional apóia-se, em certa medida, nos referentes culturais políticos e ideológicos e na identidade coletiva: “na festa da vitória [do partido] eles me disseram: nós precisamos de um engenheiro, mas de um engenheiro de esquerda”.

Na entrevista N.3, a identidade social profissional é dependente da identidade coletiva. O entrevistado faz uma reinterpretação de sua identidade social profissional (engenheiro) à luz da sua identidade política (agora constituída não apenas de referentes culturais, mas também de referentes presentes nas dimensões coletiva, social e pessoal do entrevistado), dos significados atribuídos ao trabalho e à tecnologia encontrados no marco interpretativo de uma perspectiva próxima ao marxismo. Além disso, é a partir desse marco interpretativo disponibilizado pela identidade política que o entrevistado assume papéis profissionais específicos (técnico da secretaria de saúde e, mais tarde, professor de ensino técnico) e realiza atividades de qualificação profissional, podendo, a partir desses papéis, localizar-se em relação às múltiplas identidades coletivas possíveis. Assim, ele será sindicalista, quando está no sindicato; militante da saúde do trabalhador, na secretaria de saúde, militante de esquerda, dentro do partido. A saúde do trabalhador amplifica-se como referência identitária na medida em que ela permite certos alinhamentos identitários: com o sindicato, com a atividade de docência, com a militância partidária e com a atuação profissional na secretaria de saúde.

Esquema 6 - Correspondência identitária da entrevista N. 3



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: 
Saliência de uma dimensão em relação a outra: 

3.4. Entrevista N. 4.

A entrevista N. 4 foi realizada com uma médica de um CEREST em um município de médio porte no interior do Estado. A entrevistada nasceu em 1968, em Porto Alegre, cresceu com os avós (a partir dos 5 anos) em função da separação dos pais. Coursou medicina em Porto Alegre (formou-se em 1992) e a partir da relação com o atual marido foi trabalhar e morar no interior do Estado.

A entrevistada identifica a escolha pelo curso de medicina como algo presente em sua vida desde cedo e reconhece alguns motivos para isso:

“eu sempre quis, desde pequenina, eu sempre quis fazer medicina. (...) acho que uma das coisas foi em função da minha avó ser uma pessoa que tinha alguns problemas de saúde, e eu sempre dizia que eu queria ajudar as pessoas a não terem sofrimento, não terem dor e coisa e tal, sempre foi assim uma coisa que me motivou.”

Ao lembrar os anos em que cursava a universidade, algumas experiências aparecem como marcantes:

“no segundo ano da faculdade, eu me candidatei à monitoria de uma disciplina, que era microbiologia, e eu tinha ido muito bem na disciplina e tudo. [Para a seleção era necessário] dar uma aula para uma banca (...) chegou no dia da prova me deu uma crise assim de pânico e eu não conseguia entrar para fazer a prova. Eu não consegui fazer. Eu disse: não pode ser, não pode acontecer isso, tem que achar um jeito de eu enfrentar.”

Isso a motivou, ainda na universidade, a trabalhar em uma atividade de monitoria que exigisse o contato com o público:

“quando surgiu essa proposta desse trabalho, que era dar palestras, eu disse: é aí que eu vou, vou ter que enfrentar esse monstro. Então aparentemente, não tem nada à ver com a minha vida de hoje, mas tem tudo à ver porque foi uma experiência muito interessante. Hoje eu uso muito essa coisa de falar em público e tudo, eu não tenho a menor dificuldade, pode ter 5 ou 500 pessoas, eu não tenho”.

Ao longo do curso foi se formando, também, uma certa concepção da medicina e da atuação médica, a qual, de alguma maneira a direcionou para a especialização em medicina do trabalho:

“eu passei a faculdade com algumas paixões, assim, dentro da medicina, mas todas elas com um perfil que era não ver pedaços do ser humano. Eu nunca gostei muito de áreas que fragmentavam [...] Eu já fazia um pós em homeopatia. Eu tinha essa visão, também. E aí surgiu a possibilidade de fazer medicina do trabalho. Na época não era residência, era um pós-graduação, especialização sem a residência. E eu achei interessante porque a essência também da medicina do trabalho é muito a prevenção e de incluir um espaço na vida da pessoa, que é o trabalho, onde a gente passa a maior parte do tempo. Então eu achei que era uma coisa bem integradora de incluir esse ambiente na visão da saúde, da medicina e eu gostei muito da pós.”

Outra experiência muito significativa apontada pela entrevistada é sua participação no Projeto Rondon:

“teve acho que um grande marco na minha vida não só profissional, mas como pessoa, que foi eu participar do projeto Rondon. (...) Eu fiquei um mês no Amazonas. Foi em janeiro de [19]91. Então foi o meu primeiro estágio [...] eu fiquei com uma turma num barco, nós descemos o rio Solimões e ficamos atendendo a comunidade indígena ribeirinha. [...] Então foi uma experiência assim incrível para mim. Eu, urbana, nascida em Porto Alegre, num bairro que não era nem residencial, era um bairro comercial (...) ali era só nós, não tinha raio X, não tinha laboratório, não tinha nada. E até a dificuldade da

própria comunicação, porque eles falavam outros idiomas, tinha às vezes algum interprete, mas nem sempre. Então aquilo assim foi um grande marco”.

Frente às diversas possibilidades de especialização médica, a entrevistada tinha interesse inicialmente pela endocrinologia, mas desiste em função da relação de competição que se estabelecia entre os colegas:

“porque ao longo da faculdade eu assisti coisas horríveis assim nessa competição pela vaga da residência e eu não queria aquilo para mim”.

No final do curso, ela já estava fazendo a especialização em homeopatia, que acaba por não concluir. Porém, tão logo termina o curso de medicina, faz a especialização em medicina do trabalho:

“E aí, buscando outras coisas, eu já estava fazendo a homeopatia (...) conversando com colegas e tudo, me falaram da medicina do trabalho, a gente tinha visto muito rapidamente na faculdade, mas me falaram desse pós (...) acabei me apaixonando pela área também, e acabei fazendo medicina do trabalho (...) esses dois fatores que seduziram muito, que foi a coisa de ter um princípio prevencionista, digamos assim, de não estar só tratando o adoecimento e essa coisa de estar dentro do ambiente, de poder ir lá onde a pessoa está passando a maior parte do tempo”.

Ainda na faculdade, a entrevista casa e logo se separa. No curso de pós-graduação em homeopatia conhece o atual esposo, que era também médico (pediatra) e morava em uma cidade do interior. Assim que formada, mudou-se para essa cidade e começou a trabalhar na prefeitura, com saúde pública, e em empresas, com medicina do trabalho.

“aí começou o desgosto, digamos assim, algumas frustrações com a medicina do trabalho”.

Esse desgosto estava relacionado com as possibilidades concretas de atuação a partir do modelo da medicina do trabalho:

“que até então eu tinha como uma área assim que daria para fazer coisas bem legais e aí eu fui ver que a vida real é diferente daquele ideal que a gente tem, porque já [as empresas] eram filiais ali naquele município pequeno. A exploração de uma mão de obra, de uma condição econômica da cidade [era muito grade]. Eu tinha um conhecimento que eu não conseguia aplicar, esse espaço dentro da empresa ou por má fé, ou por não entender, ou por não ter recurso, ou por uma série de motivos, a gente não conseguia aplicar tudo aquilo.”

Essas dificuldades foram se fazendo presente no dia-a-dia do trabalho:

“tinha uma trabalhadora que tinha sofrido um acidente de trabalho e eu, como assistente, como médica assistente, estava solicitando uma readaptação dentro da empresa, estava

sugerindo algumas coisas para ela e aí eu acabei sendo demitida dessa empresa, porque eu era a favor dos trabalhadores, contra a empresa (...) depois acabei sendo demitida da outra empresa, que trabalhavam juntas ou eram parceiras, do mesmo grupo”.

A partir disso, a entrevistada foi se inserindo cada vez mais na saúde pública, passando a trabalhar também em um município vizinho. Nesse tempo, surgiu a oportunidade de trabalhar como médica do trabalho na prefeitura de outro município, maior, de importância regional. Nesse município a entrevistada passou a trabalhar também como médica em um sindicato. A experiência de trabalho em sindicatos ela já tinha desde Porto Alegre:

“eu só tinha trabalhado num sindicato lá em Porto Alegre. Eu estava procurando emprego e surgiu a oportunidade de trabalhar no sindicato, e como eles queriam médicos do trabalho e eu estava recém terminando a especialização, eu digo é aí que eu vou”.

Pelo relato da entrevistada, a escolha pelo trabalho em sindicato em Porto Alegre não tinha sido uma escolha ideológica:

“eu acho que isso foi da minha, sei lá, da minha ingenuidade, eu não tinha nada assim, nem a favor nem contra [sindicatos], nunca tive essa leitura e, na verdade, eu estava procurando emprego e surgiu a oportunidade de trabalhar no sindicato”.

Esse envolvimento mais recente com o sindicato se deu a partir de 2000, ano em que a prefeitura da cidade vizinha a onde morava realizou um concurso para o seu quadro de médicos. A entrevistada e o esposo fizeram o concurso e foram aprovados, para onde então se mudaram. A entrevistada relata que na ocasião ela poderia ter optado pela área da medicina do trabalho ou pela área da clínica geral. Acabou optando pela clínica geral:

“eu vou para uma área mais light, vou sair desse campo, e fiz aí para clínico geral e comecei atuar nos postos de saúde, atendendo clínica, isso depois de ser nomeada no concurso, foi em março de 2001” .

Porém, o contato que ela tinha com pessoas do movimento sindical, a partir de sua atuação na época como médica em um sindicato, e o envolvimento dessas pessoas com a estruturação da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador que estava sendo implantada na cidade, a colocou de novo frente à questão da saúde do trabalhador:

“o sindicato dos metalúrgicos tinha representação no Conselho Municipal de Saúde e tinha participado, eu acho, do projeto da unidade da UMREST. E aí estava num momento de fazer seleção dos profissionais que iriam atuar na unidade, e aí o [dirigente sindical] e

o [dirigente sindical], na época que estavam no sindicato, me chamaram e perguntaram se eu não queria mandar o meu currículo para participar dessa seleção, que ia ter uma Unidade de Saúde do Trabalhador na prefeitura (...) eu estava meio assim, em dúvida, meio receosa, não estava entendendo direito (...) fazia pouco tempo que eu estava como efetiva, como nomeada na prefeitura. Eu já tinha sido [nomeada] em março e a unidade inaugurou em dezembro de 2001, e aí eu saí de todos os postos e fui para unidade.”

O trabalho na UMREST era visto como mais um desafio:

Eu não sou muito de fugir de desafios. Então, para mim, aquilo era um desafio e era uma oportunidade diferente. Eu pensei, apesar de gostar muito da clínica, mas eu vou ficar aqui o resto da vida sem, não [que] pareça desdém, eu acho que são atividades super importantes, mas eu digo, eu vou ficar aqui atendendo dor de cabeça, dor de barriga e coisa e tal, e, de uma certa forma, é mais ou menos a mesma coisa. E eu vi na Unidade, nessa atuação, uma possibilidade de novas experiências, de novos conhecimentos, eu não estava entendendo direito o quê que o médico do trabalho ia fazer na saúde pública, o que era isso, como é que eu ia fazer medicina do trabalho ali”.

A partir do trabalho na UMREST a entrevistada foi se apropriando dos elementos que constituem de forma concreta o modelo da saúde do trabalhador, principalmente o controle social, que se dá através da participação dos trabalhadores nas comissões e nas Conferências de Saúde do Trabalhador, tendo sido inclusive delegada nas Conferências Estadual e Nacional de Saúde do Trabalhador.

“Então eu fui apresentada para o Controle Social, que até então eu desconhecia e que na época era um movimento muito rico, a [Universidade] estava participando ativamente, vários sindicatos participando. Então assim foi uma riqueza, uma experiência muito rica para mim e que, definitivamente, me modificou profissionalmente e como pessoa, coisas que não tem como apagar assim, nem por quê.”

Além disso, começou também a participar de cursos que a Divisão de Saúde do Trabalhador vinha realizando para a implementação das Unidades e Centros de Referência no Estado.

“Então a gente tinha todas aquelas histórias de vida e de trabalho, e aí, ao mesmo tempo, a gente fazendo o curso, foi muito interessante assim para construir a coisa toda. E então acho que a CIST tinha uma atuação bem forte. A gente discutia as questões tanto políticas quanto das estratégias, as formas de intervir, de fazer acontecer. E aí, paralelamente a isso, surgiu a proposta da RENAST, da criação dos Centros de Referência como projeto nacional, que a gente ficou naquele período num dilema se estava mudando o governo aqui do estado e coisa e tal, e se a gente manteria a UMREST ou se tornaria a UMREST um Centro Regional”.

Em 2006, a entrevistada sai da UMREST e vai para o CEREST, o que amplia sua ação, já que ela passa a ser regional.

A entrevistada identifica como elemento importante do campo da saúde do trabalhador a relação direta que existe entre a realização do serviço e a gestão:

“tem uma coisa muito [importante] da saúde do trabalhador que eu não vejo nas outras áreas da saúde, que é essa, assumir a questão da gestão participativa, de realmente fazer parte dessa gestão, de pensar junto os caminhos que vão ser seguidos”.

Essa participação dos funcionários e do controle social na gestão é geradora de conflito:

“Então eu acho que tem esse lado que requer essa conversa com os profissionais que estão atuando e com os próprios secretários, secretários da saúde. Aí essas questões político-partidárias acabam fazendo parte. Então eu acho que essa questão, só isso já remete à uma série de conflitos, que são alguns previsíveis, outros não [...] tanto no Controle Social quanto nos profissionais, a gente percebe que tem atuações diferentes, alguns profissionais se propõem a fazer um enfrentamento maior, outros desistem antes. Acho que dependendo de como está o contexto, os próprios movimentos fazem isso.”

Perguntada sobre como avalia o movimento de saúde do trabalhador atualmente, a entrevistada identifica um processo de desmobilização:

“nesses 9 anos que eu acompanho, quase 9 anos, eu, regionalmente, eu percebo diferenças muito grandes. Acho que nós tínhamos no período que iniciou a UMREST, que eu entrei, digamos, na saúde do trabalhador, [desse período] para cá houve um enfraquecimento [...] nos movimentos sociais e do movimento sindical, propriamente [...] Ainda no período que eu estava na UMREST teve momentos assim de queda, de esfriamento, que a gente já interpretava, nós da equipe, como: agora parece que entregaram para nós, a gente fez todo o movimento para criar a unidade, agora você tem que dar conta de todos os aspectos. E tem aspectos que não cabem ao profissional de saúde. Tem algumas tarefas que nunca a gente vai poder fazer no lugar do movimento social” .

Esse arrefecimento dos processos de mobilização, em comparação com o que se tinha no momento do processo de implantação da UMREST no município, tende a ser interpretado com parte de um processo que se relaciona, tanto com as características locais quanto com elementos propriamente institucionais:

“eu acho que essas coisas são frutos e ao mesmo tempo processos mesmo de construção [...] E, de forma geral, no Brasil e no estado como um todo, no estado do Rio Grande do Sul que a gente fazia um crescimento coerente [...] eu acho que, de forma geral, o Controle Social está muito abalado, o Conselho Estadual de Saúde está terrível, a CIST estadual está horrível, os movimentos sindicais não têm participado. Claro, têm focos que estão ali, mas na linha geral das políticas de saúde do trabalhador é muito difícil.”

As dificuldades de mobilização estão relacionadas às dificuldades para a participação a partir das instituições ligadas ao campo da saúde do trabalhador:

“eu acho que não é todo o mundo que se propõe a fazer isso, mesmo dentro de uma instituição, quer seja um sindicato dos trabalhadores e etc. Então eu acho que talvez nem todo mundo acredite, nem todo mundo queira se engajar dessa forma. Então acaba concentrando naquela pessoa, é sempre aquela pessoa que vai, é aquela pessoa que fala em nome, é aquela pessoa que representa. Vai ter um acúmulo e aí acaba cada vez sendo mais aquela pessoa a reconhecida, a detentora do conhecimento, das articulações, dos vínculos.”

Para a entrevistada, por estar centrada em pessoas, a participação acaba se tornando frágil. Quando essas pessoas saem das instituições ou passam a fazer outras atividades em suas vidas não há quem as substitua.

“Eu vejo assim uma dificuldade de substituir essas pessoas hoje. No horizonte [de futuro] a gente tem dificuldade. Não sei que estratégia fazer para isso, já pensei muito a respeito e não sei que tipo de movimento a gente deveria, a gente, enquanto profissional de saúde, poderia fazer para trazer o Controle Social de volta para ir para saúde do trabalhador.”

Sobre a sua militância no campo da saúde do trabalhador, a entrevistada responde:

“Não, eu me vejo como militante (...) eu consigo me posicionar, enquanto médica, dentro do movimento todo [movimento de saúde do trabalhador], dos espaços, fazendo as várias leituras a respeito do exercício da medicina em relação aos trabalhadores, não só na saúde do trabalhador, mas com os trabalhadores.”

Essa compreensão mais abrangente de sua militância é complementada em outro momento da entrevista:

“eu me considero uma militante, mas nunca investi assim exatamente nessa estratégia. Não sei, talvez me pareça um terreno muito pouco promissor, acho que por isso assim, eu fiz um pouco disso em alguns espaços, por exemplo eu dei aula para o curso de técnico de segurança do trabalho. Então tentar levar essa visão um pouco [para a] enfermagem do trabalho (...) Mas não sei, não me seduz muito assim, talvez até uma falha mesmo, mas não...”

A entrevistada fala, também, de sua identificação enquanto médica:

“sou médica de saúde do trabalhador, mas assim no Conselho de Medicina não existe essa especialidade. Então normalmente eu digo médica do trabalho com especialização em Saúde do Trabalhador. [...]eu não me vejo exatamente como médica do trabalho, não com essa atuação tradicional, em alguns momentos serve essa denominação, porque tu vai falar com outro médico e tu diz eu sou médico tal”

A entrevista relata também outros espaços de participação e, de certa forma, de militância:

“eu trabalho com um grupo (...) espiritualista, então a gente participa, a gente coordena esse grupo, que tem a sede aqui em [na cidade onde mora], mas tem filiais em [duas outras cidades do interior e a capital].

A essa participação, ela complementa:

“Eu tive minha formação assim como católica, estudei em colégio católico, meu avô era extremamente católico etc, mas sempre tinham algumas coisas que me incomodavam ali, aquela coisa dos mistérios da fé nunca me bastou, [...] Então eu estava buscando assim algumas outras, [um] entendimento um pouco diferente assim da coisa e acabei iniciando algumas leituras em relação à isso”

Essa espiritualidade é percebida, de alguma forma, a partir de sua atividade profissional:

“percebo isso na vida e nos pacientes, que dependendo do que a pessoa acredita, o quanto acredita [...] até mesmo tratar um paciente que tem esperança, que tem fé, que tem isso, é diferente de um que perdeu ou nunca teve, sei lá.”

O envolvimento mais participativo com a espiritualidade, muito embora estivesse de alguma forma presente nos anos de formação, foi intensificado com a relação com o marido:

“[cita o nome do esposo] também já trabalhava com espiritualidade e tudo, então as coisas foram se somando e a gente acabou trazendo, criando aqui em [cidade onde moram] esse Centro, e é uma fonte assim [...] um voluntariado de irmãos e, de certa forma, de militância [...] porque a gente faz um espaço que a gente pode construir muita coisa assim e a gente procura não ter um, não é uma atuação de doutrinação, de nada, mas de muita reflexão.”

Outro espaço de participação relevante é sua participação num grupo de motoqueiros:

“eu não sei se seria uma militância assim, mas sem querer, talvez, na área do lazer, que eu me tornei motociclista, então não é uma militância, mas...”

Muito embora sem ter sido a intenção, questões de gênero aparecem nesta participação:

“sem querer eu desbravei um pouco isso por ser mulher. Então é muito engraçado assim o que acontece no mundo do motociclismo, que é um mundo extremamente machista (...) nunca passou pela minha cabeça, hã! vou fazer isso para provar que uma mulher pode andar de moto, não, eu fiz porque estava com vontade.”

A participação no grupo de motoqueiros parece, então, estar muito mais ligado à possibilidade de um lugar de convívio entre iguais:

“isso surpreende as pessoas, eu sentar, eu estar sentada aqui com um trabalhador conversando de igual para igual, como acho que é a nossa instituição, somos pessoas,

então somos iguais. De não colocar aquilo que tu adquiriste como sendo a tua definição. Então, porque eu adquiri um diploma de médico, mas isso não me define, eu sou a [...] que, por acaso, é médica, então eu acho que a minha definição ela é muito mais profunda como pessoa do que isso. E isso é, a questão da medicina ela é muito estranha sabe [...] no meio do motociclismo eu vejo muito isso. É muito engraçado que lá está todo mundo travestido de motociclista”.

Outra prática desenvolvida pela entrevistada e que exige, de certa forma, um engajamento é a opção pelo vegetarianismo.

No final de entrevista, perguntada sobre a relação entre essas outras formas de engajamento (espiritualismo, motociclismo e vegetarianismo) e a atuação na saúde do trabalhador, a entrevistada colocou:

“eu acho que é, que para mim é muito presente, na saúde do trabalhador e que isso seja uma ferramenta, sei lá, de justiça social, acho que o conceito de justiça ele é muito presente para mim, nas coisas que eu faço na saúde do trabalhador, assim como nas outras questões da minha vida, nos outros segmentos. Acho isso muito importante, então eu vejo que atuar nessa área é uma forma de contribuir para isso, para justiça social.”

E, ainda:

“Eu sempre procuro isso. Não procuro assim, arquitetando, não nesse sentido, mas acho que se eu olho para os lugares que eu passei, as pessoas que eu convivi, sempre ficou alguma marca. Eu acho que essa é uma das coisas que dá sentido, marcas positivas de preferência, sempre de fazer algo que contribua e é, eu acho, é a essência mesmo de tudo. Se a gente pode estar, se eu estou vendo uma coisa que o outro não está vendo e que eu possa, respeitando cada um, o seu momento, sua história e os espaços que a gente está ocupando, mas se a gente pode contribuir para isso. É o que eu espero dos outros em relação à mim também, que possam estar ampliando meu campo de entender o mundo, de ver as pessoas.”

Na entrevista N. 4, o início da trajetória vivida é contata a partir da identidade profissional e esta, por sua vez, a partir da identidade pessoal. É a lembrança da avó que remete a entrevistada a decidir-se pelo curso de medicina, algo que lhe estava presente desde muito cedo e que se relaciona a um referente muito amplo: “cuidar das pessoas”.

Ao longo da graduação em medicina se desenvolve uma interpretação do homem que tende a vê-lo como um ser integral. Além disso, experiências como a participação no Projeto Rondon vão trazendo referentes culturais que passam a veicular significados relativos à justiça, igualdade, diversidade. Esses referentes vão aos poucos localizando a entrevistada em relação à sua vida profissional, aos

outros e a sociedade. Isso pode ser confirmado pela mudança que a entrevistada fez entre a opção pela especialização médica em endocrinologia pela especialização em homeopatia. Além disso, apesar de não ter sido explorado na entrevista, o casamento da entrevistada com um colega do curso de homeopatia revela em certa medida a importância que a interpretação da realidade a partir de uma perspectiva holística pode ter tido na sua vida pessoal.

Na entrevista N. 4 a identidade pessoal é a dimensão identitária a partir da qual se define a identidade social e a identidade coletiva. A identidade pessoal, nesse caso, é fortemente marcada por referentes culturais. A justiça, a igualdade, a integralidade e o holismo como valores, tornam-se referentes para uma identidade pessoal que é a base para a identidade social e, em específico, para a identidade social profissional.

As correspondências entre a identidade pessoal e os referentes culturais possibilitaram identificações coletivas, as quais, possibilitam o engajamento

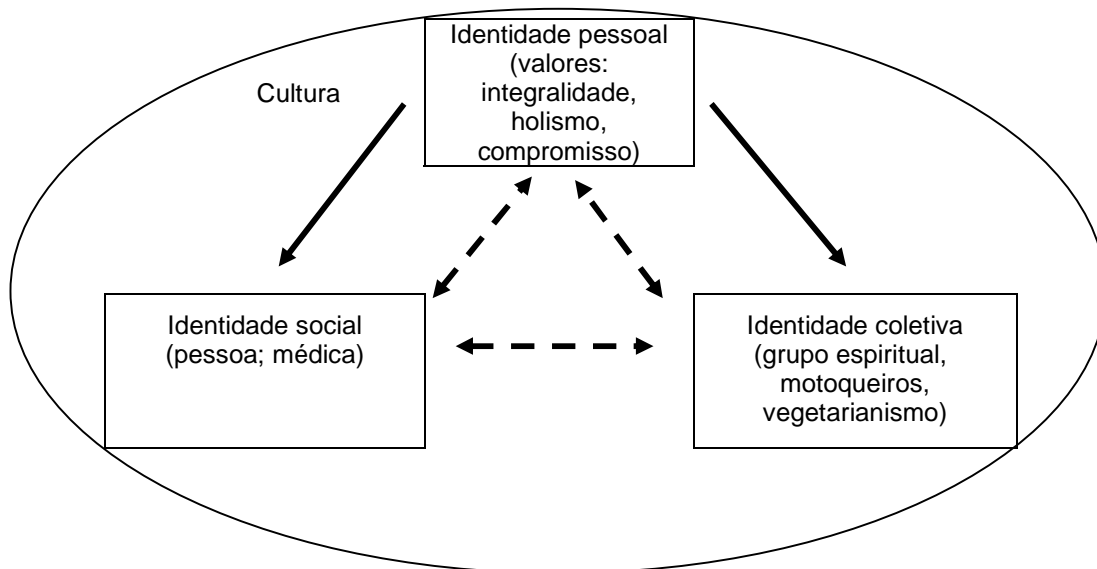
Assim, a relação entre a identidade social e a identidade coletiva acontece mediadas pela identidade pessoal. As identidades coletivas (associadas a coletividades como grupo espiritual, motoqueiros e vegetarianismo) são constituídas a partir da identidade pessoal (afirmação de valores como justiça e igualdade social, de uma concepção de homem baseada na noção de integralidade e de uma concepção de natureza baseada no holismo), na medida em que produz um auto-reconhecimento muito particular dessa ligação pessoal como o real, o social e o humano e, em decorrência de sua saliência, permite identificações coletivas, pertencimento e engajamento. A relação entre as dimensões identitárias nesse caso parece ser referentes culturais – identidade pessoal – identidade coletiva, sem a mediação da identidade social (profissional), ou como uma mediação parcial da identidade profissional.

A identidade social profissional, porém, não será suficiente para produzir identificações coletivas (não há na entrevistada nenhum relato de participação em coletivos a partir de sua profissão, nem como médica, nem como funcionária



pública). Isso evidencia, em certa medida, a saliência dos referentes culturais presentes na identidade pessoal.

O esquema abaixo ilustra os processos identitários referentes à entrevista N. 4:

Esquema 7 - Correspondência identitária da entrevista N. 4



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: 
Saliência de uma dimensão em relação a outra: 

3.5. Entrevista N. 5

A entrevista N. 5 foi realizada com uma funcionária de carreira da Secretaria Estadual de Educação e que trabalha atualmente em uma Coordenadoria Regional de Saúde de um município de médio porte no interior do Rio Grande do Sul. Ela teve uma atuação importante na implantação dos serviços

de atendimento à saúde do trabalhador no município sede da coordenadoria. Nesse município se implantou em 2001 uma Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador e alguns anos mais tarde um Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador. Além disso, a entrevistada tem participado ativamente das atividades do controle social (Conselhos de Saúde, CIST municipal e CIST regional).

A política aparece como um elemento importante na história entrevistada. Ela relata lembranças antigas de como a política aparece em sua vida associada, de alguma forma, à contestação:

“Eu fui mocinha na época da ditadura, menina, e a gente tinha, de pequena, na minha cidade, que coisa interessante, olha as lembranças, a gente tinha uma falta de permissão de falar em política e participar. Eu me lembro que eu era muito interessada nessas coisas, e às vezes eu escapava e ia olhar e eles faziam comícios clandestinos. Eu lembro uma vez que minha mãe me procurava e não me achava. Eu devia ter uns 11 anos. E eu estava num comício e adorando, achando o máximo. As pessoas falavam, falavam contra aquilo que estava acontecendo e levantavam cartazes e coisas. E era o pessoal, na época que era do PMDB. Aí que eu fui saber o quê que era, porque em casa não se falava muito, em casa se tinha medo.”

Esse contato incipiente e ainda prematuro com a política era vivido como algo estranho e proibido:

“em casa não se falava muito, em casa se tinha medo. Meu pai era bancário na época. Era gerente de banco e eles sequestravam gerentes de banco. Então para o pai e para a mãe era um outro lado, era perigoso, as pessoas que [se envolviam] eram criticados, e eu vim de um a família muito conservadora, que tinha uma inserção política, político partidária, que era pelo lado da Arena” .

Esse contato inicial foi de alguma forma interrompido pelas mudanças de cidade em função da profissão do pai (bancário).

Além disso, a esse contato agrega-se uma certa experiência em relação à pobreza:

“minha mãe também era professora de 1ª série, e a gente via muita pobreza e tinha alunos da minha mãe que passavam muita dificuldade. E a gente, às vezes, dava uma ajuda, às vezes levava para casa para dar banho, porque as crianças não tinham nem onde tomar banho, botar a roupa sabe. Faziam muita judiaria com algumas crianças na rua, porque eram crianças de rua, mas diferente das crianças de rua que tem hoje, não sei. Era uma cidade pequena, beira de rio assim, eles...”

Essa experiência com a pobreza é reelaborada na época do ginásio (antigo ensino médio):

“no Colégio das Freiras a gente trabalhou muito em cima dessas questões [pobreza], porque as aulas no Ensino Religioso, na época, eram voltadas para a questão ética e convívio em grupo. [...] E a gente já começou com um movimento assim de fazer, apoiar alguns setores da cidade, eram grupos de jovens assim, bem jovens, nós éramos, 12, 13 anos, e fazíamos algumas coisas”.

Esse envolvimento inicial, ainda no ginásio, toma novos contornos na época da universidade:

“na universidade a gente sentia muito mais forte, porque era briga grande mesmo, tu não podia se reunir numa esquina, porque eles já chegavam e mandavam sair.” .

Era, porém, um envolvimento marcado ainda pelo medo daqueles primeiros anos:

“Eu me lembro que eu tinha muito medo (...) Depois que eu entrei na universidade e com essa coisa de casa, de muito medo, de achar que está sempre errado isso, que tinha que se cuidar, que tinha que se proteger e dentro da universidade a gente fez alguns movimentos, participei do diretório”.

Esse início de participação e engajamento, foi, porém, interrompido:

“quando eu saí, eu fui para o interior, me formei [1983, em psicologia], casei e vim trabalhar aqui pertinho. E aí acho que interrompi uma caminhada, porque o quê eu usava, o quê tentava fazer, era no que eu trabalhava, sempre levar essa idéia da mudança social, que era em cima de uma transformação”.

Algo, porém, já estava presente, como que lhe acompanhando: a perspectiva da mudança social, da transformação.

Depois de formada, em 1983, e casada, a entrevistada voltou para sua cidade natal e começou a trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde do município. Mais tarde, em 1994, a entrevistada passou em um concurso para a Secretaria Estadual de Educação e em 1999 foi trabalhar na Secretaria Estadual de Saúde. Então, por dentro da psicologia, e a partir de seu envolvimento no campo da saúde e mais tarde com a educação os elementos de mudança social e transformação a acompanhavam:

“Quando eu fiz concurso público e ingressei como funcionária do Estado, eu entrei na área da educação e fiquei um bom tempo ali, de [19]94 até [19]99. Quando eles fizeram uma transferência [a entrevistada pode fazer a transferência da Secretaria da Educação para a Secretaria da Saúde] eu já tinha esse envolvimento com a questão da participação,

da questão da democracia nos locais de trabalho. (...) Como eu me liguei muito com a educação, e o nosso trabalho era em torno da educação transformadora, era Paulo Freire, a gente estudava muito em cima disso, eu me interessava por essas questões realmente.”

A atuação na Secretaria de Saúde se deu na área da Formação em Saúde, o que a colocou em contato com o campo da saúde do trabalhador, tendo, a partir de 2000, participado da formação desse campo no município onde fica a Coordenadoria de Saúde da região em que mora. Ao ser perguntada sobre seu envolvimento no campo da saúde do trabalhador e seu auto-reconhecimento como militante nesse campo, a entrevistada relata perceber-se mais com uma militante do campo da saúde pública, onde a saúde do trabalhador estaria presente. Afirma que os princípios trazidos pelo SUS de integralidade, municipalização e participação colocam como um desafio aos técnicos um fazer permanente de ampliação do envolvimento da população.

A entrevistada percebe o campo da saúde do trabalhador como um campo onde essa participação é possível, onde os trabalhadores participam ativamente para além dos espaços formais de controle social:

“uma coisa que nos preocupa, é que as demandas e, também tudo que está sendo discutido em saúde, não só a saúde do trabalhador, mas a saúde no geral, fica formalizado só por dentro dos Conselhos. E na verdade a participação da comunidade, a gente está tentando levar isso é mais amplo do que Controle Social, via Conselho ou Conferência. A participação da comunidade é exercer essa democracia participativa, onde as pessoas vêm dizer o que precisam, mas, além disso, contribuem para o desenvolvimento das ações nos seus locais mais próximos” .

Na entrevistada N. 5, verificamos que a biografia pessoal é descrita a partir de determinados referentes culturais: a família é identificada como “conservadora”; a ditadura aparece como algo do qual não se podia falar, com algo tornava a política clandestina; o contato com a desigualdade social e com a pobreza é interpretada pelas noções de justiça social, muito a partir de uma leitura religiosa produzida a partir da escola particular em que estudava.

Na entrevista N. 5, a identidade coletiva, ou a identificação com determinadas coletividades e a produção de um pertencimento a partir dessa identificação, aparece subordinada à identidade social profissional, quando se relaciona à saúde do trabalhador e, de forma mais abrangente, à saúde coletiva.

Os referentes políticos que formam a identidade pessoal (mudança social e participação como valores) e que se apresentam salientes em relação à identidade social profissional, permitem uma correspondência identitária entre as dimensões pessoal e social quando na identidade social profissional aparecem os referentes disponibilizados pelo campo da saúde pública e que, de alguma forma, vinculam a participação e o engajamento. Porém, a identidade coletiva não aparece explicitamente. Talvez, para a entrevistada, a identidade coletiva esteja vinculada apenas à identidade social profissional, o que a torna inexpressiva ou inexistente já que os referentes culturais que conformam a identidade pessoal são amplos e abrangentes, não constituindo necessariamente campo em conflito nem tampouco agentes em oposição: injustiça, desigualdade podem se compreender, no limite, a partir de uma leitura religiosa da realidade. A entrevistada N. 5 identifica-se como uma militante do campo da saúde pública, sem atuar em nenhum grupo específico para além de sua instituição de trabalho.

Na entrevista N. 5, a compreensão do campo da saúde do trabalhador é feita a partir de um marco interpretativo que tende a destacar o direito a saúde de forma mais ampla e os princípios do SUS de forma mais específica. Está ausente dessas interpretações demarcações de fronteiras claras baseadas em classe social ou a partir das contradições capital trabalho. A ausência desses elementos não significa a ausência do engajamento, mas coloca esse engajamento em outro nível, situando a saúde do trabalhador no contexto da luta pela saúde pública e da afirmação do direito à saúde. Numa perspectiva tão ampla de engajamento, a definição dos conflitos, dos oponentes e, a partir disso, a demarcação de fronteiras (a definição do “nós” em relação ao “eles”, fundamental para a formação da identidade coletiva), fica, pelo menos, esfumada.

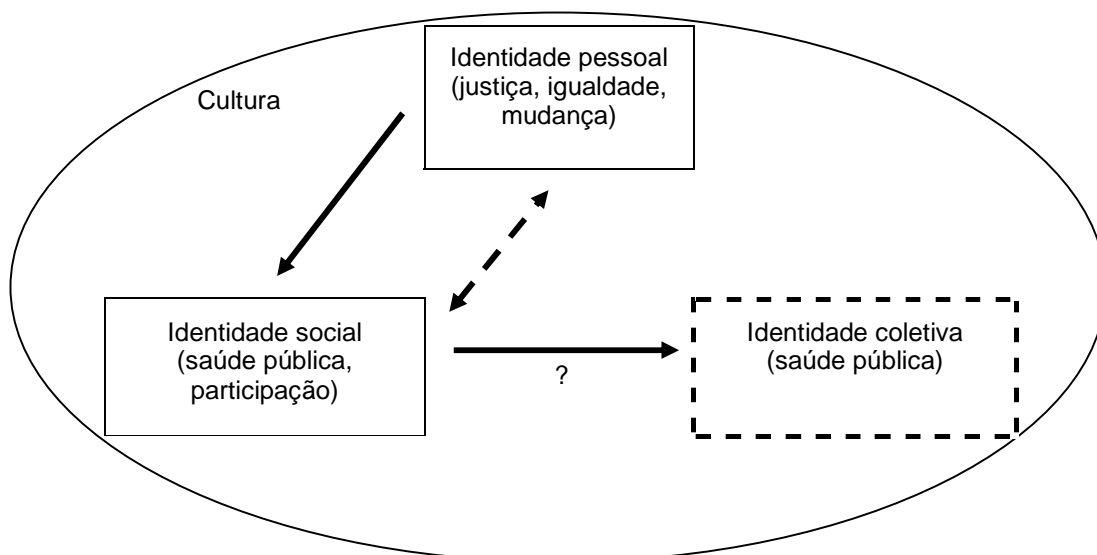
A identidade social profissional tem um papel bastante forte nos processos de correspondência identitária. A inserção profissional no funcionalismo público viabilizou a atuação profissional no campo da saúde coletiva, tornando correspondente a identidade profissional e a identidade cultural (justiça e igualdade com valores). Os referentes identitários alinhados a partir da identidade

profissional e da identidade pessoal (a partir dos referentes culturais) são, no entanto, amplos (direito a saúde, participação, justiça, igualdade), o que pode dificultar um alinhamento com referentes apresentados por coletivos específicos. Além disso, o marco interpretativo da saúde do trabalhador é interpretado a partir do marco interpretativo mais amplo da saúde pública, o que dificulta um alinhamento com referentes ligados às organizações voltadas à saúde do trabalhador, de forma mais específica. É a partir disso que podemos entender porque a entrevistada se identifica, sobretudo, como uma militante da saúde pública, onde a saúde do trabalhador estaria presente.

A entrevista N. 5 parece apontar para uma menor correspondência entre a identidade pessoal e as demais dimensões da identidade e uma maior saliência da identidade pessoal. Isso porém merece algumas observações: na entrevista N. 5, a formação pessoal é associada à formação de valores que serão mantidos ao longo da vida profissional. Há uma relação íntima entre os referentes culturais interiorizados e a identidade pessoal (BERGER & LUCKMANN, 1996, 173). Não se desdobram daí, necessariamente, identidades sociais específicas (de classe, gênero ou etnia, como a identidade étnica desempenha para o entrevistado N. 2 um referente importante para a identificação social como afrodescendente, por exemplo).

O esquema na página seguinte ilustra os processos de correspondência identitária e de saliência identitária da N. 5. Nesse caso, a identidade social profissional, principalmente os referentes da saúde do trabalhador parecem tornarem-se salientes em relação à identidade coletiva. Além disso, não há uma identidade coletiva nitidamente formada.

Esquema 8 - Correspondência identitária da entrevista N. 5



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: ← - - - - →
Saliência de uma dimensão em relação a outra: —————→
Dimensão identitária ausência ou pouco saliente: - - - - -

3.6. Entrevista N. 6

A entrevista N. 6 foi realizada também com uma funcionária de carreira da Secretaria Estadual de Saúde que trabalha na Coordenadoria Regional de Saúde de outro município no interior do estado. A entrevistada nasceu em uma pequena cidade da região noroeste do Estado. Nessa cidade casou-se, trabalhou em um posto de saúde e depois ingressou no serviço público vindo a vincular-se à Coordenadoria de Saúde em 1999. Em 2000 formou-se em psicologia pela UNIJUI. Nesse período fez um curso de especialização em Saúde Pública na Escola de Saúde Pública, em Porto Alegre. Em 2001 mudou-se para a cidade onde reside e trabalha atualmente.

A entrevistada relata com certo saudosismo o tempo de trabalho na Coordenadoria de Saúde em Ijuí:

“foi muito legal sabe o trabalho de Ijuí. Lá tinha uma equipe assim parceira. Nós tínhamos a coordenadora da regional. Ela saía junto. Nós íamos de noite nas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde. Então tinha o pessoal do sindicato dos bancários, do sindicato dos trabalhadores rurais, do Conselho Municipal de Saúde de Ijuí. Então nós tínhamos um grupo muito unido para fazer o trabalho andar. Num ano a gente conseguiu implantar as notificações de acidente de trabalho, de adoecimento pelo trabalho” .

E ressentia-se de que o trabalho atual não tem o mesmo alcance que já teve em outros momentos ou que teve o trabalho realizado em Ijuí:

“eu cheguei com o pique de lá, aqui. Só que aqui é outra realidade, outra região, outro tipo de povo. As questões políticas são diferentes, enfim. Mas mesmo assim eu nunca desisti da proposta de fazer andar e foi difícil estruturar o controle social aqui.” .

Esse envolvimento teve, então, que considerar as características da região onde a entrevistada havia passado a morar:

“Aqui é bem mais lento. Então, a gente, eu perdi a pressa. Senão, eu estava entrando em sofrimento. Porque eu queria que a coisa andasse muito rápido. Aí eu tive que desacelerar e deixei andar conforme a vontade da região aqui”.

Isso não significou, porém, que uma diminuição no seu compromisso com a saúde do trabalhador e sua luta por efetivar os processos de participação na região:

“Foi criado no município sede (...) o Conselho Municipal de Saúde. A gente estruturou uma CIST (...) a gente conseguiu estruturar isso em 2001, quando eu cheguei aqui. E foi assim um grupo que assumiu. A gente tinha, acho que 13 pessoas (...) e aí mudou a presidência do Conselho Municipal e extinguiram com a comissão, terminaram com as comissões. E daí então a gente resolveu criar uma CIST Regional, porque, até então, tinha o Conselho Regional de Saúde funcionando, que hoje não tem mais. Então a gente fez essa CIST Regional e continuamos trabalhando para a estruturação do CEREST (...) e o dinheiro ficou parado, não foi feito nada. Então tu tens prazo para construir. Tu tens prazo para prestar conta. E passou 6 anos e isso não aconteceu. (...) o controle social, que era feito através da CIST Regional, também não andava lá muito bem e em 2004 a gente estruturou o controle social através do Conselho Gestor, que começou funcionar melhor (...) E a gente conseguiu um grupo muito bom com o presidente. Foi feito o regimento interno, tudo começou a andar a parte do Controle Social. Então as reuniões eram de dois em dois meses e, como a gente não tinha o Centro pronto e não estava acontecendo ações, a única ação é a notificação que esse trabalho foi feito pela regional. Então quem fez esse trabalho assim fui eu, enquanto coordenadora da divisão de saúde do trabalhador regional.” .

A entrevistada vincula o início de seu envolvimento com o campo da saúde do trabalhador ao início do desenvolvimento de suas atividades profissionais:

“eu comecei a trabalhar na saúde do trabalhador [na época] se chamava PSO [Programa da Saúde Ocupacional] no estado. Eu estava lá em Ijuí ainda. E eu entrei por acaso assim. Não tinha ninguém na regional que quisesse pegar o abacaxi, como eles diziam.”

Através dessa inserção profissional, dos cursos de qualificação que foi realizando, inclusive da especialização em Saúde Pública, ela foi construindo e se apropriando de uma perspectiva mais ampla de saúde do trabalhador:

“até eu me dar conta que eu era uma trabalhadora, eu demorei. Porque tu fala em saúde do trabalhador achando que o trabalhador é o outro, que é o trabalhador de chão de fábrica, que é aquele pobre coitado que corta cana, que é o trabalhador infantil lá que vai quebrar pedra. Então na tua cabeça, até tu te conscientizar que trabalhador somos todos nós, não é assim de hoje para amanhã que isso acontece. Comigo foi assim.” .

Essa perspectiva permite vincular a saúde do trabalhador a um projeto mais amplo de transformação social:

“E isso que eu acho legal na saúde do trabalhador (...) é tu sentar na comunidade. E ali não entra só a saúde do trabalhador, porque ela vai perpassar todas as outras políticas de saúde. Mas tu vais melhorar a saúde de todos esses trabalhadores fazendo uma análise coletiva. (...) falar em saúde do trabalhador é falar da gestante, é falar da mulher trabalhadora, sonhadora, é falar da saúde do idoso que já foi ou é um trabalhador, é falar de quem tem AIDS, porque é um trabalhador. Então, assim, todas as políticas de saúde perpassam na saúde do trabalhador.”

Essa compreensão ampliada da saúde do trabalhador relaciona-se fortemente com uma compreensão do modelo de saúde pública efetivado pelo SUS:

“quando começou a coisa a andar, a sair do papel, da lei do SUS, sobre a saúde do trabalhador, quem estava governando o Estado era o PT. Então já vinha assim, isso é coisa do PT. Partido dos Trabalhadores e Saúde do trabalhador era uma associação de nomes. Isso trancou muito. Porque eu nunca tive partido político, mas eu cansava de ouvir dizer: lá vem a petista, lá vem a PC do B. Eu nunca fui filiada em partido nenhum. Eu sempre dizia assim: o meu partido é o SUS, porque eu acredito que é um sistema de saúde que se funcionar é um modelo que é de ter orgulho, porque ele é perfeito, quanta coisa boa que ele faz.”

Porém, as dificuldades enfrentadas na implantação dos serviços de saúde do trabalhador na região da Coordenadoria em que trabalhava; a falta de interlocutores; a ausência de pessoas e entidades que participassem dos espaços participativos de gestão; e, as dificuldades com os colegas e os gestores acabaram trazendo muito sofrimento. A entrevistada relata o que sentiu quando, depois de anos luta implantou-se na região uma unidade de CEREST, viu as possibilidades de intervenção a partir desse serviço limitadas:

“A gente não criou para ficar ali bonitinho e não acontecer nada, só fazer de conta que está acontecendo. Foi o que aconteceu. (...) Um dia me ligaram e perguntaram: mas o que é que tu és? Aí eu olhei para as gurias e pensei: eu não sou nada, eu não sou nada. Porque sempre eu dizia eu sou da saúde do trabalhador, e naquele momento que eu estava com uma dor psíquica e eu disse isso: eu não sou nada. Porque era, realmente, o nada que eu estava sentindo (...) do vácuo, da vacuidade. Aquela coisa assim que tu sente num vazio muito grande. E foi assim que eu me senti quando foi passado assim para adoção o filho, do filho de 8 anos [a entrevistada se refere ao CEREST].”

Frente às adversidades, por maior que seja o sofrimento, algumas alternativas são buscadas:

“eu posso te dizer uma coisa, eu sou bem contaminada com a questão da saúde do trabalhador (...) mesmo me sentindo assim descartada, como eu disse, mesmo assim, todo o meu saber, tudo o que eu aprendi nesses anos, ele não vai se apagar. Então eu estou assim trabalhando com a [cita o nome de uma colega de trabalho], que é a coordenadora dos (...) ESF. Então, eu me propus fazer com ela assim trabalhos mais pelo lado psicológico, com os grupos da saúde da família (...) porque é essa estratégia da saúde da família, ela perpassa todas as políticas (...) Então jamais vou deixar de falar sobre a saúde do trabalhador.”

A partir dessas estratégias a entrevistada busca forças para continuar seu envolvimento com a saúde do trabalhador e a afirmação de suas convicções e do que acredita:

“tem um poeminha do Galiano que fala que a utopia está no horizonte, me aproximo dois passos, ela se distancia dois passos mais. Dou mais um passo e o horizonte se distancia dez passos mais. Para que serve a utopia? Para isso, para caminharmos. E eu associo isso sempre com a saúde do trabalhador. Porque se tu acreditas que um dia tu vais conseguir fazer com que as crianças tenham sua infância, como elas devem ter, que não precisem trabalhar, que elas vão ter uma saúde decente porque a parte do corpo delas vai se desenvolver normalmente, não vai ser lesada por trabalho forçado, por peso, enfim, e que o trabalhador não precisa sofrer por trabalho. Eu acho que se gente faz o que gosta, a gente não trabalha, a gente se diverte. Eu acredito nisso, eu acho que é mais ou menos por uma ideologia e uma vontade de ver as coisas mudando”

Na entrevista N. 6 acontece a de viabilização da atuação profissional no campo da saúde coletiva a partir a inserção no funcionalismo público, o que, também aqui, torna correspondente a identidade profissional e a identidade pessoal, formada a partir de alguns referentes culturais como justiça e igualdade. O marco interpretativo da saúde do trabalhador vincula-se de forma mais ampla ao marco interpretativo da saúde coletiva. Porém, a construção de uma identidade social de trabalhadora (“até eu perceber que eu era uma trabalhadora, eu demorei”) e a relevância do marco interpretativo da saúde do trabalhador, mesmo

que inserido no marco mais amplo da saúde coletiva, traz como importante para a entrevistada uma atuação específica nesse campo. No seu primeiro trabalho, na cidade onde trabalhava anteriormente, a equipe com que trabalha e o processo de mobilização em andamento propiciavam à entrevistada os elementos de identificação suficientes para a construção de uma identidade coletiva e, daí, de um pertencimento ao que se configurava, naquela região, como um movimento de saúde do trabalhador. Assim, a identidade social de trabalhador e a identidade social de profissional da saúde tiveram, como correspondente, durante certo tempo, uma identidade coletiva.

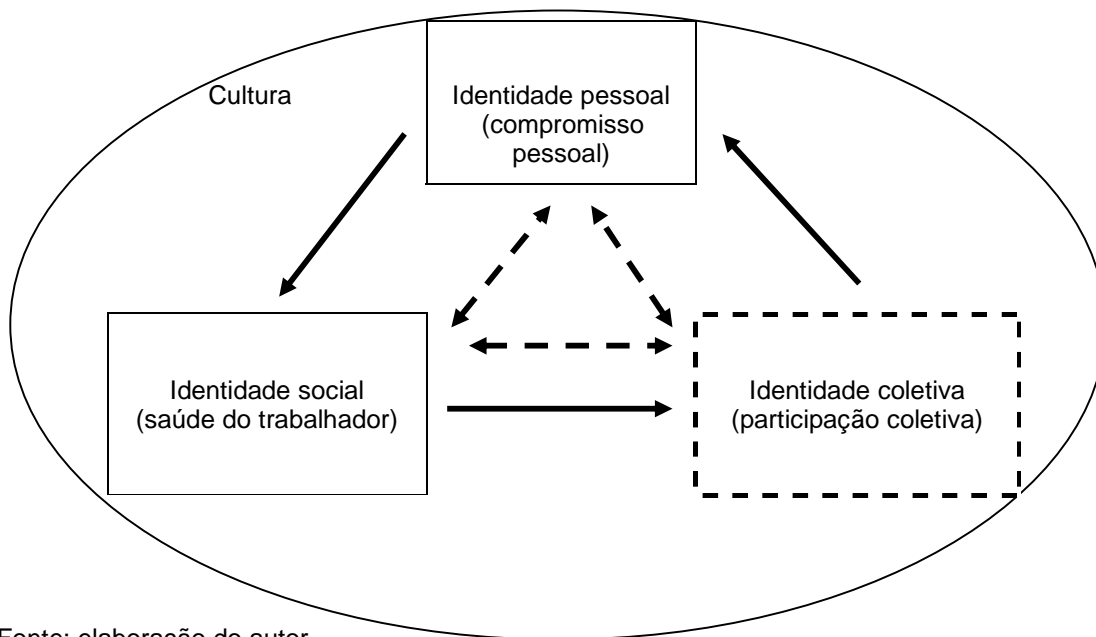
Os referentes trazidos pelo marco interpretativo da saúde do trabalhador alinhados aos referentes do campo da saúde pública (saúde como direito, integralidade, participação social) permitem a formação de uma identidade profissional que se torna correspondente à identidade social e, também, à identidade pessoal, tornado-se inclusive saliente em relação a esta (a entrevistada relata que interpelada por um colega, num momento de conflito com a equipe do serviço onde atuava ela respondeu: “não sou nada porque sempre eu dizia eu sou da saúde do trabalhador”).

No trabalho atual, a ausência de mediadores na equipe e também de processos de mobilização fazem desaparecer esses referentes da identidade coletiva e essa correspondência que até então estava presente, entre as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade. Na entrevista fica evidente o sofrimento associado à perda dessa correspondência. No trabalho atual, as dificuldades de implementação das ações em saúde do trabalhador e de contar com parcerias fortes, principalmente a partir dos espaços de participação como Conselhos e Comissões Internas, têm feito que a entrevistada sinta-se sozinha em relação ao seu trabalho. Essa perda em relação ao seu trabalho é explicitado pela entrevistada quando ela relata as dificuldades que teve depois de sua luta para a implantação de um CEREST na região: “foi assim que eu me senti quando foi passado assim para adoção o filho, o filho de 8 anos”.

Na entrevista N. 6, as impossibilidades de uma identidade coletiva e da realização através da identidade profissional dos referentes de engajamento apresentados pelo marco interpretativo da saúde do trabalhador é fonte de profundo sofrimento pessoal. Isso nos leva a pensar que, nesse caso, em certa medida, a identidade pessoal é fortemente construída a partir da identidade social profissional e das buscas por correspondência entre esta dimensão e a dimensão coletiva da identidade, busca essa que não se realiza.

Novamente, o esquema:

Esquema 9 - Correspondência identitária da entrevista N. 6



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: ← - - - →
 Saliência de uma dimensão em relação a outra: —————→
 Dimensão identitária ausência ou pouco saliente: - - - - -

3.7. Entrevista N. 7

A entrevista N. 7 foi realizada com uma assessora sindical do Departamento de Saúde de um sindicato de uma categoria profissional muito atuante de Porto Alegre, inclusive e principalmente no campo da saúde do trabalhador. A entrevistada nasceu em Santo Ângelo em 1966, onde fez seus estudos do ginásio em uma escola pública. Formou-se em Educação Física em 1987, em Santa Maria, tendo ido para Porto Alegre depois de uma breve estada em São Paulo e novamente em Santa Maria. Em Porto Alegre passou a trabalhar no Sindicato onde atua até hoje. Fez especialização em Saúde do Trabalhador e mestrado em Serviço Social.

A entrevistada relata que durante os estudos de graduação, em Santa Maria, envolveu-se com o movimento estudantil:

“nessa época eu me inseri em movimentos sociais, movimentos dos estudantes, movimento estudantil, partido, fiz parte do PC do B naquela época”.

Esse período de militância e formação política é visto, pela entrevistada, como definitivo:

“Eu, lá nos anos 80, eu entrei em um trilho e ando em cima daquele trilho. Por mais que as vezes tu não sabes muito bem, mas tu te baliza. É, eu acho que é bem isso, capital e trabalho são os trilhos [uma compreensão das relações sociais a partir das contradições entre capital e trabalho], que a gente vai indo em cima disso” .

Após se formar, em 1987, a entrevista foi para São Paulo, onde trabalhou dois anos como professora. Em decorrência do seu casamento, voltou para Santa Maria. Três ou quatro anos depois (1994), foi para Porto Alegre, sendo convidada para trabalhar no Sindicato, no Departamento de Saúde:

“ [a] diretoria aqui no sindicato era [definida pela] proporcionalidade, então cada chapa ocupa as vagas conforme o número de sua votação, e foi o que sobrou porque fizeram menos votos, que foi o pessoal do Pc do B. Então quem fez menos votos pegou [o departamento de saúde], porque ninguém queria a saúde” .

A entrevistada fala do início desse envolvimento com o Departamento de Saúde do sindicato:

“Recebi o convite para trabalhar no sindicato no departamento de saúde, que na época não tinha, estava começando um trabalho, não tinha nem um tipo de produção, nem memória, nem registro de nada. Tinha uma equipe técnica com um psicólogo, um médico e um advogado, que tinha sido contratado para fazer um plantão na quarta-feira. Eu acho que foi um início muito bom, porque desde o início teve essa coisa multidisciplinar. Então não era assim, há! o departamento de saúde do sindicato vai ter uma médica para atender. Nós fazíamos clínica, [mas] em nenhum momento houve essa coisa do médico do trabalho dentro do sindicato. E eu entrei nesse contexto aqui para coordenar esse trabalho, sem experiência nenhuma a não ser o trilho que eu falei, a não ser o trilho”.

A partir desse envolvimento profissional e de militância, a entrevistada direcionou a continuidade de sua formação técnica:

“A partir daí que veio a minha formação em saúde do trabalhador. Aí fui fazer minha especialização na UFRGS de trabalho [saúde do trabalhador]. Fiz muitos e muito cursos sempre voltados para a área de saúde do trabalhador. Participei de Conselho Municipal de Saúde, Conselho Gestor do Centro de Referência. Fui me envolvendo nessa área cada vez mais e daí fiz Mestrado em Serviço Social. A minha dissertação era justamente um estudo da ação do sindicato, das ações do sindicato na proteção da saúde do [categoria]”.

O trabalho no Departamento de Saúde do Sindicato foi, em grande parte, favorecido pelas oportunidades políticas locais da época:

“Peguei uma época que o PT estava na prefeitura aqui, então o Centro de Referência [Centro de Referência em Saúde do Trabalhador] estava à milhões, estava muito ativa, uma época muito rica para Porto Alegre na questão da saúde do trabalhador. [...] apesar da desgraça que foi no campo político, econômico para o Brasil, aqui em Porto Alegre a gente viu os anos 90 (...) um ar diferente do resto do país. A gente foi [fazer] vigilância com o SUS nos locais de trabalho, a gente, nós criamos instrumentos de como (...) avaliar um ambiente de trabalho junto com os técnicos da prefeitura. Então para mim os anos 90 foram anos de escola, acho que aprendi muito, muito. Para mim a minha formação não foi nos anos 80, foi nos anos 90.”.

Essa atuação colocava a entrevistada e sua organização sindical em contato direto com a rede de atenção à saúde do trabalhador que estava se formando naquele momento:

“Os sindicatos encaminhavam. A gente tinha o modelinho de correspondência e encaminhava para a investigação de diagnóstico enexo causal. Então o sindicato era uma espécie de triagem do Centro de Referência. Até essa parte de assistência se fechou, quer dizer. Para entrar no Centro de Referência hoje, tu tens que fazer uma triagem lá dentro. Quer dizer, não é o papel do Centro de Referência. A referência é para fazer em relação à rede”.

A atuação em saúde do trabalhador permitia à entrevistada relacionar dois marcos interpretativos: um advindo de sua formação política desenvolvida ao longo dos anos de formação acadêmica e de militância no PC do B e sustentado

depois junto ao grupo com o qual se articulava no interior da organização sindical e, outro, o da saúde do trabalhador, que fora, em grande parte, também constituído por militantes do PC do B. Entre os elementos comuns a esses marcos interpretativos está o entendimento sobre a relação com o Estado. Para a entrevistada:

“A saúde do trabalhador, ela está inserida, ela age sobre a relação capital e trabalho e isso tem tudo a ver com uma relação ideológica de quem governa. Um governo Fernando Henrique não vai investir em saúde do trabalhador (...) quem define essa área [como prioridade] é responsabilizar quem agride a saúde, aí tem a contradição deles, e eu digo sempre que quem trabalha em saúde do trabalhador (...) não é a saúde da empresa, não é saúde do trabalho, não é saúde e trabalho, é saúde do trabalhador, teu compromisso é com o trabalhador.” .

Assim, na perspectiva da entrevistada, já que situada no centro das contradições entre capital e trabalho, as políticas em saúde do trabalhador dependem fortemente da ação do Estado, a partir de um governo que esteja comprometido com os trabalhadores:

“quando se trata de sindicato, quando se trata de cidade, de município, tu só consegue fazer a saúde do trabalhador acontecer se tiver também vinculada, aí eu me perco um pouco porque em Santa Cruz vocês conseguiram, contra a vontade da prefeitura.

Entrevistador: Da prefeitura, claro, [mas] com o apoio do Estado [do governo do Estado⁵⁴].

Entrevistada: Com o apoio do Estado, que teve que ter um apoio institucional se não tu não consegue, porque isso é determinação política, isso passa pelos conselhos. Por mais que a comunidade seja organizada, tem a via institucional, que tem que amparar essas políticas. Não basta a vontade”.

A importância dessa relação com o Estado explica, em certa medida, a emergência e desenvolvimento em Porto Alegre do movimento de saúde do trabalhador, na medida em que os sucessivos governos petistas na capital gaúcha criaram oportunidades para a ação em saúde do trabalhador:

“O Conselho Gestor era disputado, tinha vários sindicatos que se inscreviam lá e iam disputar quem é que ia ficar no Conselho Gestor [da Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador]” .

Com o fim do governo petista no Estado e, depois, em Porto Alegre, as mudanças nas oportunidades políticas antes abertas por governos de esquerda

⁵⁴ Na época de implantação do Centro Municipal de Referência de Saúde do Trabalhador em Santa Cruz (2002), Olívio Dutra (PT) era governador do Estado.

fizeram-se sentir, principalmente na relação direta entre os sindicatos que desenvolviam ações em saúde do trabalhador e os serviços de saúde do trabalhador da Prefeitura de Porto Alegre:

“Nós tivemos em [19]99, ou 2000 uma liminar na FIERGS que impedia o SUS em Porto Alegre de fazer vigilância. E quando a gente perdeu o governo aqui, a prefeitura, foi assim terra arrasada. O Centro de Referência, nas questões de política de saúde do trabalhador, ficou meramente, se mantém, tem verba de RENAST lá, tem bastante grana, mas ele não tem projeto nenhum no sindicato e tem atendimento, assistência”.

Essas dificuldades acontecem, inclusive em relação aos processos de gestão desses serviços:

“Hoje tu brigas para alguém ir às reuniões. Tu empurras goela a baixo: ‘Tu estás no Conselho Gestor’.”

Essa compreensão da saúde do trabalhador a partir da centralidade tanto das relações capital/trabalho quanto do papel do Estado, relaciona-se com uma perspectiva ampla da saúde do trabalhador a partir de uma crítica ao modelo capitalista de produção:

“Eu acho que ela [a saúde do trabalhador] extrapola a questão de uma luta do movimento sindical. Eu acho que ela é bem mais ampla, porque a saúde do trabalhador toca em todos os aspectos da vida do homem. Todo mundo trabalha ou vai trabalhar. Eu acho que ela é bem mais, até porque ela [envolve] os direitos humanos, a luta pelo meio ambiente, o desenvolvimento sustentável.”

Um exemplo explica essa perspectiva:

“Se pegar a própria história da GM [General Motors] aqui em Gravataí (...) a cidade triplicou de tamanho. A saúde não está preparada para receber tudo aquilo. Aqui mesmo tem um metalúrgico que acompanha o gás, que é um dos adoecidos pela GM. Ele disse que toda a leva que entrou com ele, e olha a GM tem doze anos que está aí (...), centenas de trabalhadores que entraram com ele, estão todos demitidos ou afastados por lesões nos ombros, das esteiras passando. Quer dizer, trouxe doenças. É claro que trouxe o desenvolvimento econômico no modelo capitalista. A gente reconhece isso. Aumentou o PIB da cidade. Mas se fossemos provar ali os impasses nas famílias, esse custo social ninguém levanta. Desse desenvolvimento a qualquer custo. Explorar não só a natureza, mas explorar as pessoas também, principalmente as pessoas, os trabalhadores.”

Perguntada sobre os avanços no campo da saúde do trabalhador no Brasil, nos últimos anos, a entrevista responde:

“Nós tivemos avanços nesse governo Lula nas questões teóricas, de normativos, principalmente na área da saúde, nesse tripé, trabalho, saúde e previdência. (...) A gente viu muita coisa assim de agrotóxico que não aparecia, de contaminação com trabalhadores rurais. Eu estou vendo assim um riquíssimo trabalho na área, desenvolvido

no Ministério da Saúde na questão de saúde do trabalhador. Isso em relação a outros governos” .

Muito embora isso, persistem certas contradições e problemas:

“A questão da saúde do trabalhador tem muita repercussão. Ela tem um entrave. Eu não estou dizendo que está ótimo, que está maravilhoso. Porque a saúde [do trabalhador] fica muito mais designada, infelizmente, a assistência do que a intervenção. Embora a lei diz que ela possa fazer a intervenção, não se consegue. E também não se consegue entrar na parte da recuperação, porque a recuperação da saúde do trabalhador, onde envolve previdência, a saúde [do trabalhador] não tem gestão nenhuma sobre aquilo. .

Para a entrevistada, muito embora existam avanços em relação às normas legais no campo da saúde do trabalhador, a intervenção é ainda em grande parte assistencial, entendendo-se por isso que ela se imita ao atendimento de casos e que não incide nos locais e processos de trabalho. A atuação dos médicos do trabalho dentro das empresas reproduz essa perspectiva da assistência individual. Além disso, as possibilidades de intervenção junto às questões ligadas à previdência social são bastante restritas, quando não violentas:

“Um exemplo: dois anos atrás estava acontecendo aqui em Porto Alegre, acho que em todo o estado também, a história para fazer perícia para LER em membros superiores. Mandavam as pessoas tirarem a roupa e tinha situações extremamente constrangedoras. Teve uma bancária que saiu da perícia e foi para casa e cometeu suicídio, porque ela tirou a roupa, ficou de calcinha e sutiã, com dois homens na sala, dois médicos. Pressupõe que eram dois médicos. Não se identificaram. Não se sabe quem são. Aí olharam ela de frente, e ela era uma mulher assim, 30 anos e poucos, mas muito bonita: ‘agora vira de costas’, e aí ela virou de costas. E eles disseram assim: ‘flexiona o tronco’. É ficar de quatro, assim, com dois homens nas tuas costas. O que é que isso tem a ver com LER nos membros superiores de uma bancária?” .

Além da humanização do atendimento pelo INSS, a Previdência Social é vista como um problema central no campo da saúde do trabalhador. Isso envolve a desarticulação entre os Ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência Social e dificuldades em relação à concessão de benefícios aos segurados afastados do trabalho.

“E quando eu percebo na minha prática que o maior entrave na saúde do trabalhador é o que envolve a previdência, nós tivemos retrocesso, retrocesso. Enquanto há povo lá [para quem] o NETEP [Nexo Técnico Epidemiológico] é o show de bola, assim, o gol mil. Eu e mais alguns companheiros, a gente discute que isso não é bem assim. (...) não veio para a proteção à saúde. Ele [o NETEP] veio num viés economicista, fiscal. Aumentar a arrecadação. Arrecadatório. Então a empresa que levava mais vai restituir o Estado”.

O nexu técnico epidemiológico é apontado como um problema atual no campo da saúde do trabalhador:

“A própria regulamentação do Nexu Técnico Epidemiológico, quer dizer, a própria previdência faz um estudo que poderia ser um avanço para os trabalhadores, poderia mudar a lógica do olhar para acidentes e para as doenças do trabalho, vem no contrabando coisas que vão dificultar a longo prazo. Porque no momento que a empresa vai poder se meter na relação INSS, segurado e seguradora. Porque a lógica [do INSS é] de seguradora, o [a lógica do] INSS não é de seguridade. Isto estabelece que a empresa pode se meter ali. Historicamente, quem perde é o trabalhador. Quem perde é o trabalhador. E essa é uma das coisas que a gente tem levantado. Tem feito muita crítica em relação à isso. E crítica inclusive aos companheiros do movimento sindical, que alguns aí estão esquecendo que estão num movimento sindical.”

A entrevistada cita um caso concreto dessa intervenção:

“No [nome do banco] o gestor é pontuado se não aceita atestado e consegue fazer com que a pessoa não se afaste para não aumentar (...)o trabalho dos jurídicos. Eles estão articulados e nós, do outro, lado estamos batendo palmas, achando que é a sétima maravilha do mundo o NETEP. E tem o setor hegemônico do PT no movimento sindical que bota, que está nas estruturas, acha que isso é um avanço, é a menina dos olhos dos paulistas”.

Essa crítica evidencia uma dissensão no interior do próprio movimento sindical e em relação ao governo federal. Tal crítica aponta, em certa medida, para uma percepção da entrevistada de que as oportunidades políticas abertas por governos petistas quando governo nos âmbitos municipal (Porto Alegre) e estadual (Rio Grande do Sul), não necessariamente tenha se repetido em relação ao governo federal, muito embora os dois mandatos do governo Lula (2003-2006 e 2007-2010).

“[Os] companheiros do movimento sindical, alguns estão esquecendo que estão num movimento sindical. Eles não são governo. Até nessa confusão a gente vê bastante acontecer. Tem visto muito, principalmente nessas questões relacionadas à previdência e trabalho. Já a questão da saúde eles deixam, pode voar e a gente [eles] cortam as asinhas já cedo.”

Muito dessa dissensão é explicada pelas correntes existentes no interior do sindicalismo:

“E ainda voltando à questão. Aonde é que fica o viés das correntes. Pois elas estão aí. Se expressam dessa forma. Agora a alteração da Lei que trata dos benefícios do INSS (...) a gente conseguiu breicar. Nós somos os gaúchos do contra, que vai para São Paulo para brigar com os paulistas. E talvez a gente brigue mais por ter tido mais essa história dos anos [19] 90. Acho que foi uma história diferente do resto do país. Que não tinham nem governo. Nós, teve uma época que estávamos com um estado na mão. A prefeitura

na mão do PT. A grande Porto Alegre era a maior parte das cidades com governos petistas. Então era um diálogo diferente com a institucionalidade, com o governo”.

As diferenças em relação às posições referentes aonexo técnico epidemiológico evidenciam as diferenças no interior do próprio movimento sindical dentro do campo da saúde do trabalhador. Essas diferenças acabam apontando para uma questão da hegemonia entre as correntes sindicais.

“Quem coordena o movimento sindical cutista no Brasil é articulação. Quem tem 90% dos sindicatos, 90 não digo, mas 70 e tantos por cento dos sindicatos cutistas é articulação. (...) Eu sou filiada no PT, mas eu desde que eu saí do PC do B meu lema é: eu tenho que ter liberdade dentro das minhas convicções, do meu trilho. Eu não quero que fiquem me botando cabresto, dentro do meu entendimento, da esquerda. Então isso me permite fazer críticas. Agora, quando tu estás num campo majoritário, num movimento sindical, não existe essa possibilidade. Não que é não existe. Essa possibilidade, a crítica, é muito velada. E eu acho que os companheiros acreditam que está tendo grandes avanços. E quando eu percebo na minha prática que o maior entrave na saúde do trabalhador é a questão que envolve a previdência, nós tivemos retrocesso”.

Decorre, desse processo, uma dificuldade em relação à delimitação dos aliados:

“Os aliados, nem sempre a gente consegue identificar, nem o inimigo. Então tem que ter muita clareza para isso, para tu identificar teus aliados e que uma hora são aliados outra não são”.

Um espaço importante de articulação das ações, de realização de atividades conjuntas e de processos de mobilização, no movimento de saúde do trabalhador em Porto Alegre é o Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador (FSST):

“Como parceria, tem o Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador. Que é uma experiência que eu acho que é bem rica. Que desde 2005 vem juntando em média 20 a 30 representantes do sindicato para discutir questões relacionadas à saúde do trabalhador. Em grande parte das discussões giram em torno da previdência.”

A mobilização de protesto em relação aos abusos cometidos por médicos peritos do INSS foi realizada a partir do FSST:

“A gente fez a discussão no fórum de fazer o ato lá. Levar os atores que tiraram a roupa e ficaram só de roupa íntima (...) A população que estava lá começou a gritar junto: “Pelado não, se o problema é na mão!” Acho que era isso que eles gritavam. E eu me lembro que eu passei um momento de desgaste muito forte para convencer o pessoal do fórum a fazer essa atividade a ponto de descer o cacique lá da articulação e dizer assim: “Gente já tentou mediar isso com a gerência? [gerência do INSS] (...) [Foi] o sindicato que viu os atores, o sindicato que levou carro de som. Esse grupo do fórum foram sem essas bases, e quem levou a gente foi o sindicato [categoria].” .

Essa dificuldade de articulação estende-se para outras temáticas relacionadas à saúde do trabalhador:

“Por isso que eu digo que a questão das correntes, às vezes, é escrachada. Às vezes são governo, como no caso da “alta programada” (...) O campo cutista disse que com a introdução do pedido de prorrogação (...) dá mais direito a recurso, e o movimento sindical estava [contemplado] e aprovava o “alta programada.” .

Ampliando a reflexão para além das articulações no interior do campo sindical, a entrevistada observa:

“Pensando nesse tripé saúde, trabalho e previdência, porque é isso o que sustenta a questão da saúde do trabalhador na institucionalidade, a gente tem conseguido parcerias dentro da institucionalidade, com pessoas. Tu sabes aonde se dirigir. Se tu queres, por exemplo, a atuação do Ministério Público. O Ministério Público é inoperante, Mas lá tu sabes que tem fulano que tu tens que articular para as coisas saírem. Você sabe que na DRT, além da fragilidade da estrutura, de poucos fiscais, tu tens que contar com fulano, fulano e fulano que trabalham, se dedicam, em tudo é isso.”

Sobre o Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador e o período de Porto Alegre:

“Uma vez por mês nós nos reuníamos, às vezes no auditório do INSS, às vezes no auditório do sindicato que era na outra sede, às vezes na DRT. Reunia os diversos sujeitos na questão técnica da saúde do trabalhador. Eu participava, o Centro de Referência, participavam os sindicatos, participava o Coletivo de Saúde da CUT, que era forte na época, participava a Procuradoria da República, o Ministério Público do Trabalho, alguns juízes, o INSS. Então era um grupo que estabelecia alguns protocolos de trabalho. Se lavava muita roupa suja. Estourava sempre a conta em cima do INSS. Mas sempre se conseguia alguns avanços. Se conseguia pelo menos que cumprissem a lei. Não se trabalhava no caso a caso, mas virava e mexia, aparecia um caso. Quase sempre aparece.. Foi um momento que eu acho bastante rico. Por isso que eu disse o nosso apogeu aqui em Porto Alegre foi os anos 1990 até 2003 por aí. Em que ano que nós perdemos a prefeitura? 2004. É, o início dos anos 2000, foi muito vivo a questão da saúde do trabalhador aqui.” .

O momento atual é visto a partir da ausência de oportunidades políticas no âmbito local e com um tipo de demanda do âmbito nacional que não necessariamente significa abertura de oportunidades políticas, muito embora o governo federal seja do Partido dos Trabalhadores:

“Não tem mais espaço, não tem espaço mais nenhum. Desempoderaram o sindicato. Eu acho que essa coisa de confundir. Aí entra o papel da corrente hegemônica do movimento sindical cutista. Essa coisa de confundir, nós somos governo. Eles abriram mão de fazer luta sindical, a boa luta sindical, digamos assim, porque ficou uma relação hoje de [luta pela] remuneração. A grande pauta hoje é a redução da jornada e melhoria do salário.”

Muito embora o contexto, a luta e a militância estão fortemente presentes:

“Talvez agora nós tenhamos que retomar isso, mas aí paramos no cavalo cansado de guerra, cavalo velho cansado, e [a partir] dessas barreiras também. Em relação à prefeitura. Mas está todo mundo mais focado para questão econômica da saúde do trabalhador, que rebate na previdência, que acaba deixando a briga do SUS, que é aonde se fundamenta a saúde do trabalhador, como segundo plano. A gente não dá conta de responder à demanda da fragilidade da seguridade social, da falta da seguridade. Então um movimento sindical que tem trabalho na área da saúde do trabalhador não dá conta de atender essa demanda.”

A luta a militância, muito embora todas as dificuldades e mesmo as circunstâncias não apresentarem as melhores oportunidades para a atuação, é vista como um elemento organizador da própria vida pessoal:

“Quem se torna referência na área de saúde do trabalhador, tem militância, ou tem uma longa estrada e (...) tu vais produzir conhecimento. Aí tu vai para a universidade, sai do dia-a-dia”. .

De uma militância, porém, que extrapola a dimensão individual e incorpora a ação coletiva:

“É esse o caso quando te tocas o drama do indivíduo. Tu queres mudar a realidade e aí tu tens a segunda etapa do teu trabalho que é a tua militância. É de tu ires construir o Fórum Sindical para enfrentar o problema. Aí tu vais para luta coletiva. Eu acho que a militância se dá na luta coletiva”.

Uma ação coletiva, no entanto, que permanece orientada por uma perspectiva pessoal:

“Um discurso que eu faço e brigo muito aqui dentro do sindicato é que a nossa dedicação tem que ser muito maior, que a nossa responsabilidade é maior do que outros trabalhadores em outras áreas. E eu acredito que a metade dos funcionários do sindicato não gosta de mim, pode ter certeza. Acho que tem que trabalhar bem, tem que atender bem. E não é porque em qualquer lugar que eu for eu vou trabalhar do mesmo jeito, ser eficiente em qualquer lugar. Aqui a gente tem que ser mais eficiente justamente pelo, como diria a minha mãe, é dinheiro sagrado que é”.

A entrevistada N. 7 relata ainda nos anos de juventude, durante o curso universitário, a formação de uma concepção de mundo e das relações sociais a partir das contradições entre capital e trabalho e que estará presente como “pano de fundo” ou como “trilho” para si até hoje. Os referentes políticos que são tornados salientes pela identidade pessoal constituem-se a partir e de forma concomitante à militância partidária (militância no PC do B), o que permite uma correspondência entre os referentes políticos da identidade pessoal e a identidade coletiva.

A entrevistada, na medida em que desenvolve sua trajetória profissional, estrutura também sua identidade social a partir de referentes políticos. Há uma reorganização da identidade social profissional. Isso acontece através de uma conversão da identidade social profissional, ou, o que parece ser similar, de uma configuração da identidade social profissional baseada na subordinação da “identidade para os outros” à “identidade para si”: a graduação em educação física é reorientada para uma especialização em Saúde do Trabalhador e um mestrado em Serviço Social, onde o tema trabalhado foi saúde do trabalhador (DUBAR, 2005, 140). Ou seja, é a partir de um projeto profissional pessoal – o dedicar-se ao tema saúde do trabalhador, vincular essa dedicação ao trabalho sindical e à militância sindical – que a identidade social profissional aparece subordinada. Esse projeto profissional pessoal parece ser formado, no entanto, a partir da saliência dos referentes políticos presentes na identidade pessoal e da correspondência entre essa identidade pessoal e a identidade coletiva. Produz-se, a partir do projeto profissional, a correspondência entre essas duas dimensões identitárias e a identidade social.

O marco interpretativo da saúde do trabalhador, convergente ao marco interpretativo da orientação político-ideológica da entrevistada, garante que a saúde do trabalhador apareça como a orientação política que sustentará a identidade coletiva a partir do pertencimento ao sindicato, mesmo sendo nesse caso assessora sindical.

Desta forma, para a entrevistada N. 7, a atividade de assessora sindical atuando no campo da saúde do trabalhador consolida a identidade social profissional, justifica e demanda necessidades de formação e qualificação profissional. A especialização e o mestrado tematizando esse campo evidenciam isso. A identidade social profissional, assessora sindical em saúde do trabalhador, aparece como correspondente à identidade pessoal (e, de forma mais específica, as referentes políticos da identidade pessoal) e à identidade coletiva (sindicato). O alinhamento entre os marcos interpretativos da saúde do trabalhador e das orientações políticas que compartilha (organização da sociedade a partir do modo

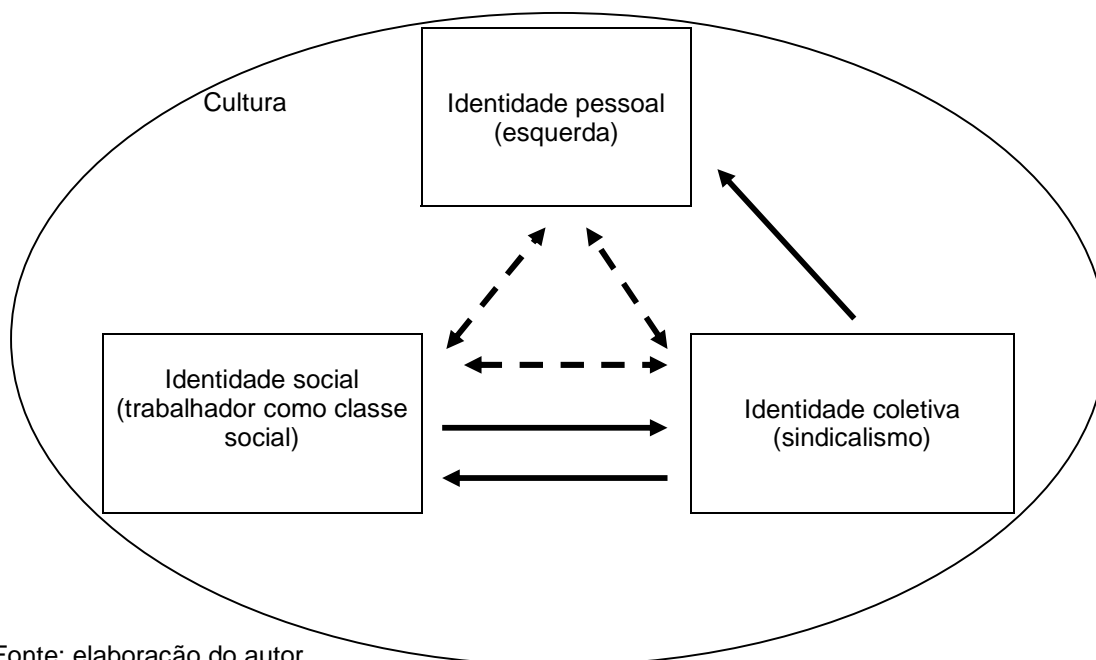
produtivo capitalistas, das relações de trabalho fundadas na exploração e na conscientização e organização dos trabalhadores) e entre esses e o campo sindical onde atua tornam possível a manutenção da coerência da identidade política tendo como referente principal o engajamento no campo da saúde do trabalhador.

A identidade social não se resume, no entanto, à identidade profissional. Na entrevista N. 7, a noção “trabalhador” aparece como uma categoria social que a partir dos marcos interpretativos utilizados pela entrevistada permite estabelecer categorizações baseadas em similaridade e de diferenciação (TAJFEL, 1982, 59). Trabalhador (identidade social) localiza a entrevistada em relação à classe social e em relação ao seu coletivo de pertença (identidade coletiva). Esse é outro aspecto que corrobora, no caso dessa entrevistada, a correspondência entre as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade. Assim, os referentes políticos presentes na identidade pessoal, na identidade social e na identidade coletiva permite a consolidação de uma identidade política mantida ao longo do tempo.

O alinhamento dos marcos interpretativos a partir dos referentes presentes em cada uma dessas dimensões identitárias, serve, também, para dar sentido aos referentes utilizados para a construção da identidade pessoal, baseada na responsabilidade, no compromisso e na dedicação. Sua fala expressa essa identidade pessoal: “Aqui [no sindicato] a gente tem que ser mais eficiente justamente pelo, como diria minha mãe, é dinheiro sagrado que é [o dinheiro dos trabalhadores que sustenta o sindicato]”. Muito isso embora não tenha sido explorado na entrevista, outro elemento que evidencia a saliência da identidade pessoal política e da identidade coletiva é o fato de que os entrevistados N. 8 e N. 7 são marido e mulher (ambos atuam na mesma organização e no campo da saúde do trabalhador).

O esquema a seguir apresenta as relações de correspondência e saliência identitária:

Esquema 10 - Correspondência identitária da entrevista N. 7



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: ← - - - →
Saliência de uma dimensão em relação a outra: —————→

3.8. Entrevista N. 8

A entrevista N. 8 foi realizada com um dirigente sindical de um sindicato de uma categoria profissional em Porto Alegre. O sindicato em questão é bastante reconhecido no Estado por sua atuação no campo da saúde do trabalhador e, inclusive, por sua participação na formação desse campo. O entrevistado nasceu em 1962, em Julio de Castilhos (RS), e trabalha desde 1982. Fez o curso de técnico em segurança do trabalho e atualmente está cursando Ciências Sociais na

UFRGS. Segundo relata, já passou por 6 ou 7 empresas⁵⁵. Atualmente está vinculado a uma grande empresa privada. Em 1986 entrou na diretoria do sindicato, tendo ficado, nesse primeiro momento, até 1990. Sobre o início de sua militância sindical, o entrevistado relata:

“Eu comecei militar eu nem sabia, eu te digo tinha 19 anos. (...) naquele período, [19]82, que a gente começou ter muita manifestação de rua lá, começou a abertura, por exemplo, na esquina democrática estavam os caras vendendo jornalzinho meio clandestino (...) eu não tinha muita noção de partido comunista. Eu tive uma adolescência muito alienada, mas eu entrei no [empresa] e comecei a trabalhar e um colega meu [disse] vamos à assembleia do sindicato, até foi a renúncia do presidente [do sindicato], foi uma briga. Lá estavam o Fortunatti e o Olívio.”

A militância sindical foi um espaço de socialização e formação política do entrevistado.

“Em [19]82 ele [Olívio] concorreu a governador. Eu tive acompanhando ele. Daí, sei lá, eu fui pra Assembleia [do sindicato], daí fui trabalhar. Aí começou os caras lá do sindicato, os da diretoria e a militância, na minha [empresa], aí companheiro vou levar um boletimzinho e tal, comecei a participar quando eu vi eu estava na chapa em [19]84.”

A partir de sua inserção no sindicato é que se dá seu processo de formação política:

“Eu não tinha uma formação política anterior assim, foi meio espontâneo (...), e é um problema que tem que se refletir melhor porque eu não sei explicar. Aí comecei a ver, no meio da eleição começaram a brigar, aquela disputa. Depois sei que era o racha do MEP. Eu fiquei sabendo depois que eu estava numa chapa que era o MEP, Movimento de Emancipação do Proletariado, que estava lá e racharam, e eu descobri depois”

Esse processo de inserção e formação se intensifica, gradativamente:

“Perdemos a eleição. Eu fui pra rua. Mas daí tu começa conversar. Começa entender. Vai ler. Aí eu li uns livros do Che Guevara, do ex-companheiro Gabeira, o primeiro livro. Aí tu vai se entusiasmando. Eu acabei entrando. Um colega meu, amigo meu, que é médico, era estudante de medicina na época [me convidou] e quando eu vi entrei no PC do B.”

A inserção no partido político possibilitou uma militância mais organizada:

“Eu acabei daí entrando no PC do B. Uma militância mais organizada, Num partido. Numa corrente política. Aí tu tinha que fazer reuniões. Tinha que ler. Eu acho que li tudo que é (...)”.

⁵⁵ Para preservar o anonimato do entrevistado, optou-se por omitir o ramo de atividade das empresas onde ele trabalha.

Por divergências, em 1990 o entrevistado sai do PC do B e entra no PT, partido no qual está até hoje. Sobre essa militância considera que:

“sou do PT, estou no PT, mas não tenho assim, não é que nem aquela militância, de reuniões e tal, até porque hoje não tem essa exigência, mas eu estou no partido”

Sua trajetória política, apesar de sempre ter estado presente a participação partidária, é mais identificada com o sindicalismo:

“Eu tenho uma trajetória mais sindical. Fui da executiva da CUT estadual. Cheguei a concorrer a presidente da CUT. Então a minha trajetória foi muito sindical. Mas não sindicaleiro. Sindicalista. Tenho a compreensão da importância da questão partidária e (...) mas mesmo no PC do B eu atuava no sindicato, tinha a base dos [categoria do sindicato]”.

Seu envolvimento com o campo da saúde começa em 1993, quando retorna à diretoria do sindicato.

“A eleição do sindicato nesse período, [19]93, era proporcional, tinham 4 chapas a composição da diretoria não era quem fazia mais votos, era proporcional à votação. Então eram 4 chapas, senão me engano, aí cada um escolhia.”

Nessa composição, o entrevistado assumiu a diretoria relacionado à saúde do trabalhador:

“eram 13 diretorias, como sobrou a última diretoria (...) a saúde e a assistência social, que tinha [plano] odontológico (...) sobrou a saúde, mas não é nada, vamos ver o quê a gente faz.”

O entrevistado relata que até então não tinha experiência com o campo da saúde do trabalhador:

“No imaginário o que pode fazer a saúde do trabalhador é a CIPA [e o sindicato] com o cuidado odontológico, na época, que era assistencial. Mas daí a gente começou. Porque eu lembro a gente começava falar: Cat, Cati, Cátia, eu pensei deve ser a Cátia, a funcionária, alguém, eu não tinha noção do que era uma CAT”

Seu envolvimento com o a diretoria sindical o levava a querer se apropriar das discussões sobre saúde do trabalhador:

“LER, eu não tinha noção. Mas tinha vontade, sei lá, de uma militância. A gente conseguiu aprovar na diretoria a contratação de uma assessoria [nome da pessoa] que era psicólogo, a doutora [nome da pessoa] já trabalhava no sindicato e mais o advogado específico pra isso”.

Além do contato com técnicos que atuavam no campo da saúde do trabalhador a partir do sindicato, o contato direto com os trabalhadores, no

cotidiano do trabalho sindical foi fundamental para a apropriação das questões presentes no campo:

“Começamos a aprender mesmo sobre a saúde do trabalhador foi com os trabalhadores. Porque nós vamos fazer o quê? Pela convenção a gente começou, [as empresas] mandavam as comunicações de acidente de trabalho, eram obrigados a mandar cópias das pessoas afastadas com CAT, na época. O que nós fazíamos? Pegávamos as comunicações e mandávamos uma cartinha [para os trabalhadores] (...) ó o sindicato está a sua disposição”

Além disso, ações diretas de divulgação do sindicato e das ações em saúde do trabalhador foram importantes para aumentar a demanda:

“A gente fez muito cartilhas, jornalzinho sobre saúde, começamos a distribuir. Na categoria isso ajudou bastante. Ajudou bastante a ter mais fluxo [de pessoas ao sindicato]”.

A atuação passou a se dar a partir dos problemas que os próprios trabalhadores traziam:

“Começaram aparecer algumas pessoas no sindicato, com seus problemas, dificuldades com a previdência social (...) A gente aprendeu acompanhando esses casos, brigando, levando à DRT, achando os caminhos, mediação, denúncia no Ministério do Trabalho. A gente começou a conhecer alguns fiscais. A questão da previdência, brigar com a previdência”

Essa demanda orientou a ação a partir do sindicato:

“Então houve, foi legal porque teve muita ação concreta. É aquela história, ação concreta, demandava pesquisa”

Gradativamente foi se constituindo a saúde do trabalhador como uma linha de ação importante no próprio sindicato:

“No sindicato a gente conseguiu avançar, em [19]93 foi a última escolha na diretoria, e [19]96 foi a primeira. Esse período de 3 anos foi muito intenso, que todo mundo queria a saúde”

Essa atuação mobilizou e incluiu sindicalistas na direção do sindicato:

“Foi o espaço que mobilizou a gente, a envolver pessoas. Foi esse pessoal que participava da saúde aqui, que acompanhava, começou atuar no sindicato. E muitos entraram na diretoria em [19]96”

Ao longo do tempo, como uma forma de responder à demanda, a atuação do sindicato foi se institucionalizando:

“Hoje, aqui no nosso sindicato, a saúde do trabalhador tem um espaço. Mas acho [que] hoje não há um envolvimento. Na minha opinião não há um movimento. Eu acho que o

movimento sindical, o nosso sindicato, está bem melhor que a média. Mas eu sinto assim muito burocratizada, institucionalizada, falta de envolvimento”.

Dentre as várias atividades que o sindicato desenvolve, está a assistência jurídica aos trabalhadores e grupos de saúde do trabalhador. Sobre essas atividades o entrevistado relata:

“Não é uma assistência. É uma obrigação do suporte jurídico para enfrentar o que se [apenas] individualmente o cara está ferrado. Como é que um trabalhador individualmente vai enfrentar toda uma estrutura patronal (...) Para enfrentar a previdência social (...) o perito está ali é para evitar que as pessoas tenham acesso aos benefícios da previdência. E é uma estrutura poderosa. Sozinho está ferrado. O cara vai adoecer. Vai morrer. O sindicato tem a obrigação de dar esse suporte. Inclusive material, estrutural. Tem que ter advogados, mas não basta só isso”.

O atendimento individual acontece a partir do trabalho com os grupos, que é o que permite produzir uma compreensão sobre os adoecimentos que estão acontecendo.

“O caso é individual. Essa pessoa que está aqui doente está expressando (...) a exploração do capital sobre o trabalho, ele está expresso no corpo e na alma. Então tem que compreender o indivíduo enquanto indivíduo, quanto ao seu problema singular, mas também que ele está encarnando ali um contexto.”

A ação em saúde do trabalhador acontece, também, a partir da organização nos locais de trabalho. Foi o que aconteceu com as LER/DORTs, a partir de algumas CIPAs:

“Essa luta da LER acho que foi o exemplo do que foi o movimento, a partir do movimento concreto dos trabalhadores, ajudado, auxiliado pelo técnico da teoria. Mas não aquela coisa distante, foi um processo de interação”.

Esse processo culminou com a criação dos grupos de LER no sindicato:

“começaram a aparecer as pessoas e aí ficava, chama acolhimento (...) eram vários problemas de saúde, problemas com a previdência (...) os problemas que vêm aqui são todos iguais (...) então tu ia resolvendo problemas localizados (...) Então, se chega um grupo de vinte pessoas com problemas semelhantes, ele [a pessoa vê], poxa não é só eu, o problema não é eu. Isso foi legal, foi crescendo e acho que o conceito é resolver o problema das pessoas. O sindicato está aqui, botamos advogados, vamos lá na DRT, vamos negociar”.

A partir da experiência do grupo, o entrevistado elabora uma compreensão sobre a relação entre saúde do trabalhador e sindicato:

“Saúde do trabalhador é uma abordagem sobre os trabalhadores. Portanto o sindicato é um palco essencial nesse processo. E nesse período (...) o sindicato incorporou muitos

técnicos (...) que ajudaram a formular [uma forma de atuar], na época a referência era o modelo italiano, era a grande referência.”

Esse processo, ao longo dos anos, foi sendo incorporado pelo sindicalismo de forma geral:

“Hoje a maioria dos sindicatos têm departamento de saúde do trabalhador. Tem muitos seminários, eventos. Tem ação. Já avançou bastante. Hoje o movimento sindical aborda esse tema. É um dos temas centrais. Ainda não consegue ser a prioridade, que na minha opinião tinha que ser uma das prioridades do movimento sindical, ao discutir a saúde do trabalhador tu consegue fazer abordagem de todos os elementos de uma verdadeira ação sindical, até remuneração.”

O entrevistado observa, porém, um refluxo nos dias atuais:

“Hoje tem um monte de assessor sindical na área, tem muito mais do que na década de [19]80, só que eu vejo assim a efetividade disso, eu acho que está faltando, está institucionalizado, isso não está gerando avanços inclusive [em relação ao] que nós temos avançado nos últimos tempo a nível de legislação” .

Para o entrevistado, uma perspectiva pragmática do sindicalismo tem restringido a luta sindical à luta por melhores salários, pela redução da jornada de trabalho.

“Sempre nos fóruns eu defendo, eu acho muito mais importante seria conseguir representação nos locais de trabalho do que 40 horas por exemplo. Porque se tu tiveres representação nos locais de trabalho com garantias e tal, tu vais conseguir mobilizar para as 40 horas. Senão tu tens que mendigar.”

Isso tem provocado, ou ajuda a explicar, um certo enfraquecimento na luta pela saúde do trabalhador:

“na década de [19]80 o movimento era muito vivo, digamos o movimento compensava. Hoje as estruturas compensam, as demais estruturas. Mais instituições do que o movimento.”

Na época da reforma sanitária o movimento de luta pela saúde o trabalhador era mais forte:

“Existe um movimento da saúde do trabalhador mas com muito altos e baixos. O movimento da reforma sanitária foi fortíssimo. O movimento sindical sempre incorporou. Mas não foi só o movimento sindical. Vários setores sindicais se envolveram nesse processo colocando a saúde do trabalhador como algo importante.”

Disputas no interior do movimento sindical também explicam esse arrefecimento:

“na década de [19]80, tinha as disputas de corrente,mas tinha um movimento concreto aí que unificava. Quando bota a massa, quando tem pouca gente, as correntes ficam lá

marcando posição. Hoje o movimento não está conseguindo mobilizar as massas, então isso frutifica essas questões menores e não conseguimos ainda achar o alvo.”

Houve, então, um processo de esvaziamento e institucionalização do movimento de saúde do trabalhador.

“Hoje está muito mais para instituições do que movimento, eu acho que o processo de movimento está se esvaziando na luta pela saúde do trabalhador. Está muito institucionalizado. Movimento é envolver os trabalhadores. É mobilizar os trabalhadores. Hoje é muito negociata lá nos gabinetes, projetos de lei.”

O entrevistado identifica como as principais lutas hoje a questão da previdência social e as perícias médicas:

“Os médicos peritos são organizados, a Associação Nacional dos Peritos. Então isso que torna mais difícil. Se fosse o indivíduo médico, é mais fácil enfrentar. Tu vais ali e denuncia. É a forma como está estruturado, e o nosso Estado, muda governo e tu não tens correlação de força para mudar essa situação.”

Isso evidencia que os oponentes, também, se tornaram mais complexos:

“Até nisso hoje está difícil. Os patrões. Quem são os patrões? Hoje tu não sabes quem é que briga. São investidores, milhares e milhões, que têm um representante desses investidores (...) mas não é palpável nem o teu inimigo. Isso se torna muito mais difícil, muito mais complexo”.

Muito embora isso, têm-se aliados: as universidades, pessoas e alguns órgãos públicos. Há, também, um papel a ser desempenhado pelo Estado:

“Tinha que ter uma política de governo, de Estado para a saúde do trabalhador (...) hoje tem por exemplo a disputa de competência. Daí fica, o Ministério do Trabalho faz uma coisa, o Ministério da Saúde faz outra, o Ministério da Previdência faz outra. (...) a sociedade tinha que dar um olhar, priorizar isso, é um desafio do movimento sindical é dar visibilidade pra isso, porque é uma tragédia.”

Ou seja, mesmo com o papel do Estado de elaborar e executar uma política de saúde dos trabalhadores, a participação dos trabalhadores é um elemento fundamental:

“o Sistema Único de Saúde tem lá nos seus preceitos a questão dos trabalhadores, a participação dos trabalhadores, é essencial uma política preventiva. Vamos dar poder de fiscalização para os sindicatos. O sindicato tem 2000 e tantos, não tem município que não tenha sindicato. Agora, fiscalização do SUS, muitos não tem DRT. Porque não dar uma prerrogativa para os sindicatos? (...) Porque isso seria dar consequência ao conceito do SUS, está lá a questão da participação do trabalhador.”

Nesse sentido as Conferências de Saúde são um instrumento importante, mas insuficiente:

“Eu acho que são importantes as conferências, até para ter síntese e sistematizar demandas, necessidades. Mas não sai do papel. Claro que não é fácil sair do papel. Mas a gente não consegue criar o movimento. E eu volto à questão do movimento”.

O momento atual do movimento de saúde dos trabalhadores é compreendido a partir de uma leitura mais ampla das relações sociais:

“Então é uma briga. É uma briga contra um sistema que está construído para que o trabalhador não seja empoderado pelo sistema. Pelo contrário. É pra proteger as empresas, a lógica do capital. É esse o sistema. Não tem como fugir. É essa a realidade.”

E é, a partir dessa compreensão, que o entrevistado localiza sua ação atual no campo da saúde do trabalhador:

“Eu estou sempre envolvido aqui no sindicato. Até eu penso a militância sindical, a ação sindical, numa totalidade. Não é só a saúde do trabalhador. Eu sempre digo assim, a estrutura, o departamento de saúde, o departamento de cultura, departamento de comunicação, isso é feito para organizar.”

A partir disso, o entrevistado tem direcionado suas ações atuais para o tema da cultura:

“[estamos criando] cooperativa de consumo de bens culturais [nas empresas], reunindo os [membros da categoria]. Cultura tem à ver com saúde, cultura tem à ver com o meio ambiente. Aliás, hoje tem uma reunião sobre questão ambiental, então acaba sendo um todo. E compreender a mudança na lógica da saúde é mudar uma cultura da sociedade”.

O entrevistado N. 8, a partir de sua inserção no mundo do trabalho e por convite de um colega, passou a participar do sindicato de sua categoria e logo em seguida de um partido político (PC do B). Esse processo foi lhe permitindo, gradativamente uma formação político-ideológica que tinha como principal referencia a crítica à exploração do trabalho no capitalismo.

Na entrevista N. 8, a interpretação que o entrevistado faz de sua juventude como “alienada”, dá, em certa medida, a dimensão que a formação política e os processos de participação sindical e partidária tiveram em relação à sua percepção de si. A socialização política a partir de sua inserção no sindicato e no partido político tornaram necessária uma reorganização da identidade pessoal.

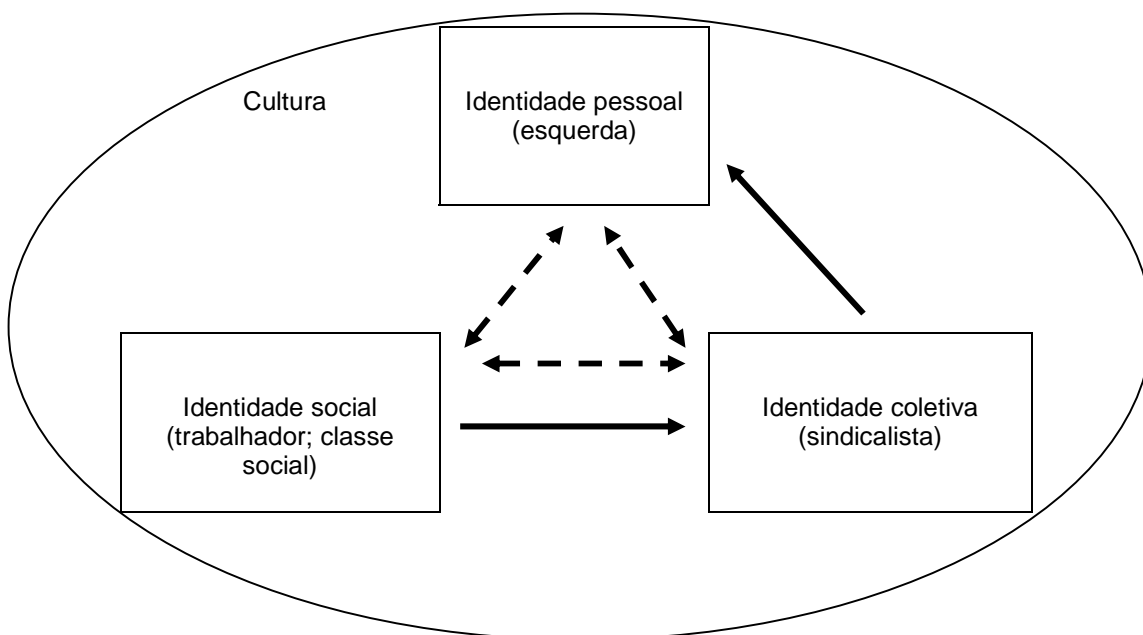
Na medida em que os referentes políticos que passaram a compor a identidade pessoal e a participação no sindicato e no partido foram se consolidando, a identidade coletiva em curso tornou-se correspondentes à identidade pessoal e à identidade social (sindicalista, esquerda, trabalhador).

A correspondência entre essas três dimensões identitárias depende, nesse caso, de uma saliência no interior da identidade social da identidade trabalhador em detrimento da identidade profissão (categoria profissional que o define como trabalhador: professor, metalúrgico, bancário, etc.). É pela saliência da identidade social trabalhador que a identidade coletiva se forma (sindicalista) e que se mantém a saliência da identidade política pessoal (esquerda).

O marco interpretativo de crítica à exploração capitalista converge à interpretação que justifica e dá sentido à ação sindical. A emancipação dos trabalhadores vai além da saúde e incorpora, por exemplo, a cultura. O engajamento transcende o engajamento específico em saúde do trabalhador mas não entra em contradição com esse engajamento.

O esquema a seguir apresenta as relações de correspondência e saliência identitária:

Esquema 11 - Correspondência identitária da entrevista N. 8



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: ← - - - →
 Saliência de uma dimensão em relação a outra: →

3.9. Entrevista N. 9

A entrevista N. 9 foi realizada com uma sindicalista de Santa Cruz do Sul. A entrevistada nasceu em 1970, é natural de uma pequena cidade da região norte do estado e veio morar em Santa Cruz aos 18 anos para cursar a faculdade de Educação Física. Na época já trabalhava na atividade em que depois passou a atuar como sindicalista. Ela tem pós-graduação em Atividade Física e Saúde mas nunca atuou nessa área. Seu envolvimento com o sindicato aconteceu a partir de 1995, participando primeiro de um grupo de mulheres e depois de seminários e reuniões. A entrevistada não participou de atividades estudantis e em 1997 filiou-se ao Partido dos Trabalhadores. A partir de 1999 passa a atuar como liberada no sindicato. Ela relata o início de seu processo de participação:

“na época [1995] também já existia um grupo de mulheres, que era um grupo que se chamava Mulher e Cidadania, que a [nome da pessoa] coordenava e eu gostava muito desse grupo. (...) Eu participava desse grupo que era uma coisa independente do sindicato, independente de partido. Mas na época eu estava trabalhando no banco ainda e participava desse grupo. Mas no começo eu fiquei com bastante medo. Na verdade eu fui liberada quando houve uma vaga de uma dirigente que foi embora para São Paulo.”

Sobre o seu trabalho na empresa e o trabalho atual no sindicato, a entrevistada relata:

“É bem diferente aqui. [na empresa] tu tens um ponto para bater a hora que sai e que entra, aqui não tem. (...) O trabalho [na empresa] te dizem o que tu tens que fazer, tu fazes todo dia a mesma coisa. Tu tens tuas metas semanais que tem que cumprir (...) Aí tu vens pra cá (...) É um trabalho diferente, porque o trabalho não aparece. Você tem que procurar ele. Sabe o quê que eu fiz quando eu fui liberada para o sindicato? Foi a primeira coisa que eu fiz em [19]99 quando eu fui liberada. Eu peguei o livro “O que é sindicalismo?” [a entrevistada cita outros livros] para entender. (...) porque tu sai do local onde tu és explorado (...). Então é bem complicado. Eu cheguei a levar um ano para começar entender realmente qual é o papel do dirigente sindical e o comprometimento também.”

A filiação ao Partido dos Trabalhadores foi feita por um colega de categoria profissional:

“Eu fui filiada ao Partido dos Trabalhadores, acho que em [19]97 (...) Eu me filiei a convite [de uma pessoa] que eu conhecia na época. Ele era presidente do sindicato. Então eu fui convidada e tinha uma simpatia muito grande por ele.”

O início da atuação no campo da saúde do trabalhador se deu a partir de sua atuação com liberada para o sindicato:

“Eu fui liberada para o sindicato no final de [19]99 e o sindicato já tinha uma preocupação nessa grande luta da saúde do trabalhador com [nome da sindicalista, a mesma que a levou a participar do grupo de mulheres] que era dirigente sindical liberada. Quando eu vim liberada para o sindicato eu acompanhei um pouco desse trabalho (...) e acabei assumindo, embora não seja meu cargo assim especificamente, porque eu sou coordenadora de política sindical. Então eu cuido mais da parte da saúde e gênero.”

A entrevistada fala de sua atuação como sindicalista no campo da saúde do trabalhador:

“Eu li assim bastante, mas tem um curso de especialização de saúde do trabalhador em Porto Alegre que eu fiz [em 2002] Foi um curso de extensão em Novo Hamburgo. (...) E nesse curso incluía tudo: sindicalismo, sociologia, a história do movimento sindical, do próprio trabalhador. Era um curso bem amplo, vigilância e saúde, era muito bom (...) O público era bem variado. Do movimento sindical era só eu, que eu me lembro.”

Ao longo desse tempo, a entrevistada tem participado de outras atividades de formação, como seminários sobre saúde do trabalhador, que a federação da categoria promove. Essas atividades geralmente, “são de um dia, extenso como esse [o curso que realizou em 2002], não”.

A entrevistada fez um curso de pós-graduação em Atividade Física e Saúde, em 2001. Ela já estava no sindicato e o tema da pós-graduação foi sobre atividade física na vida das mulheres com problema de LER/DORT. Sobre o que levou a entrevistada a fazer a pós-graduação, ela relata:

“Pensando em conhecer um pouco dessa rotina das trabalhadoras. Não pensando na minha formação, em um dia dar aula. Eu nunca pensei em dar aula. Eu fiz a Pós, mais pensando no conhecimento.”

Na medida em que assume as atividades voltadas à saúde do trabalhador, a entrevistada se insere na rede já existente na cidade:

“A [nome de pessoa] tinha participado de toda essa construção junto com outros sindicatos, a intersindical que chamavam na época. (...) A [nome de pessoa] tinha participado de vários seminários sobre LER/DORT. Então ela tinha esse contato com os outros sindicatos sobre a temática e eu acabei acompanhando e gostando desse assunto, tanto do gênero como de saúde do trabalhador, e acabei assumindo bem o papel que a [nome da pessoa] tinha no sindicato.”

A partir dessa articulação é que as ações vão adquirindo sentido:

“E quando eu vim para cá, o grande o foco do movimento era ter uma Unidade de Saúde do Trabalhador ou um Centro de Saúde do Trabalhador em Santa Cruz. Então eu acabei acompanhando esse movimento.”

A partir da inserção no sindicato, passa a ocupar certos espaços:

“E acabei ficando, participando a partir de 2001 no Conselho Municipal de Saúde. Criamos dentro do Conselho essa Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador. E a partir daí a gente foi se envolvendo com esse movimento.”

A partir dessa atuação, a entrevistada percebe a importância do campo da saúde do trabalhador em Santa Cruz:

“Dá pra se dizer que uma das maiores bandeiras, não digo a única, mas a bandeira que mais une o movimento sindical, e você sabe que tem diferença entre um sindicato e outro, que tem os sindicatos criados pela CUT e outros que não são, é a saúde do trabalhador. O sindicato se une mesmo. (...) E é uma realidade que se tem hoje em todas as categorias, as pessoas vão adoecendo, acidente de trabalho (...) A saúde do trabalhador chama, porque é uma demanda que dá direto em todos os sindicatos.

A entrevistada relata que as atividades que o seu sindicato desenvolve em saúde do trabalhador envolvem ações de assistência jurídica e acompanhamento a casos individuais, inclusão de cláusulas nos acordos e negociações coletivas, divulgação em rádios e jornais, inclusive através dos jornais e boletins do próprio sindicato. O sindicato não realiza atividades diretas de assistência médica aos associados. Sobre isso, a entrevistada fala:

“Tem sindicato que vê isso como uma forma de estar atraindo os trabalhadores pra sindicalizar. Nós temos uma categoria que são pessoas mais esclarecidas e acho que tem atendimento melhor (...) Cabe a gente estar explicando no momento que vai sindicalizar alguém, qual é papel do sindicato, que ele está defendendo os direitos do trabalhador, e não que eles só pensem que é atribuição do município e do estado a questão de saúde (...) Essa diretoria que está aqui hoje, nós temos como prioridade a defesa dos direitos, temos nos dedicado assim.”

Sobre a luta da saúde do trabalhador a partir do sindicato:

“É uma luta permanente. A questão salarial vai valer por um ano. Depois disso não se fala mais. A questão de saúde do trabalhador é uma questão permanente, é uma demanda permanente dentro do sindicato, toda semana tem gente procurando o sindicato.”

Envolver os trabalhadores nesse processo implica numa série de dificuldades:

“Envolver é difícil. Nós fizemos seminários sobre saúde do trabalhador, encontros, enfim, as pessoas parecem que não se sentem convidadas, parece que é necessário participar quando tem um problema. Até o pessoal da diretoria que não são liberados, eles não têm

muito interesse em participar. Pensam assim: 'o problema não é comigo, é com os outros'. Isso é muito difícil, esse envolvimento."

Sobre as estratégias que tem utilizado, a entrevistada relata:

"Eu tento informar, convidar, fazer atividades, (...) ir até as pessoas que sofrem, que estão trabalhando, que estão sendo assediadas novamente ou que tem problema e não querem se afastar. As pessoas evitam bastante estar participando, estar se envolvendo."

Sobre a especificidade do movimento de saúde do trabalhador, a entrevistada coloca:

"Eu acho que a saúde do trabalhador é uma temática dentro do movimento [sindical], mas existe também um movimento de saúde do trabalhador."

Segundo a entrevistada, esse movimento se constitui na cidade a partir dos anos de 1990. É ele que apresenta as demandas ao Estado, mas o movimento está muito dependente da ação das pessoas que participam:

"Esse grupo que se constituiu lá nos anos [19]90, quando eu nem estava ali, na época da [nome de duas pessoas] esse grupo criou esse movimento. E esse movimento existe até hoje. [Mas] se tem uma reunião sobre saúde do trabalhador e eu não posso ir, não vai ninguém daqui. Está muito centrado nas pessoas, sabe. O [nome de uma pessoa de outro sindicato] é a mesma coisa. (...) Então existe esse movimento sim, porque se a gente deixar assim para o poder público. Não é a prioridade, a saúde do trabalhador não é prioridade."

A partir dessa reflexão, a entrevistada localiza o papel do Estado frente a questão da saúde do trabalhador, qual seja, garantir o atendimento à saúde dos trabalhadores:

"Eu acho que é escutar essas demandas (...) o papel do poder público é garantir estrutura, garantir pessoas para trabalhar, aumentar as equipes"

Esse atendimento articula-se às necessidades de políticas públicas:

"Políticas públicas que garantam uma melhor qualidade de vida para os trabalhadores e para trabalhar sem adoecer. Eu vejo assim a saúde do trabalhador, porque depende muito de políticas públicas."

Desta forma, a relação entre o sindicato o Estado também são definidas:

"Não é atribuição do sindicato prestar atendimento em saúde. Esse é um papel do poder público (...) você tem uma luta para que o SUS, para que o Sistema Único de Saúde funcione bem e ao mesmo tempo tu estar atraindo os trabalhadores para dentro do sindicato. Se tu queres que funcione bem tem que se esforçar para isso e lutar para que isso aconteça."

A luta pela saúde dos trabalhadores envolve, também, outros agentes:

“A universidade, estagiários (...) os profissionais de saúde que atuam no CEREST e na UREST (...) nós temos bastante dificuldade de envolver integrantes da Secretaria Municipal de Saúde na CIST (...) o maior envolvimento dá para se dizer que foi da universidade, estagiários de Psicologia e Enfermagem, enfermagem também, e o movimento sindical e os profissionais de saúde.”

Sobre sua atuação atual a partir do sindicato a entrevistada relata que tem levado informativos, jornais, tem colocado o tema em pauta. Ultimamente, porém, problemas de saúde com a mãe têm feito com que a entrevistada tenha reduzido sua participação. Essa participação continua sendo, no entanto, percebida pela entrevistada como muito importante:

“É prioridade com certeza. Se a gente tiver uma reunião ou qualquer outra que tiver, é prioridade. Até porque é só eu que participo, é prioridade. Eu mais tenho me envolvido, participando de saúde e de conselho da mulher. É claro a gente tem uma base de 23 municípios, a gente tem material pra entregar, a gente acaba se envolvendo, sempre está entregando material nos bancos”.

Na entrevista N. 9 observamos uma lógica de certa forma semelhante às duas entrevistas anteriores: a formação de uma identidade coletiva (militante sindical) a partir de um engajamento decorrente de uma identidade social (trabalhadora) que as poucos vai adquirindo saliência na identidade pessoal. A diferença é que nas duas entrevistas anteriores, os referentes político-ideológicos parecem adquirir uma relevância na identidade pessoal antes (como no caso da entrevista N. 7) ou no decorrer da formação da identidade social (trabalhadora) (como no caso da entrevista N. 8). No caso da entrevista N. 9, os referentes político-ideológicos da identidade social (trabalhadora) e da identidade coletiva (sindicalista) são afirmados com menos ênfase em relação à identidade pessoal, o que não significa que não estejam presentes.

Na entrevista N. 9 certos referentes da identidade social (mulher) e da identidade social profissional (trabalhadora) são alinhados a alguns referentes apresentados coletivamente (grupo de mulheres; sindicato), que vai produzindo uma correspondência entre as identidades social e coletiva. A partir dessa congruência a identidade pessoal vai se consolidando (SNOW & McADAM, 2000, 51). A correspondência entre essas três dimensões identitárias depende, nesse caso, de uma saliência no interior da identidade social da identidade trabalhadora

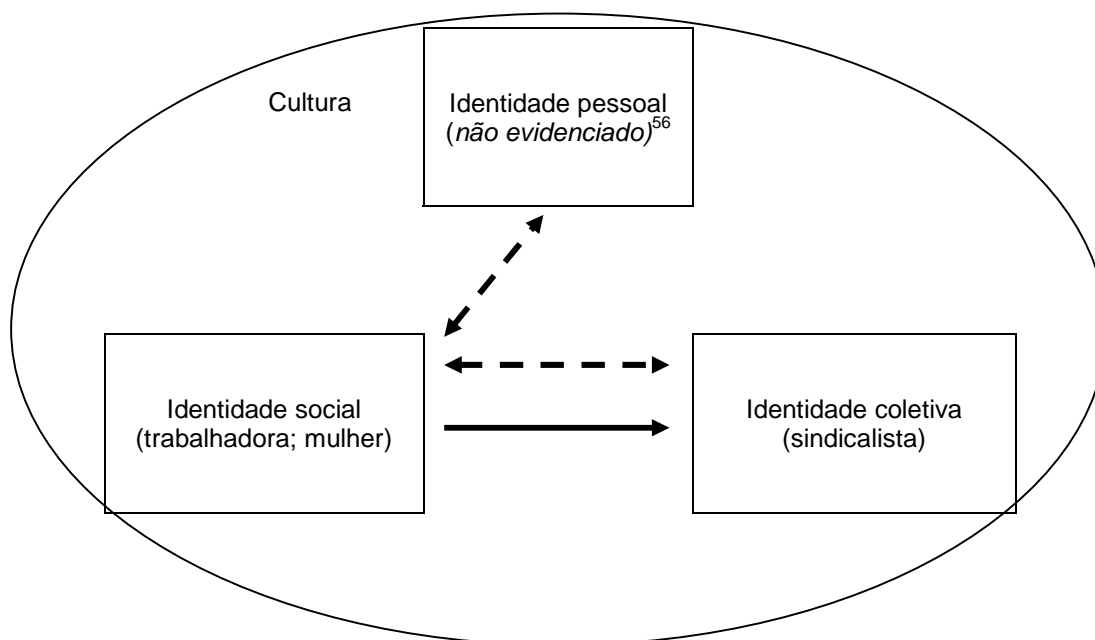
em detrimento da identidade profissão (categoria profissional que a define como trabalhadora: professora, metalúrgica, bancária, etc.). É pela saliência da identidade social trabalhadora que as identidades coletiva e pessoal tornam-se de certa forma correspondentes.

Na entrevista N. 9, a identidade pessoal mantém certa autonomia em relação à identidade social profissional e a identidade coletiva. As identificações pessoais e o conjunto das atuações através do sindicato (gênero, saúde) não são feitas a partir dos referentes político-ideológicos presentes no marco interpretativo da saúde do trabalhador. Pelo menos alguns desses referentes estão ausentes das compreensões que a entrevistada elabora sobre sua ação e sobre a ação do sindicato. Para a entrevistada, as pessoas não participam das atividades sobre saúde do trabalhador porque “parece que não se sentem convidadas”, ou porque “evitam estar participando, estar envolvendo”. Esta ausente dessa explicação qualquer elemento que apontaria para um alinhamento mais próximo com o marco interpretativo da saúde do trabalhador ou de uma interpretação de cunho marxista, como por exemplo, os processos de alienação do trabalhador à exploração que está submetido.

Na medida em que o marco interpretativo da saúde do trabalhador não aparece como dispositivo de alinhamento entre a atuação na saúde do trabalhador e a atuação sindical, a atuação no campo da saúde do trabalhador parece perder, de certa forma, sua centralidade: a atuação no Conselho de Mulheres é relatada sem maiores referências à saúde do trabalhador. A lógica do engajamento na saúde do trabalhador se dá a partir do engajamento decorrente da identidade coletiva (militante sindical), ou seja, o pertencimento ao sindicato.

O esquema a seguir apresenta as relações de correspondência e saliência identitária. Nota-se, no esquema, que o papel social profissional (trabalhadora em determinada categoria profissional) e a saliência da identidade social profissional é que definem a identidade coletiva (sindicalista).

Esquema 12 - Correspondência identitária da entrevista N. 9



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: ← - - - →
Saliência de uma dimensão em relação a outra: →

3.10. Entrevista N. 10

O entrevistado N. 10 é um sindicalista de Santa Cruz do Sul que também participou ativamente do processo de implementação da rede de atendimento à saúde do trabalhador na região. O entrevistado nasceu em 1946. Tem o curso de técnico em mecânica. Com 19 anos começou a trabalhar em uma empresa:

⁵⁶ A entrevista não evidenciou, para o caso da entrevistada N. 9, nenhum elemento de identidade pessoal que de alguma forma dispusesse ao engajamento.

“que foi a primeira empresa e única em que eu trabalhei (...) trabalhei na usinagem de peças, depois trabalhei na manutenção, depois comando de grupos dentro da produção”

O entrevistado relata uma experiência que lhe foi significativa:

“Em [19]78, eu tive uma experiência bastante interessante, que foi uma promoção para chefia dentro da empresa (...) Nós éramos três selecionados para fazer este teste (...) então quando foi o teste eu estava pronto (...) era sobre a organização do trabalho. Eu comandava grupos de trabalho, aquela coisa toda, bom relacionamento com as pessoas. Aí escolheram outro colega até com muitos anos de trabalho e aquilo foi uma experiência que acho fez com que eu mudasse praticamente a minha vida”

Essa experiência é relatada como importante para a sua inserção no movimento sindical, muito embora isso não tenha acontecido em seguida:

“hoje o movimento sindical eu tive uma, eu te diria seria completamente oposto do que eu penso hoje, ou do que até então sempre fiz. Então acho que a melhor coisa que aconteceu foi essa, foi que eu não fui escolhido. Então aquilo me causou, num primeiro momento, uma revolta e até eu desabafei. Eu seria a última pessoa a questionar a escolha.”

A inserção no sindicato de sua categoria acontece somente no início dos anos de 1990:

“Aí vem os anos [19]90 eu já estava [participando]. Vinha para as reuniões, [começava] a questionar porque que essas assembleias eram feitas dentro da empresa, aquela coisa toda. Então eu fui indo. Eu sempre fui de falar. Não tinha medo de me expor, até porque naquela época havia um controle assim das reuniões dentro do sindicato. Enfim, quem se manifestava não tinha problema nenhum, sempre me manifestei.”

A partir de um convite é que se dá essa inserção:

“Então em [19]90 partiu um convite para que eu fizesse parte duma eleição que ocorreria naquele ano em março. Aí tinha a oposição, oposição até interna, membro da diretoria e até as 2 chapas. Todas elas queriam que eu participasse, mas enfim eu fiquei com uma situação que foi o primeiro convite. Eu acho que podia mudar alguma coisinha. Então eu vim em [19]90. Era uma eleição muito complicada, até porque na época tinha um movimento sindical, por exemplo da linha mais da CUT. Fizeram sempre uma oposição, uma oposição muito ferrenha, mas enfim nós ganhamos com uma margem muito boa as eleições.”

Esse envolvimento continua nos anos seguintes, até que em 1996 o entrevistado passa a ser liberado para o sindicato:

“Bom, aí então em [19]96 eu vim para sede, a sede aqui no sindicato e fui liberado para fazer parte dos diretores aqui.”

A partir do trabalho no sindicato começa a ser envolvido com a temática da saúde do trabalhador, isso muito pela realidade que via a partir de seu trabalho e das ações de assistência que eram realizadas no sindicato:

“Nós trabalhávamos assim num regime de 4 turnos, de muito trabalho (...) Nós trabalhávamos muito. Nós trabalhávamos em feriados, finais de semana, e como eu era chefe encarregado de grupo eu tinha que vir, tinha minhas máquinas, meu pessoal tinha que vir.”

“A primeira parceria que nos fizemos foi com a universidade. Em [19]96, [19]97 nós já tínhamos estagiários aqui [no sindicato]. Começamos a conversar sobre a questão da saúde dos trabalhadores com os estagiários (...) a gente estava muito integrado, apareceu a [cita o nome de duas professoras da UNISC] então a gente começou um trabalho em cima dos estágios e discutimos esta questão da saúde dos trabalhadores”

A partir das atividades de estágio se estruturou grupos com pessoas que procuravam o sindicato com problemas de saúde decorrentes do trabalho:

“Criamos um grupo (...) uma forma de ter um espaço para que os trabalhadores pudessem levantar questões sobre suas preocupações em relação a doença, e nesse espaço nós termos uma qualidade de vida. Ele não estava restrito só aos trabalhadores [da categoria] nós tínhamos a participação de todas outras categorias, (...) veio todo mundo para cá.”

A partir dos grupos, deu-se início a um processo de articulação com os outros sindicatos. Essa articulação desencadeou aos poucos um processo de mobilização:

“Entendíamos assim que nós teríamos que chamar os trabalhadores, empresas, todo o mundo que quisesse discutir a política de saúde do trabalhador para cá. Nós fizemos [alguns] eventos. Nós tínhamos o auditório lotado, primeiro pensando a saúde do trabalhador que tem impasses até hoje. Nós começamos contratar profissionais para vir aqui, as pessoas da universidade. Começamos a organizar eventos, palestras, sempre trazendo profissional da área para falar sobre isso.”

A partir daí o sindicato retoma sua participação no Conselho Municipal de Saúde:

“Nós começamos a ver o que é que nós teríamos que fazer. Voltar para o Conselho Municipal de Saúde. Aí eu tive que convencer a minha diretoria aqui de que era importante ocupar esse espaço até pela representatividade que nossa categoria tinha. Na época tinha em torno de 20 mil trabalhadores. Bom, isso aí foi muito bom porque embora houvesse as questões políticas, questões partidárias, nos uniu mais.”

O entrevistado destaca o caráter de articulação institucional do movimento que se formou em Santa Cruz do Sul:

“Todo o movimento sindical, nós tínhamos um objetivo comum que era a saúde do trabalhador. Primeiro passo foi voltar ao Conselho Municipal de Saúde. Nós voltamos em [19]99. Fomos a entidade mais votada até pelo trabalho que se fez. Houve um apoio do próprio movimento sindical e começamos a trabalhar. A primeira preocupação nossa, e eu lembro bem, foi criar uma Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (sic), a CIST.”

As oportunidades políticas abertas pela prefeitura municipal naquele momento não eram as melhores:

“Tivemos imensas dificuldades na época. A gente provocou o gestor. Colocamos para a secretaria e não houve um interesse de participar. Então dissemos assim: ‘a comissão tem que ter qualidade’ (...) e aí nós convidamos todos. Nós tínhamos umas 20, quase 30 pessoas. Nos reuníamos lá na universidade, no sindicato. Começamos a trabalhar. Daí foi importante chegou a [professores da UNISC] começaram a se integrar aqui nos eventos, e aí começou a criar corpo”.

As oportunidades políticas abertas pelo governo do Estado pareciam contrabalançar as dificuldades no âmbito do município:

“Mas aí foram momentos assim muito gratificantes porque em 2000 houve a eleição, aliás antes de 2000, a eleição de Olívio Dutra, isso fez com que a articulação aqui fosse tão intensa.”

Programas do governo Olívio, como o municipalização solidária⁵⁷, viabilizaram a formação nos municípios de uma rede de atendimento em saúde do trabalhador:

“E aí começou, no governo Olívio, aquela questão da municipalização solidária. Tinha recursos para implantar uma unidade municipal aqui. E aí nós trouxemos, como a secretaria não tava participando, nós trouxemos de arrasto. Fizemos um movimento muito forte e acabou a secretaria vindo mas foi meio timidamente, mas foi empurrada pelo processo.”

A partir da inauguração da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador, em 2001, começou-se a articular a formação de um Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador, inaugurado em 2004. Nesse meio tempo, aconteceram duas Conferências Municipais de Saúde do Trabalhador e

⁵⁷ No governo Olívio Dutra (1999 a 2002), a Secretaria Estadual de Saúde definiu (decreto estadual no 30.582, de 10 de junho de 1999) como um eixo prioritário a descentralização da gestão, sendo um dos mecanismos para isso o repasse automático de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, com autonomia dos Conselhos Municipais de Saúde para a aplicação dos recursos (PELEGRINI, et al, 2005, 279).

as mobilizações para a participação na Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador.

O movimento, com a formação das estruturas de atendimento, parece, nos últimos anos, ter se desmobilizado:

“Essa discussão de longos anos (...) até a inauguração da unidade, depois do CEREST, (...) acabou por outros problemas. As condições eram poucas, sempre ficaram aqueles que tiveram à frente. Depois houve [uma pouca participação] na própria diretoria dos sindicatos”

E, complementa:

“Então de lá pra cá podemos analisar assim que houve não digo um retrocesso, mas a forma, a única forma de viabilizar no final do governo Olívio era a forma que hoje é o CEREST, que embora que se diga assim que terminaram os recursos para (...) mas o município continuou até pela pressão da própria CIST, do Conselho, as questões do próprio Conselho são muito importantes.”

A fala do entrevistado permite compreender que na medida em que os serviços estavam organizados, as ações passaram a se concentrar na CIST e no Conselho de Saúde. Gradativamente o entrevistado passa a direcionar suas atividades para o Conselho Regional de Saúde e para o Conselho Estadual de Saúde.

O entrevistado ocupou durante um mandato a presidência do Conselho Municipal de Saúde. Sobre isso, ele relata:

“ [a presidência do] Conselho Municipal de Saúde também foi um momento muito bom, aonde acho que a nossa administração e a [nome de pessoal] que foi a minha vice-presidente, nós criamos a primeira resolução desse conselho, a resolução que obrigava o município discutir contrato, convênios, os novos num prazo de 60 dias tinha que vir para as comissões, temos as comissões.”

A participação no Conselho Estadual passou a acontecer a partir de 2004. Quando começou a participar do Conselho Estadual de Saúde, um conflito que se estabeleceu era em relação à composição do Conselho. Segundo o entrevistado, essa composição é definida por Lei Estadual. O entrevistado assumiu a posição de revisão da Lei e alteração do processo de composição.

“Quando foi eleito o Conselho Estadual, ela [a Lei] denomina as entidades (...) Aí se criou uma série de dificuldades, entidades que não atuavam muito tempo e aí (...) Se ela está na Lei e não participa para nós não tem interesse. Nós começamos pregar, a discutir a questão, como é que nós vamos [fazer] a recomposição do Conselho Estadual.”

O entrevistado participava, também, da CIST estadual. A partir do Conselho Estadual criaram-se os Conselhos Regionais, o que gerou um campo de conflito e também um processo de mobilização, como aponta o entrevistado:

“(...) Criamos o Conselho Regional. Articulamos junto com todas as entidades na época, organizamos para que tivéssemos o conselho. Aí também sou até hoje ainda presidente desse Conselho Regional (...) houve um movimento, uma participação da universidade, movimentos sociais, lideranças dos bairros, associações de bairros”.

A posição do Conselho Estadual Saúde era contrária aos Conselhos Regionais de Saúde:

“Temos uma ação contra o Conselho Estadual de Saúde e as regionais souberam. Nós não temos uma posição da promotora em relação a isso. (...) Então se decidiu assim, nós faríamos dois movimentos. O primeiro seria no sentido de pressionar a promotora com a decisão dela, aonde as entidades, todos os movimentos sociais fizessem um documento cobrando uma posição dela, e de outro naquele mesmo dia de procurar a assembléia legislativa, falar com alguns deputados”.

O conflito entre o Conselho Regional e o Conselho Estadual para a alteração da composição da Lei e para a legitimação dos Conselhos Regionais passou a ocupar grande parte da dedicação e engajamento do entrevistado.

Sobre a especificidade da saúde do trabalhador, o entrevistado relata:

“Eu vejo a saúde com um todo. Eu vejo assim na integralidade. Se você não tem saúde num geral, ela te aflige como trabalhador também. Porque não precisa ser doenças ocupacionais, mas se ele não tiver bem na sua saúde, é saúde do trabalhador também. (...) se, por exemplo, ele estiver com qualquer outra doença que não seja relacionada ao trabalho, mas está impedido de trabalhar muitas vezes por essas circunstâncias de saúde num modo geral, eu entendo assim. Talvez a definição que eu possa dar não seja a melhor mas eu vejo ele, trabalhador, na integralidade. Você está bem, a pessoa está equilibrado pra produzir e uma série de que englobam a sua caminhada, seja melhores condições de vida, seja melhores condições de habitação, de saneamento básico, todas essas questões que, queira ou não queira implicam na sua saúde em geral e sua saúde como trabalhador também.”

Essa compreensão ampla da relação entre saúde e trabalho não é, porém, compartilhada pelos trabalhadores:

“Essa concepção ainda o trabalhador não tem. Eu acho que a gente tem que trabalhar mais na divulgação do que é a política. A gente sabe que os espaços são poucos e hoje o trabalhador está mais preocupado com a questão de finanças, melhorar seu salário (...) Mas eu acho que é uma caminhada. Eu te diria assim: me sinto muito valorizado por ter essa oportunidade de, com tantas pessoas, de construir isso aí quando veio, porque sempre eu digo, essa [a política de saúde do trabalhador] veio pra ficar, independente de

quem queira ou não ela vai ficar. Nos garante vida, garante qualidade de vida, nos garante segurança.”

Os espaços de participação na gestão da saúde são fundamentais para a atuação no campo da saúde do trabalhador. Essa atuação acontece a partir da articulação com as entidades, com os técnicos da saúde do trabalhador e, quase sempre, na relação direta com o poder público. É uma relação que não precisa ser necessariamente de confronto, mas que esse é quase inevitável.

“Nos velhos tempos, olha eu estava numa época que eu te diria assim, estava tenso, porque eu já ia para as reuniões do conselho, a coisa que eu mais gosto de fazer, eu já ia tenso, porque eu sabia que ia ter um confronto logo ali. Então isso a gente não quer que aconteça. Tomara Deus, a gente sempre diz assim, eu sei que 100% não vai ser, mas aquilo tudo que nós pudemos fazer pelo Controle Social nós vamos fazer, para que depois ninguém venha cobrar (...) Nós temos que ser bem articulados, seja projetos. Isso precisa estar muito claro para nós, o Controle Social, os profissionais e como política como um todo. Os embates virão, mas acho que a gente tem que ter projetos e mostrar que, até então, o caminho está correto, aquilo que a gente possa melhorar, que não está tão bom, mas dar um norte pra isso aqui e se respeite os técnicos aqui.”

Sobre a sua participação nesse processo, o entrevistado relata:

“Na vida das pessoas, tem processos que as vezes a gente participou, mas não teve uma atuação tão incisiva e nesse aqui, sem vaidade nenhuma, eu quero te dizer assim, nós tivemos uma participação muito boa. Só uma, reunir esse povo todo para discutir, independente daquelas questões políticas, partidárias, ideológicas. (...) eu considero, para mim, acho que contribui muito, dei a minha participação, embora reconheça, se não fosse o trabalho coletivo, isso pouco avançaria. Mas foi importante como cidadão, como alguém que sempre participou, que esteve sempre à frente, continuo à frente. Já estou me aposentando. Quando eu falo em parar alguma coisa, o Conselho não, não, mas é uma coisa que gratifica, gratifica como pessoa (...) Eu não tenho uma formação acadêmica. Tenho o segundo grau. Convivi com tantas pessoas dessa área, a [referência a nomes] são pessoas assim que estão lá dentro da academia e que valorizam o trabalho da gente. Então é sinal que alguma coisa a gente ajudou contribuir nesse processo, que foi rico, que foi fantástico.”

A partir de sua ação e do coletivo que se formou ao longo desses anos, o entrevistado vê avanços no campo da saúde do trabalhador:

“No momento ela é a última política que eu sempre achei que seria a primeira das políticas do SUS. Mas agente está avançando, a gente vê avanço significativo. O próprio governo que está aí tem uma política voltada, e que não é consenso dentro do grupo de governo. Então eu me sinto assim, até nível nacional, reconhecido pelo trabalho.”

Ainda sobre a sua participação nesse processo, o entrevistado relata:

“Então são essas coisas que gratificam e a gente passa, a única coisa que eu [gostaria] é que a gente consiga formar novas unidades [Unidades de Referência de Saúde do

Trabalhador], que também é difícil. Olha (...) o usuário ainda não tem essa visão, que a gente já percebeu a muitos anos atrás, porque também vou fazer 64 anos alguma coisa eu vivenciei, trabalhando em chão de fábrica (...) mas nós precisamos também pensar nesse outro lado dirigente sindical, a própria comunidade saber que essa política existe, que tem que ter participação seja de forma de estar participando no Conselho Gestor, estar atuando (...) isto é uma caminhada mas vai se conseguir”.

O entrevistado N. 10 tem uma grande atuação no campo da saúde do trabalhador e da saúde coletiva. Essa atuação acontece principalmente através dos Conselhos de Saúde que participa representando o sindicato de sua categoria. Na entrevista N. 10, o marco interpretativo da saúde do trabalhador está parcialmente presente: por exemplo, os elementos referentes às contradições entre capital e trabalho, constitutivos do marco da saúde do trabalhador não aparecem na entrevista. A saúde do trabalhador parece ser interpretada a partir de uma orientação mais ampla centrada nos princípios do SUS e no direito à saúde. Além disso, os referentes do marco interpretativo da saúde do trabalhador não estão alinhados aos referentes que sustentam a identidade coletiva de sindicalista.

Os referentes políticos (classe social), que justificam a formação de uma identidade coletiva (sindicalista) não parecem ser mediados por uma identidade social (trabalhador) a partir das contradições capital-trabalho presentes no marco interpretativo da saúde do trabalhador. Além disso, na entrevista, quando relatando seu engajamento com o sindicato, uma interpretação fundada na percepção de classe está ausente, o que permite inferir que referentes políticos de classe não são significativos para o engajamento na organização sindical. Estes parecem estar muito mais ligados ao trabalho e à participação tomados como valores culturais amplos e que sustentam a identidade pessoal (“como alguém que sempre participou, que esteve sempre à frente, continuo à frente”). Ou seja, a saliência na identidade pessoal de referentes associados a valores como trabalho, justiça, equidade social, participação alinham-se à referentes associados à identidade coletiva proporcionados pelo sindicato e pela participação nos Conselhos e à identidade social (trabalhador).

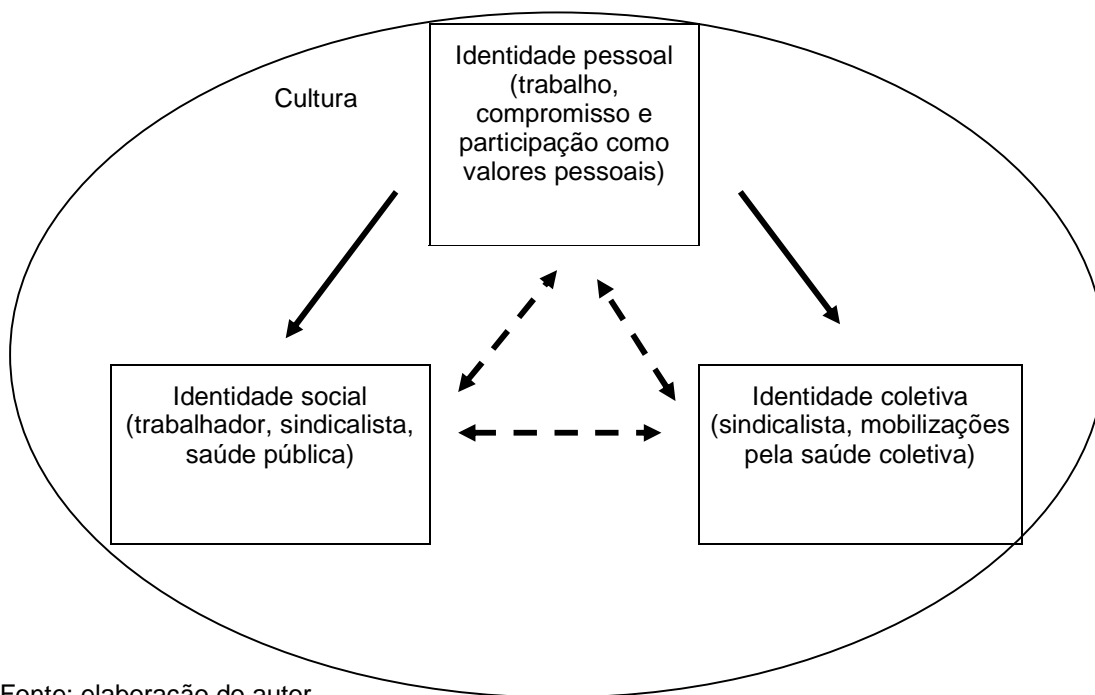
Na entrevista N. 10, o referente cultural trabalhador (nem tanto a classe social como referente, mas o trabalho como valor) relaciona-se com a identidade

peçoal (o trabalho como valor como referente para a identificação pessoal) e possibilita conversão da identidade profissional (mecânico para sindicalista, sindicalista que atua no campo da saúde e, em particular, na saúde do trabalhador). Dessa forma, o sindicalismo além de um referente da identidade coletiva passa a ser também um referente para a identidade social profissional. A identidade social profissional torna-se, então, referência e referenciada pela identidade pessoal: “acho que contribui muito, dei a minha participação, embora reconheça, se não fosse o trabalho coletivo, isso pouco avançaria. (...) Então eu me sinto assim, até no nível nacional, reconhecido pelo trabalho. (...) Então são essas coisas que gratificam”.



Assim, sem a mediação do marco interpretativo da saúde do trabalhador e sem uma interpretação de classe da identidade coletiva a correspondência entre a identidade social profissional e a identidade coletiva se dá através do alinhamento de referentes presentes no marco interpretativo da saúde pública (o entrevistado direciona sua atuação cada vez mais para os Conselhos de Saúde). Cada uma dessas duas dimensões estabelecem relações de correspondência com a identidade pessoal, a partir da saliência dos referentes “trabalhador” e “participante”, o que permite ao entrevistado tomar como identidade social profissional o sindicalismo, e a participação no Conselho de Saúde como identidade coletiva.

Veja-se o esquema:

Esquema 13 - Correspondência identitária da entrevista N. 10



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: 
Saliência de uma dimensão em relação a outra: 

3.11. Entrevista N. 11

A entrevistada N. 11 é professora universitária, formada em enfermagem, tem especialização em Administração Hospitalar e Enfermagem do Trabalho, mestrado em Desenvolvimento Regional e doutorado em Serviço Social. A entrevistada nasceu em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul em 1964. Estudou o ensino fundamental e médio em escola religiosa. Segundo a entrevistada, essa trajetória de estudo foi bastante rígida, conservadora. Sobre sua formação, a entrevistada coloca:

“Eu venho de uma família de origem alemã, e o alemão tem por natureza essa coisa da rigidez, do valor, do caráter idôneo, do trabalho como uma coisa prioritária. E meu pai foi sempre muito assim. A minha mãe sempre foi dona de casa, mas meu pai sempre trabalhou muito, muito correto, muito rígido, muito conservador. E ele me espelhou muito nessa questão de a gente lutar pelas coisas que a gente acha que tem que lutar.”

Essa educação vinda dos pais não era, no entanto, recebida passivamente:

“Mas, ao mesmo tempo, eu sempre questionava alguns modelos muito rígidos da educação alemã. Eu não me conformava com algumas coisas já desde criança.”

No entanto, para a entrevistada, os anos de formação escolar são reconhecidos como importantes para a sua formação:

“Quando eu estudei nesses colégios, que também era uma educação bem conservadora, a gente acaba sendo modelada, de certa forma, por alguns princípios bem, na minha visão, bem conservadores, bem rígidos, que não se podia questionar, que não se podia perguntar nada, que tinha que ser exatamente como era dito. Até porque vinha ainda da questão da ditadura, naqueles anos de [19]70 e poucos. Então isso me marcou muito na minha infância, na minha pré-adolescência, adolescência. Mas eu entendia que era normal, que era assim mesmo, bom eu aprendi assim tinha que ser assim, eu não podia questionar, e fui estudando.”

Ao finalizar o ensino médio, a entrevistada vai para Santa Maria fazer o curso superior de enfermagem:

“Eu sempre me interessei pela área da saúde, desde a época que eu comecei a me identificar com a biologia, àquelas coisas da aula assim. E aí eu pensei muito na enfermagem logo pela questão do lidar com as pessoas, na época isso não era muito claro pra mim, o quê que era que fazia enfermagem (...) mas eu me identificava muito com essa questão do falar com o outro, do conversar, do tratar o outro. Eu entrei na faculdade sem saber muito o quê era, mas fui fazendo e fui gostando e fiquei.”

Nos anos de faculdade a entrevistada se depara com o modelo de saúde prevalente na época:

“Na época a gente tinha um cuidado muito hospitalocêntrico. Só cuidava do doente, doente, sempre doente, e eu achava bom, é isso mesmo. Sabe aquele modelo que vinha sendo constituído, que não se podia, que era isso mesmo, tudo voltado para o doente, para o doente.”

Ainda na graduação, a entrevistada teve a oportunidade de participar do projeto Rondon:

“Onde eu vi realidade diferente e tudo começou a me abrir olhos assim para algumas coisas que eu não percebia até então”.

A entrevistada terminou a faculdade em 1976 e voltou para a sua cidade natal, para a casa dos seus pais. Nesse período fez uma seleção para trabalhar

em um hospital da região. Dessa experiência, a entrevistada relata uma situação que foi marcante: apesar de ter se saído bem na prova teórica, na hora de fazer um procedimento técnico na prova prática, por falta de materiais adequados, teve que de certa forma improvisar. O resultado não saiu como as avaliadoras queriam e foi reprovada. Sobre isso, a entrevistada relata:

“Aquilo me marcou muito assim, porque eu argumentei: mas eu não contaminei o curativo, eu fiz a forma que, não que vocês queriam, mas que teve resultado. A partir dali aquilo me marcou demais e aí eu comecei a questionar, mas será que é isso, as pessoas precisam ter resultado e o processo não conta, enfim?”

Após essa experiência a entrevistada foi trabalhar em uma grande empresa da região, no ambulatório de saúde e, também, em outro hospital. Do trabalho no hospital, a entrevistada aponta que a submissão da enfermagem em relação à medicina era muito grande e que os gestores administrativos e os médicos do hospital não aceitavam opiniões. Sobre sua postura, a entrevistada relata:

“Eu tinha uma colega enfermeira que trabalhava comigo no hospital que dizia: tu não tens que questionar essas coisas, tu tens que fazer, a gente está aqui para trabalhar, para fazer. Eu disse: não, eu sei que estou aqui para trabalhar e eu preciso sempre trabalhar. Eu preciso do emprego, não quero ser demitida, mas eu acho que a gente pode mudar algumas coisas, pode melhorar algumas questões que não precisam ser dessa forma.”

A postura frente à submissão que as enfermeiras tinham em relação aos médicos e ao hospital eram, então, questionadas pela entrevistada:

“A gente tem que questionar. Ao mesmo tempo que ela [a colega] dizia que eu precisava trabalhar e fazer o que eles mandava, ela também questionava certas coisas que incomodavam. Porque nós estudamos tanto quanto qualquer outro profissional e também temos as nossas condições. Então por um lado eu concordava com ela e por outro não, e assim foi indo.”

Nesse tempo, passou também a trabalhar em outro hospital, em uma cidade vizinha. Ao longo de 4 ou 5 anos trabalhou nesses dois hospitais, mantendo sempre uma postura de valorização da sua atividade profissional e de suas opiniões enquanto técnica, o que ao longo desses anos produzia vários enfrentamentos.

“E assim foi a minha trajetória. Fui fazendo, parece que daí consegui ser um pouco mais ouvida, mas fui fazendo”.

Por volta de 1990, a entrevistada deixa de trabalhar nos hospitais e passa a trabalhar em outra grande empresa do município em que mora. Esse trabalho apresentou novos desafios:

“Meu Deus, o quê que eu vou fazer, o que faz a empresa, o quê que uma enfermeira faz na empresa assim?, A não ser tirando a questão ambulatorial, que eu sabia, mas o que mais? (...) Para mim foi um desafio, uma área nova, eu não conhecia nada, o salário era bem maior na época e eu optei em ficar lá fazendo oito horas por dia.”

Aos poucos a entrevistada foi se apropriando das atividades nesse novo emprego:

“Eu comecei a conversar com o médico, que me deu muitas dicas, médico do trabalho na época, ele disse: olha a gente quer uma enfermeira que trabalhe programas educativos, que cuide das NRs. Eu disse: Meu Deus o quê é NR⁵⁸? Na época eu nem sabia o quê era.”

A partir disso, a entrevistada fez uma pós graduação em Enfermagem do Trabalho. Sobre essa pós-graduação, a entrevistada relata:

“Fiz um pós em Enfermagem do Trabalho porque (...) comecei a gostar da área, me interessar. [A pós-graduação] me mostrou que eu poderia trabalhar muito as questões educativas, da promoção, da prevenção, que até então eu nem conhecia, e eu achei muito interessante isso.”

A especialização trouxe uma série de conhecimentos técnicos:

“Comecei a estudar, aprender e comecei a proporcionar, formar idéias de fazer grupos de educação, fazer prestar assistência de enfermagem na residência do paciente, fazer visita domiciliar, fazer consulta de enfermagem... quando eu trouxe o projeto de consulta de enfermagem, o médico disse o quê que é isso, consulta de enfermagem? Quem faz consulta é o médico, o quê que enfermeira tem que fazer consulta? Comecei a organizar o serviço, a trazer questões, questionando, enfim, e aí fui crescendo, fui sendo, eu acho que sendo bem vista, sempre muito questionadora, e muito mais ainda quando eu comecei a visualizar como é forte lá a questão capitalista, do mando capitalista, do mando, exatamente disso, de que quem pensa é um segmento e quem faz é outro.”

A partir de sua atuação na empresa, mesmo que subsidiada pelo curso de especialização, o próprio curso passa a ser avaliada pela entrevistada:

“Ela trouxe discussões bem técnicas, bem específicas, das legislações, dos pareceres, dos campos de saúde ocupacional e de medicina do trabalho, que são os campos que visualizam o enfoque biológico e o enfoque muito mais do ambiente, não enfoca as questões sociais.”

⁵⁸ Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho sobre saúde e segurança no trabalho.

Assim, a partir do trabalho na empresa, começa a aparecer a preocupação com os trabalhadores:

“Porque que as pessoas não podem ser ouvidas no que elas mais conhecem que é o seu trabalho? Porque que elas têm que só ouvir e obedecer? Porque que esses pacientes que vêm para mim lesionados não podem ser ouvidos no seu parecer sobre questões que estão mal organizadas no seu trabalho e que poderiam ser organizadas de uma outra forma, para evitar o acidente que lhe aconteceu? Porque se ele dissesse que o acidente que originou a lesão dele foi em função de uma má administração do setor, ele seria demitido por dizer isso, em caso de funcionário.”

Essa leitura que passa a fazer do cotidiano do trabalho passa, também, a incomodar a entrevistada:

“E essas coisas começaram a me incomodar mais ainda. Mas então as pessoas têm que calar a boca para exatamente não trazer à tona o que precisaria ser falado? Comecei a questionar muito com o médico, que era o médico do trabalho (...) que tinha todo um roteiro também da medicina do trabalho, e ele dizia é assim mesmo, o quê é que tu quer mudar? Não é o quê eu quero mudar. Eu só estou questionando porque que a gente não pode discutir coletivamente alguma coisa que pode se melhor para todo mundo. Eu não estou querendo ofender nenhum gerente, de bater de frente. Mas o modelo é esse. Ele falava pra mim: se tu começares a fazer isso, eles também vão te ver como uma pessoa que incomoda e tu podes ser demitida por isso.”

Isso, de certa forma também incomodava a entrevistada:

“Me assustava com isso também, porque eu também precisava trabalhar. Então eu vivia meio em cima do muro sempre. Aos poucos tentando ajeitar o lado das pessoas que me procuravam, dos trabalhadores que queriam que eu tentasse ajudá-los, mas ao mesmo tempo tentando atender o que a chefia, os grandes administradores, gestores, queriam.”

Porém, as situações de violência a que estavam submetidos os trabalhadores apareciam fortemente aos seus olhos, o que fazia que ela tivesse alguns encontros com os colegas médicos e com os gestores:

“Eu tentava argumentar com meu conhecimento, com o pouco conhecimento que eu tinha na época, e [com] a minha mobilização pela justiça, pela igualdade. Porque uns podem, porque outros não podem?”

Situações bem concretas de ameaça à saúde dos trabalhadores apareciam com certa frequência:

“Aí tinha um setor lá de ruídos, com muito ruído e aí tinha que usar EPI [Equipamento de Proteção Individual] (...) Mas eu vou trabalhar para tentar minimizar esse ruído. Por que não tem como colocar, enclausurar determinados motores, enclausurar determinadas máquinas para isso? Há, mas o custo é muito alto. Mas então vamos dizer para os trabalhadores que eles precisam usar o EPI (...) Vocês só têm que dizer que tem um pouco de ruído e que eles precisam usar o EPI. Mas vamos informar que tipo de impacto

isso causa no canal auditivo e todas as lesões que ocasiona, Não mas isso vocês não podem falar. Então tudo era controlado, do quê falava, do quê se podia e do quê não se podia falar, e isso incomodava, até o próprio médico, às vezes, que era o médico do trabalho, seguindo exatamente toda linha, o modelo que a empresa colocava. Ele também começava ficar assim, mas vamos tentar, incomodado com algumas coisas, até muito porque eu também trazia muito para ele e cutucava.”

Essa perspectiva crítica a partir da enfermagem a entrevistada teve que desenvolver sozinha:

“Muito sozinha, muito sozinha, até porque na época eu era a única enfermeira com formação superior. Eles chamam de enfermeira todo mundo, até os técnicos de enfermagem, Mas enfermeira com curso superior na região que trabalhava na empresa, era eu”

O envolvimento da entrevista com a elaboração de um curso de graduação de uma universidade da região possibilitou, depois de 10 anos, que ela pedisse demissão na empresa em que trabalhava. A entrevistada passou a trabalhar na universidade, fez seu curso de mestrado (concluído no ano de 2000) e depois de doutorado (2006). Na universidade, implementou a disciplina de Enfermagem na Saúde do Trabalhador, algo inovador para os currículos dos cursos de enfermagem. Além disso, a entrevistada tem atuado nos processos de articulação das entidades que compõe o campo da saúde do trabalhador na sua região, nos processos de participação que estão abertos a esse campo (CIST, por exemplo) e como supervisora de estágios nos serviços de saúde do trabalhador.

Perguntada sobre o campo da saúde do trabalhador, a entrevistada responde:

“Eu sempre tenho a tendência de puxar um pouco para a enfermagem, e vou fazer isso. Ainda é complicado, ainda eu vejo ele um campo bastante amplo (...) mas ainda com algumas dificuldades assim, muito por essa questão do domínio capitalista, muito por receio dos próprios trabalhadores, muito por falta de políticas públicas que norteiem isso, que favoreçam, que fortalecem essa área, por causa do embate capital e trabalho que está por trás disso.”

Sobre a enfermagem no campo da saúde do trabalhador, a entrevistada relata:

“Ao mesmo tempo que eu percebo que é uma área que pode crescer muito, que tem muita perspectiva, ela ainda está engatinhando. (...) a gente ainda está muito insipiente, eu acho, e falta muita mobilização dos próprios trabalhadores, dos colegas, dos próprios colegas da profissão entender que essa área também é importante, porque ainda tem muito essa questão de que a gente forma enfermeiro ou para hospital ou para a saúde

pública, não se forma enfermeiro pra trabalhar, a saúde do trabalhador sempre me parece uma área meio escanteada.”

A perspectiva da saúde do trabalhador como um campo de conflitos está presente na compreensão que a entrevista apresenta sobre o campo. Sobre os conflitos, a entrevistada relata:

“Tudo o que vem dessa área já vem com preconceito de que quem vem para incomodar. E eu sinto isso nas participações que a gente teve, de reuniões, de solicitações que a CIST foi fazer junto às secretarias de saúde. E na saída do corredor todo mundo saiu e eu fiquei ali conversando com umas gurias, umas amigas. Aí as enfermeiras que estavam ali dentro na reunião, as enfermeiras diziam para mim: porque que tem que pedir essas coisas, porque que vocês precisam disso, tu não acha que está sendo muito..., sempre a saúde do trabalhador incomodando. A própria visão dos colegas, isso conversa de corredor.”

Muito desse preconceito apontado pela entrevistada está relacionado a uma leitura político partidária do campo da saúde do trabalhador. A entrevistada relata:

“Eu luto pelas coisas das pessoas independente de qual [partido] Então todo mundo que está lutando por saúde do trabalhador é daquele partido, e aí entra todo mundo no mesmo caldeirão, Não, eu não sou e luto também. Esses chavões que acabam sendo criados, eles incomodam a gente.”

Essa leitura permite uma crítica aos atores que compõe o campo da saúde do trabalhador:

“Existem atores no campo da saúde do trabalhador que se mobilizam muito mais por questões partidárias do que exatamente pela assistência. Por isso que eu falei antes, pela qualificação, pela justiça, pela cidadania desse paciente, desse usuário. E isso para mim incomoda. (...) Eu não sou política. Não tenho outra profissão, eu só sei fazer saúde. É isso que eu sei fazer e pra mim é isso que me mobiliza, e ainda na área da enfermagem, que é o que eu domino mais.”

A partir de sua participação na CIST, a partir de seu contato direto com o serviço, a entrevistada localiza os oponentes:

“Eu acho que é a secretaria de saúde, nesses momentos, eu estou falando de situações que eu vivi, que eu citei para ti. Ali eu vejo a secretária de saúde, que não enxerga dessa forma. Que apesar de oferecer o serviço, de bancar um serviço municipal como é a UMREST, não utiliza esse espaço para exatamente fazer o aprimoramento dessa assistência, qualificar isso.”

Quanto aos parceiros, a entrevistada lista os serviços de saúde do trabalhador do município e região, o SESMETs de algumas instituições. Nesses serviços são possíveis os estágios de enfermagem. A formação é vista pela

entrevistada como uma forma importante de intervenção no campo da saúde do trabalhador:

“Na formação dos nossos alunos, eu acho que aí sim é um grande viés. É um grande campo e uma grande trajetória, e é por isso que eu me mobilizo muito por essa formação, que eu acho que eles são atores fundamentais para o futuro dessa área (...). Essa é a minha grande mobilização, e fazer essa parceria para participar, mobilizar outras entidades que discutem isso, UMREST, CEREST, grupos de pesquisas, onde existem atores que estão discutindo isso. Acho que é importante a gente estar junto, que não são alunos, já são profissionais, sindicatos, eu acho que é importante esses movimentos pra isso. Mas a grande jogada no meu viés é a formação dos alunos, é aí que eu acho que a gente precisa apostar para mudar, para fortalecer essa área.”

O SESMT pode ser um espaço importante de formação:

“Eu dizia para os guris da segurança (...) não é só levantar risquinho [análise de risco no ambiente de trabalho] lá, como eu dizia, se tem ventilação, se tem calor ou não tem, se é frio ou não é frio, não é isso. Não é só o risco físico, vamos abrir esse instrumento para que tenha outros itens, tipo postura, em pé, sentado, quantas horas, qual é a jornada de trabalho, que tipo de entendimento os trabalhadores fazem do seu posto de trabalho, vamos perguntar coisas para eles também, e a gente inseriu isso.”

Através da formação dos alunos, a enfermagem constitui também uma forma de intervenção em saúde do trabalhador dentro das empresas.

Sobre sua militância no campo da saúde do trabalhador, a entrevistada responde:

“Eu nem sei se eu sou militante ou não, mas a trajetória que eu construí, eu acho que dá para considerar como sim. Mas não é só saúde do trabalhador. A minha grande luta é pela assistência qualificada, independente de quem for paciente: trabalhador, doente mental, mulher, essa é a minha grande luta sempre. Claro que com um viés voltado para as questões do trabalho, sempre, sempre, que foi toda a minha trajetória. Aí eu nem sei se a palavra militante faz muito sentido assim.”

Acrescenta:

“Eu não sei se por exemplo se eu tivesse caído numa área de um Centro de Referência de Saúde da Mulher, por exemplo, eu também não faria a mesma coisa nesse campo. Porque a minha grande [questão], é a assistência qualificada, que torna essa pessoa cidadão dessa assistência, dono, sujeito, aquelas coisas que a gente já conhece, que ela seja participante disso, e não recebedor, independente da área. Agora sim, com essa trajetória toda eu estou indo e vou continuar. Essa é a minha grande luta, mas é uma área que eu me apaixonei, uma área que me mobiliza e que me mobilizou muito, ao mesmo tempo ela me frustra muito, porque ela não traz esses retornos tão rápido como as outras”

A entrevistada N. 11 aponta a origem étnica, a formação familiar rígida, o trabalho como valores que aparecem como referentes importantes para a

identidade pessoal. Na medida em que foi desenvolvendo as atividades profissionais, os referentes da identidade pessoal foram importantes para a formação da identidade social profissional. O trabalho responsável e a dedicação ao trabalho aparecem como elementos importantes da identidade social profissional e são fortemente correspondentes à identidade pessoal. Já antes de suas atividades como docente, esses referentes pessoais e profissionais dificultavam um alinhamento com os referentes do marco interpretativos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, o que foi indispondo a participação como enfermeira do trabalho em empresas. A trajetória profissional é orientada, dessa forma, a partir dos referentes pessoais e pela identidade social profissional. Como docente, aparece a saúde, e em especial a saúde pública, como um referente importante da identidade social profissional.

A partir desse momento, atividade profissional docente aparece como elemento central, em função das atividades como professora e orientadora que desempenha, diretamente ligadas à formação no campo da saúde pública e da saúde do trabalhador. Os referentes que de certa forma dispõem ao engajamento, presentes na identidade pessoal (ideal de justiça social e a participação) alinham-se aos referentes encontrados no marco mais amplo da saúde coletiva (direito à saúde, controle social, participação) e tornam-se correspondentes ao compromisso como docente de formar profissionais críticos, participativos, para atuar no campo da saúde pública.

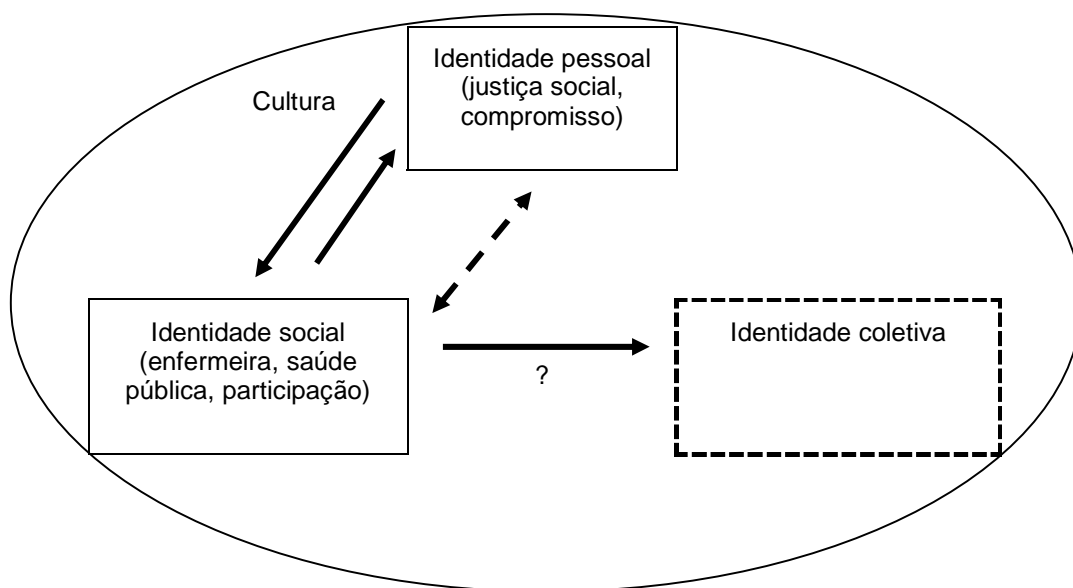
Da mesma forma que na entrevista N. 5, aqui a compreensão do campo da saúde do trabalhador é feita a partir do marco interpretativo da saúde coletiva, sem as demarcações de fronteiras claras presentes no marco interpretativo da saúde do trabalhador. A ausência desses elementos coloca o engajamento no contexto da luta pela saúde pública e da afirmação do direito à saúde. É o que permite, por exemplo, que a entrevistada N. 11 faça uma crítica a uma identificação feita entre saúde do trabalhador e partido político. A entrevistada recusa essa crítica, afirmando o seu envolvimento com a saúde do trabalhador

para além da fronteira política, baseado em seus compromissos amplos de justiça e pelo direito à saúde.

Na entrevistas N. 11 parece haver uma correspondência entre as dimensões pessoal e social (profissional) da identidade. Essa correspondência vincula-se de forma central ao projeto profissional como um referente importante (docente). Não deriva daí nenhuma correspondência ou necessidade a uma identidade coletiva. A identificação coletiva parece estar ausente. O que se tem mais próximo a isso é a identificação com a categoria profissional (enfermeira).

O esquema ilustra este processo:

Esquema 14 - Correspondência identitária da entrevista N. 11



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: ← - - - →
Saliência de uma dimensão em relação a outra: —————→
Dimensão identitária ausente ou pouco saliente: - - - - -

3.12. Entrevista N. 12

A entrevista N. 12 foi realizada com uma professora universitária com produção acadêmica no campo da saúde do trabalhador e que tem participado da implantação dos serviços de atendimento nesse campo. A entrevistada nasceu em 1966, em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Nessa cidade fez seus estudos de ensino fundamental e médio e seu curso superior, em Psicologia. Sobre o período de convivência familiar, a entrevistada relata:

“As experiências e vivências relativas ao trabalho, no âmbito da família, me foram sempre muito presentes como dimensões de valor, trabalho como valor e como possibilidade de vida, no sentido amplo do termo.”

O contato com o campo do trabalho acontece já na época da graduação:

“Quando eu comecei a entrar em contato com a psicologia social e institucional, e que me permitiram resistir ao que na época da minha formação, final dos anos [19]80, (...) se chamava psicologia da indústria. (...) a disciplina de Psicologia da Indústria, me incomodava, me inquietava, num certo modo de pensar o trabalho e de pensar o psicólogo nesse meio, ou seja, num modelo voltado para uma discussão produtivista e limitada ao um contexto empresarial e tudo mais.”

A partir dessa visão crítica da psicologia do trabalho da época e adotando uma perspectiva institucionalista, a entrevistada realiza através dos estágios suas primeiras incursões pelo campo:

“Eu tive a possibilidade de estagiar dentro de uma empresa, porém dentro dessa minha busca por uma intervenção institucionalista. Então isso sempre me permitiu pensar o processo de trabalho, esses processos organizacionais pela dimensão da produção e subjetividade no trabalho.”

Em 1991 a entrevistada conclui o curso de psicologia e foi contratada pela empresa onde fazia o estágio. Nesse período fazia um curso de formação em Porto Alegre, em Análise Institucional e, mais tarde em Saúde Mental Coletiva. Também nesse período, em função do fechamento da unidade onde trabalhava, passou a trabalhar em outra empresa. No curso de Saúde Mental Coletiva, o tema do trabalho monográfico foi o trabalho e a produção da subjetividade e da saúde mental. Depois de um tempo (cerca de quatro anos), a entrevistada passou a trabalhar em uma universidade de sua cidade, orientando estágios em psicologia

do trabalho. Como continuidade, fez mestrado em Porto Alegre e mudou-se para essa cidade. O tema do mestrado foi a relação entre trabalho e violência. A violência começa a aparecer como tema de interesse.

Em 1998 passa a trabalhar em outra universidade, diferente da universidade em que começou sua carreira docente. Na medida em que começa a desenvolver suas atividades nessa universidade, envolve-se com o tema do trabalho e inclui o tema da violência e segurança.

“Quando eu ingressei em [19]98 (...) estávamos começando a pensar em como nós íamos fazer essa articulação (...) como é que nós íamos levar essas discussões do trabalho e saúde e subjetividade no campo da segurança pública (...) para dentro desses espaços para, a partir dele, traçar outras formas de estar ativando essa discussão.”

A partir da atividade de docência e de um projeto de extensão, em parceria com uma colega, a entrevistada participou do processo de mobilização pela saúde do trabalhador no município e de formação da rede de atendimento. Depois começou a supervisionar estágios nos serviços de saúde do trabalhador.

“A gente então organizou, na verdade, momentos, oficinas e o que a gente pode chamar para discutir de onde vinham essas demandas e o que aparecia, o que vinha. E desse processo de discussão se originou, na época, com o edital também que saiu para investir na formação da Unidade Municipal de Referência. Isso foi acontecer aqui no ano de 2000, em torno de 2000, 2001, resultando de um processo ali iniciado em 1999.”

A partir dessa participação e de sua atuação como docente, a entrevistada relata sua compreensão sobre saúde do trabalhador, particularmente sobre o que define esse campo:

“Eu acho que o grande ponto é esse: a saúde do trabalhador como um campo que emerge dessa crítica da medicina do trabalho e da saúde ocupacional e que vai também estar no movimento da reforma sanitária. Então eu acho que o campo da saúde do trabalhador surge nessa afirmação em relação à essas práticas anteriormente vigentes.”

Como elementos centrais presentes no campo, coloca:

“A questão da ação coletiva, a questão da interdisciplinaridade, colocando cada vez mais em discussão a dimensão da transdisciplinaridade (...) no sentido da gente trabalhar a partir de estratégias que nos possibilitem problematizar os saberes constituídos num fazer, na ação.”

Sua ação em saúde do trabalhador dirige-se, também, para trabalho com a segurança pública, através de um projeto de extensão e pesquisa com policiais. Sobre esse projeto, relata:

“[o] projeto, durou 2 anos, de discussões e experiências, levantou-se questões, discutiu-se a questão da importância da articulação das políticas públicas e tudo mais, mas também foram momentos que marcou o limite, porque eu acho que efetivamente dali não chegamos a construir uma rede, sabe, um espaço efetivo nos Fóruns assim, que levasse essa discussão.”

A entrevistada identifica, porém, dificuldades em efetivar sua atuação no campo da segurança: “não é modelo, mas trazer essas questões mesmo, com aquele segmento é uma coisa um tanto difícil.”.

Na sua atuação, a entrevistada coloca que encontrava algumas interlocuções, principalmente entre técnicos colegas de profissão que:

“Também tem essa idéia de pensar a saúde do trabalhador partindo também de uma ação micropolítica nos próprios espaços de trabalho. De constituir pela análise da relação trabalho e subjetividade e saúde, de se criar instâncias de gestão política, que vem então a demanda para a gente estar pensando outros meios, via escola.”

Sobre a dimensão do campo da saúde do trabalhador, a entrevistada coloca:

“Eu acho que tem essa questão assim (...) um política que se faz na existência cotidiana, então é o que eu chamo micropolítica (...) Então eu acho que nesse plano político estamos andando bem, e se olharmos que existe uma outra esfera onde nós podemos pensar essa política”

Essa noção de uma micropolítica relaciona-se com o Estado e as políticas públicas:

“Política pública não se faz se não é com um processo permanente de uma micropolítica, no sentido de uma micro invenção e reinvenção. Porque a política nesse caso é um política viva, feita na existência, nas pessoas que vão sustentar determinada política e os embates vão se dar nesse plano micro. Então nesse sentido eu acho que há aí uma dimensão de ação política importante.”

Isso tem como conseqüência para a ação:

“Eu acho que é importante perseguir a formação da rede. Estar ocupando sim os espaços de militância, de discussão, de poder estar nos conselhos, de poder estar participando das conferências, de estar nos espaços. Eu acho que o caminho é tentar ativar isso, ativar a rede, ação em rede.”

E explica sua ação:

“Eu acho que nesse momento dos últimos anos do meu trabalho, a idéia é justamente de intervenções clínico-políticas nos espaços das escolas, criando essas discussões, é por aí que eu tenho andado nesse momento”.

E as possibilidades de mudança e transformação:

“aí que eu acho o que chamo de potencial clínico da micro-política, quando tu podes, pela análise da situação do trabalho, por exemplo, do teu espaço cotidiano, tu te produz existencialmente no dia-a-dia pelo que tu fazes. Tu te dá conta, lá pelas tantas, começa a produzir sentido para isso, que é essa homogeneização. Sem precisar reivindicar uma identidade, mas sim a possibilidade de se singularizar nesse momento. Então a produção da singularização, da diferença seria por dentro do processo de homogeneização. E aí, o movimento, a gente poderia pensar como se dando muito mais por contágio mesmo desse processo, onde a força ela vai se concretizar justamente pela possibilidade da diferença e não da identidade.”

A partir dessa perspectiva, a entrevistada participa de certos grupos que tem como ênfase a questão e a atuação em saúde do trabalhador. Principalmente, o grupo de pesquisa aparece como um espaço coletivo importante para a ação no campo da saúde do trabalhador:

“nos espaços que eu estou hoje diretamente inserida, dentro da minha universidade, do grupo de pesquisa que eu estou trabalhando nesse momento, é um espaço que nós discutimos isso (...) para onde eu vou, como me interesso pelo processo do trabalhar e subjetivar, a gente cria uns espaços nessas instâncias, tem sido isso o meu movimento.”

A partir de suas atividades de pesquisa, docência e atuação, a entrevista faz um curso de doutorado e, depois, pós-doutorado, e ingressou com professora adjunta em uma universidade federal. Perguntada se desenvolve algum tipo de atividade de voluntariado ou se é filiada a alguma organização política, a entrevistada relata que tem certa participação na ABRAPSO, mas que tem amigos que são filiados a partidos.

Sobre sua identificação como militante no campo da saúde do trabalhador, a entrevistada coloca:

“Eu acho que se for olhar militância como ocupação desses espaços efetivamente, eu acho que eu não tenho feito isso não. Eu acho que eu tenho me constituído nos últimos tempos muito mais como alguém que pesquisa essa relação trabalho, subjetividade e saúde. Que tenta encontrar os dispositivos de intervenção e pesquisa nesse campo. Produzir conhecimento por aí. E mediante os estágios [se] consegue produzir algumas outras coisas de um outro modo, mas tem sido por aí.

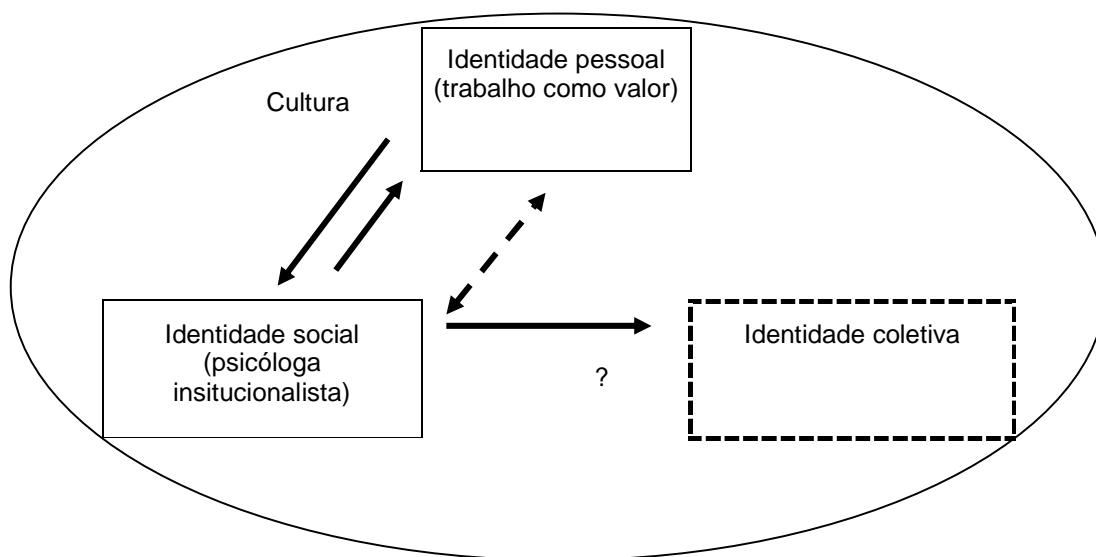
Esse auto-reconhecimento como pesquisadora busca ampliar o campo de interesses. Perguntada se reconhece a si como pesquisadora no campo da saúde do trabalhador, a entrevistada coloca:

“o trabalho para mim é uma dimensão central, talvez sim, do ponto de vista de que o trabalho está sempre na minha mira, especialmente pensando a questão do trabalho e subjetividade (...) Talvez sim, mas eu não diria tão especificamente assim, eu acho que muito mais ligados às práticas sociais, acho que começa mais a ampliar um pouco”.

A entrevista N. 12 identifica em relação aos anos de formação junto à família o trabalho como valor e como um referente importante para a formação de sua identidade pessoal. Ao longo da graduação em psicologia, a aproximação com determinadas disciplinas também foram apresentando referentes que, gradativamente, foram sendo incorporados: a inquietação, a postura crítica. Ao longo de sua trajetória profissional, a atuação direta no campo da saúde do trabalhador, a formação institucionalista e a formação em saúde do trabalhador, permitiram referentes importantes que tornaram os referentes presentes na identidade pessoal correspondentes aos referentes da identidade social profissional. A atuação profissional com docente e com pesquisadora permitiu à entrevistada envolver-se em algumas atividades coletivas no campo da saúde do trabalhador na cidade em que trabalhava. Essa atuação foi orientada a partir de uma tentativa de alinhamento entre o marco interpretativo de suas filiações intelectuais (movimento institucionalista, micropolítica) e o marco interpretativos da saúde do trabalhador (participação dos trabalhadores, reinvenção do trabalho). A saliência da identidade profissional e da identidade social profissional sem correspondência com uma identidade coletiva, que aparenta ser inexistente, limita as ações de engajamento e militância da entrevistada.

Veja-se, para a entrevistada N. 12, o esquema:

Esquema 15 - Correspondência identitária da entrevista N. 12



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: ← - - - - - →
Saliência de uma dimensão em relação a outra: —————→
Dimensão identitária ausente ou pouco saliente: - - - - -

O conjunto das entrevistas analisadas permite evidenciar, para os casos singulares, as relações de correspondência identitária entre as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade individual. Para esses casos, percebe-se a importância, na formação da identidade militante, de referentes que dispõem de alguma forma ao engajamento presentes tanto na dimensão pessoal quanto na dimensão social da identidade individual. Particularmente no caso da identidade social, a identidade social profissional desempenha um papel importante na disponibilização do marco interpretativo da saúde do trabalhador. Porém, o engajamento e o auto-reconhecimento identitário militante parecem depender também de grupos ou coletividade que de alguma forma disponibilizam referentes de identificação coletiva. Na ausência desses referentes coletivos, o engajamento

parece se referir nem tanto a um auto-reconhecimento identitário militante mas, talvez, a um engajamento profissional.

As entrevistas onde se verificam processos atuais de correspondência entre as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade são as entrevistas N. 2, N. 3, N. 4, N. 7, N. 8, N. 9, N. 10. Nessas entrevistas, os referentes constituídos a partir de valores culturais relacionados de alguma forma às noções de justiça, trabalho, dedicação, compromisso, etc. que se tornam presentes na dimensão pessoal da identidade alinham-se aos referentes que também veiculam engajamento presentes na identidade social. Esse alinhamento em relação à identidade social acontece em três situações: 1) quando nessa dimensão está presente o marco interpretativo da saúde do trabalhador ou da saúde coletiva; 2) quando nessa dimensão estão presentes referentes a partir de categorias cuja interpretação contém de alguma forma a noção do engajamento (uma interpretação em relação à discriminação e a exclusão étnica, no caso da entrevista N. 2; uma interpretação dos processos de exploração da classe trabalhadora, no caso das entrevistas N. 3, N. 7, N. 8, N. 9 N.10); ou, 3) quando está presente um forte sentimento de compromisso com o outro (N.4).

Para essas entrevistas, onde acontece a correspondência entre as três dimensões identitárias, a dimensão coletiva da identidade individual proporciona os referentes que alinham as dimensões pessoal e social coletiva tendo a atuação militante e o engajamento como fundamento. A identidade coletiva, na medida que vincula o indivíduo à coletividade a partir dos sentimentos de pertencimento e de ação conjunta (MELUCCI, 1996, 73), permitem a esses indivíduos reconhecerem-se atuando coletivamente a partir de uma perspectiva de transformação e mudança social. Militando, enfim. Nessas situações tem-se o auto-reconhecimento identitário militante.

4. IDENTIDADE E ENGAJAMENTO NO MOVIMENTO DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO RIO GRANDE DO SUL

Para além dos processos individuais de correspondência e de auto-reconhecimento identitário, a análise das entrevistas permite evidenciar a relação entre os processos de correspondência identitária e o auto-reconhecimento identitário militante que se constitui no campo da saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul entre os anos de 2008 e 2010, quando as entrevistas foram feitas. Apesar das entrevistas evidenciarem as trajetórias de militância dos entrevistados, o que envolve para muitos deles quase duas décadas de engajamento no campo da saúde do trabalhador, optou-se por considerar os reconhecimentos atuais apontados pelos entrevistados. As considerações acerca dos processos de auto-reconhecimento identitário que caracterizam atualmente o campo da saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul são feitas, então, a partir de uma análise dos processos de correspondência que se verificam entre as três dimensões identitárias (pessoal, social e coletiva) considerando-se o conjunto dos entrevistados. Longe de qualquer pretensão de generalização das considerações aqui levantadas, o que se busca é verificar se para o grupo pesquisado pode-se evidenciar um esquema de correspondência e auto-reconhecimento identitário e, em que medida esse esquema pode ser usado para compreender o movimento de saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul.

Assim, tendo como objeto de análise cada uma das dimensões identitárias (a identidade pessoal, a identidade social e a identidade coletiva), a análise a seguir procurou evidenciar a presença em cada uma dessas dimensões da identidade referentes de identificação que de certa forma dispõem ao engajamento. Procurou—se, também, verificar quais relações são possíveis de se estabelecer entre essas dimensões identitárias a partir dos referentes de

identificação encontrados. O padrão da relação entre as diferentes dimensões identitárias (as correspondências existentes entre as diferentes dimensões identitárias) evidencia o padrão de engajamento do grupo de pessoas entrevistadas e, se considerar alguma representatividade ao grupo pesquisado, do movimento de saúde do trabalhador no momento da pesquisa. Esse padrão é apresentado, de forma sintética, em um esquema ao final do tópico.

4.1. Referentes culturais, políticos e ideológicos e a identidade pessoal

Estão presentes em várias das entrevistas analisadas (entrevistas 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8) referentes identitários amplos, situados no âmbito da cultura e que são evidenciados através das crenças, valores, ideologias e concepções de homem e de organização política da sociedade e que veiculam de alguma forma elementos como solidariedade, envolvimento, participação e engajamento. Esses referentes incidem nos processos de correspondência entre as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade dos entrevistados.

Na maioria das entrevistas a trajetória vivida é recomposta a partir de uma interpretação da história pessoal que inclui uma compreensão do contexto político presente nos anos de formação (a ditadura militar, nas entrevistas 1 e 5); uma determinada interpretação do homem (o holismo, na entrevista 4); uma interpretação geral do que seria justiça social ; a adesão a uma ideologia de esquerda (nas entrevistas 1, 3, 7 e de certa forma a entrevista 8); ou, uma perspectiva de classe e etnia (entrevista 2). Esses elementos foram formados ou nos anos de ensino médio ou ao longo do curso de formação universitária.

Para o entrevistado N. 1, a trajetória pessoal é interpretada a partir de uma identidade pessoal política que apresenta determinados valores a partir dos quais, num contexto de ditadura militar, a luta pela democracia e pela liberdade e contra a opressão aparecem como elementos de identificação. Esses referentes culturais

formam a identidade pessoal e são acompanhados pela constituição de uma identidade coletiva e social.

Na entrevista N. 2, o entrevistado destaca a necessidade de trabalhar desde criança, do trabalho como um símbolo de classe e etnia e de enfrentamento à situação de pobreza. Assim, a classe social aparece como um referente identitário que, inclusive, conecta a identidade social (etnia e classe social) com a identidade coletiva (membro atuante na comunidade; trabalhador sindicalizado).

No caso da entrevista N. 3, a interpretação da biografia pessoal, quando se refere aos anos de formação escolar e à importância da família, é feita levando-se em conta um referente identitário baseado no político, sem referir-se ainda a um pertencimento a grupos específicos. Nesse nível, o auto-reconhecimento estaria mais próximo de uma cultura política. Referentes amplos como “direita” e “esquerda” são suficientes para o entrevistado produzir categorizações e localizar-se socialmente (em termos políticos). Direcionada inicialmente a si e à família (o entrevistado em relação à família) os referentes políticos “direita” e “esquerda” produzem uma identidade pessoal e uma identidade coletiva. Sendo de “direita”, o entrevistado participava em organizações que no seu ponto de vista seriam de “direita”: grupos religiosos, escoteiros.

Na entrevista N. 4 esses elementos estão menos presentes. Aparece, no entanto, ao longo da graduação em medicina uma interpretação de homem que tende a vê-lo como um ser integral. Esse referente localiza a entrevistada em relação à sua vida profissional, aos outros e a sociedade. Esse referente é marcado profundamente pela formação religiosa e “espiritualista”, formada a partir da convivência com a avó. O “espiritualismo”, o holismo, a busca por “fazer algo que contribua”, e isso como a “essência de tudo” são referentes culturalmente produzidos e que estão fortemente presentes na identidade pessoal.

Na entrevistada N. 5, verificamos que a biografia é descrita a partir da política. A ditadura aparece nesse relato como algo do qual não se podia falar, com algo tornando a política clandestina. A família é identificada como “conservadora”. Ao mesmo tempo, o contato com a desigualdade social e com a

pobreza e interpretada, na época da formação escolar, pela noção de justiça social, muito a partir de uma leitura religiosa produzida a partir da escola particular em que estudava. Da mesma forma que a entrevistas anterior (N. 4) os referentes culturais aparecem fortemente na produção da identidade pessoal mas não incidem na formação de uma identidade coletiva nem tampouco na identidade social.

Nas entrevistas N. 7 e N. 8, aparecem nos primeiros anos de juventude, uma formação política que acontece ou na universidade ou a partir do trabalho (entrevista N. 8) e que apresenta desde já uma concepção de mundo e das relações sociais que estará presente como “pano de fundo” ou como “trilho” para o resto de suas vidas. A adesão ao sindicalismo, no caso dessas duas entrevistas, ou seja, a formação de uma identidade coletiva, parece estar diretamente ligada à correspondência a uma identidade social (trabalhador) e uma identidade coletiva (sindicalista, militante partidário) formada relativamente cedo.

No entanto, em algumas entrevistas, esses referentes identitários políticos ou ideológicos ligados à formação e que dispõem de alguma maneira ao engajamento não aparecem de forma clara ou estão ausentes. Na entrevista N. 9, por exemplo, o relato sobre a inserção no sindicato não é feito a partir de uma interpretação ideológica das relações de trabalho. Isso será construído posteriormente, na medida em que começa a participar e assumir responsabilidades dentro do sindicato como sindicalista liberada. Nas entrevistas N. 10, N. 11 e N. 12, os referentes identitários associados à formação (o trabalho, nas entrevistas N. 10, N. 11 e N. 12; a formação familiar rígida, na entrevista N. 11) não parecem veicular nenhuma forma de engajamento. Em todas essas entrevistas, porém, referentes da ordem do político ou do social foram sendo construídos ao longo da trajetória de atuação profissional e de atuação no campo da saúde do trabalhador. Na entrevista N. 10 aparece muito fortemente os princípios do SUS como referentes de um ideal de justiça social e a participação (controle social, em se tratando do SUS) como elemento fundamental desse processo; na entrevista N. 11, o compromisso profissional como docente,

responsabilizando-se pela formação de futuros profissionais engajados e críticos; na entrevista N. 12, como uma decorrência de uma trajetória intelectual e de afinidades teóricas que produz uma leitura da realidade social e das possibilidades de emancipação a partir da idéia de uma micropolítica.

No caso das entrevistas de 1 a 10, com exceção das entrevistas N. 11 e N. 12, os referentes identitários atualizam, para cada entrevistado, no âmbito das crenças, valores, ideologias, concepções de mundo e homem, ou seja, no âmbito da cultura, significados vinculados diretamente ao engajamento e à ação coletiva (ser “de esquerda”; ser ou comprometer-se com a “classe trabalhadora”; ser discriminado pelo racismo; garantia de direitos e participação social). É necessário verificar qual a correspondência que esses referentes irão apresentar com os referentes identitários das dimensões coletiva, social e pessoal da identidade individual. É necessário verificar, no caso das entrevistas N. 11 e N. 12, como os referentes identitários compromisso profissional e compromisso intelectual relacionam-se com essas outras dimensões identitárias.

A identidade pessoal pressupõe um reconhecimento de si (auto-reconhecimento) como ser particular e envolve tanto referentes absolutamente idiossincráticos retirados da história pessoal e da personalidade quanto referentes fornecido pela cultura, através dos processos de socialização primária e secundária. Referentes culturais associados a valores, ideologia, crenças, estão presentes em todas as entrevistas. Nelas aparecem como elementos de auto-reconhecimento pessoal referentes relativos à orientação ideológica (ser “de esquerda”, na entrevista N. 3; andar a partir de um “trilho”, na entrevista N. 7); valores como justiça, equidade, participação (Entrevistas N. 1 e N. 5); trabalho (entrevista N. 10, N. 11 e N. 12), a pobreza, a condição de classe e étnica (entrevista N. 2); holismo e integralidade do ser humano. Esses valores são alinhados aos referentes das outras dimensões identitárias a partir dos marcos interpretativos tornados relevantes para cada entrevistado. De forma geral, percebe-se que os referentes encontrados na dimensão pessoal da identidade e que de alguma permitem veicular interpretações que dispõem à participação e ao

engajamento (classe social, etnia, igualdade, justiça, etc.) são relevantes para a produção da correspondência com os referentes das outras dimensões identitárias.

4.2. A identidade social

A análise da dimensão da identidade social será feita na seguinte ordem: primeiro, as entrevistas N. 2, N. 3, N. 7, N. 8, N. 9 e N. 10. Nessas entrevistas observa-se uma correspondência entre as três dimensões identitárias em análise (identidade pessoal, social e coletiva) e o auto-reconhecimento identitário militante que mais se aproxima à especificidade do campo da saúde do trabalhador. Depois as entrevistas N. 1, N. 5, N. 6, N. 11 e N. 12. Nessas entrevistas a correspondência identitária prevalecente é entre a identidade pessoal e a identidade social, estando ausente ou bastante diminuída a identidade coletiva. Na entrevista N. 4 tem-se a correspondência identitária, mas quando incorpora a dimensão coletiva da identidade ela deixa de se referir ao campo da saúde do trabalhador.

A identidade social realiza uma mediação fundamental entre os referentes culturais (crenças, valores, ideologia, concepções) que se tornam salientes a partir da identidade pessoal e a identidade coletiva (pertencimento a partir da identificação a um coletivo específico). Isso é verificado na entrevista N. 2. Aqui, referentes de classe e etnia (referentes da identidade social) alinhados à referentes pessoais que de certa forma dispõem ao engajamento, encontram na identidade coletiva sua correspondência. As três dimensões identitárias são correspondentes, ou seja, referentes identitários encontrados em cada uma das dimensões estão alinhados (são interpretados em sentidos próximo ou similar) e os marcos interpretativos que são utilizados para a interpretação dos referentes são congruentes (coerentes entre si).

Na entrevista N.3, a identidade social profissional é dependente da identidade coletiva e essa, por sua vez, da identidade pessoal. Há correspondência entre as três dimensões identitárias. Os referentes identitários da identidade social profissional são interpretados fundamentalmente a partir do marco interpretativo da saúde do trabalhador, que é congruente com as interpretações que dão sentido à identidade pessoal (esquerda) e à identidade coletiva (sindicalista, ativista político).

Isso acontece, também, com as entrevistas N. 7, N. 8 e N. 9, com alguns referentes distintos. Na entrevista N. 7, a identidade social (trabalhadora) e a identidade social profissional (assessora sindical) é correspondente à identidade coletiva (trabalhadora militante em sindicato) e ambas correspondem aos referentes ideológicos presentes na identidade pessoal (de esquerda). A identidade social profissional (profissional da área da saúde – educação física – que atua com saúde do trabalhador) é consolidada no processo de correspondência identitária, o que se evidencia pelos processos constantes de qualificação profissional (especialização, mestrado). Na entrevista N. 8, N. 9 a identidade social (trabalhador) é correspondente à identidade social profissional (trabalhador em determinada categoria) e ambas são correspondentes à identidade coletiva (sindicalista). A correspondência entre essas três dimensões identitárias depende, nesse caso, de uma saliência no interior da identidade social da identidade trabalhador em detrimento da profissão como referente da identidade social (categoria profissional que o define como trabalhador: professor, metalúrgico, bancário, etc.). É pela saliência da identidade social trabalhador (classe social) que as identidades pessoal e coletiva tornam-se correspondentes. Diferente das entrevistas N. 7 e N. 8, na entrevista N. 9, apesar de existir a correspondência identitária, os referentes das dimensões pessoal, social e coletiva da identidade que dispõem ao engajamento não parecem ser interpretadas a partir do marco da saúde do trabalho, estando este presente apenas na interpretação das ações realizadas a partir da atuação como sindicalista. Assim, apesar da correspondência identitária, não há um alinhamento interpretativo dos referentes.

Na entrevista N. 10, ação no campo da saúde do trabalhador se dá a partir da saliência na identidade pessoal de valores como “trabalho” e “participação”. O quadro interpretativo da saúde pública permite o alinhamento entre a identidade coletiva (participação nos Conselhos de Saúde), a identidade social profissional (sindicalista) e a identidade pessoal. O engajamento é mais amplo, no entanto, que o engajamento na luta pela saúde do trabalhador.

Na entrevista N. 1 observamos uma ruptura provocada a partir da identidade social profissional em relação à identidade coletiva. Os processos de correspondência identitária que antes envolviam as três dimensões identitárias deixam gradativamente de acontecer tanto pela diminuição do seu envolvimento (no partido político, por exemplo), quanto pela dificuldade de manter certos coletivos (o grupo que atuava na gestão como controle social do serviço em que trabalha). A saliência da identidade profissional e sua correspondência com a identidade pessoal tornaram desnecessária a identidade coletiva.

Nas entrevistas N. 5 e N. 6, a identidade social profissional tem um papel bastante forte nos processos de correspondência identitária. O marco interpretativo da saúde do trabalhador é congruente ao marco interpretativo da saúde pública, que orienta a atuação profissional, o qual, por sua vez, é congruente aos referentes encontrados na identidade pessoal de justiça, e igualdade. No caso da entrevista N. 5, de forma muito similar à entrevista N. 1, as correspondências entre a identidade pessoal e a identidade social profissional tornam desnecessária a identidade coletiva. No caso da entrevista N. 6, a identidade coletiva aparece fortemente, sendo sua ausência inclusive motivo de sofrimento pessoal. Aqui, cabe novamente a pergunta: o que explica aqui que a correspondência identitária entre a identidade pessoal e a identidade social profissional não se constitua com suficiente em relação à identidade coletiva, como acontece na entrevista N. 1 e na entrevista N. 2? No caso da entrevista N. 6, a saliência da identidade profissional apóia-se fortemente no marco interpretativo da saúde do trabalhador (que enfatiza a ação coletiva), diferente da entrevista N. 1, cuja saliência parece apoiar tanto nos referentes da saúde do trabalhador

quanto na identidade social profissional (médico). No caso da entrevista N. 5, a saliência da identidade profissional apóia-se mais nos referentes da saúde pública. O acompanhamento aos Conselhos de Saúde como atividade profissional realiza esse referente coletivo por dentro da identidade social profissional, sem precisar a entrevistada N. 5 propriamente incluir-se num coletivo específico.

Nas entrevistas N. 11 e N. 12, a relação de correspondência acontece entre a identidade pessoal e a identidade social profissional. A identificação coletiva, quando acontece, fica circunscrita à atividade profissional (a instituição onde se trabalha, entidades científicas, etc.). O marco interpretativo da saúde do trabalhador orienta a atuação profissional, alinha-se a alguns elementos da identidade pessoal, mas não chega a dispor ao engajamento para além da ação que se realiza como atividade profissional.

4.3. A identidade coletiva

Referentes de participação e engajamento que se constituem como identificadores presentes na dimensão da identidade coletiva aparecem explicitamente nas entrevistas N. 1, N. 2, N. 3, N. 4, N. 7, N. 8 e N. 9. Esses elementos estão, porém, ausentes nas entrevistas N. 5, N. 6, N. 10, N. 11 e N. 12. Além disso, mesmo onde esses referentes estão presentes, eles não necessariamente se referem a um coletivo que tenha na saúde do trabalhador a sua questão central. Vamos ver detalhadamente como isso acontece:

Para o entrevistado N. 1, já nos anos escolares, referentes políticos da identidade pessoal (militância contra a ditadura) o dispõe a participar do movimento estudantil, a vincular-se a um grupo de militância específico e, depois, filiar-se ao PT, participando, inclusive de uma de suas correntes. A identidade coletiva é, então constituída a partir de um alinhamento entre os referentes apresentados pelas coletividades específicas (partido político e corrente no interior

do partido) e a identidade pessoal política, havendo entre elas correspondência (SNOW & McADAM, 2000, 47). Ao longo de sua formação e atuação profissional o entrevistado toma contato com o campo da saúde do trabalhador e se apropria de seu marco interpretativo. O entrevistado direciona sua atuação profissional tendo como referência o marco interpretativo da saúde do trabalhador. Os elementos de engajamento veiculados pelos referentes até então fornecidos pela identidade coletiva são de certa forma substituídos por elementos similares disponibilizados pelo marco interpretativo da saúde do trabalhador. Dessa forma, a identidade social profissional proporciona através dos referentes do marco interpretativo da saúde do trabalhador um substituto à identidade coletiva em relação aos processos de correspondência com a identidade pessoal. Há nesse caso uma saliência da identidade social profissional (STRYKER, 2000, 34). Essa saliência em relação à identidade pessoal, aliada a ausência de outra identidade social qualquer (classe, gênero, etnia, política), parece tornar desnecessária a identidade coletiva.

Essa correspondência entre as dimensões pessoal, social e coletiva da identidade é verificada de forma muito clara na entrevista N. 2. As identidades pessoal, social (étnica), social profissional (enfermeiro) e coletiva (militante da saúde, sindicalista, do movimento negro), inclusive, surgem praticamente de forma concomitante. Porém, o que pode explicar aqui que a correspondência identitária entre a identidade pessoal e a identidade social profissional não se constitua com suficiente em relação à identidade coletiva, como acontece na entrevista N. 1? Uma possível explicação para isso é que no caso da entrevista N. 2, a identidade social profissional não é correspondente aos referentes de engajamento presente na identidade social de etnia e na identidade social de trabalhador. Aqui não há a saliência da identidade profissional e sim dos elementos de engajamento da identidade social (classe e etnia) que encontram na identidade coletiva e pessoal sua correspondência.

Para o entrevistado N. 3, a adesão a uma identidade coletiva é, em certa medida, condição de manutenção da identidade profissional. A menos que se

reorganize a trajetória profissional (a atividade de docência pode ser uma tentativa disso), a manutenção da identidade coletiva torna-se necessária, pois são os seus referentes que alinham a identidade pessoal à identidade social profissional. Uma compreensão alternativa, porém, pode ser a seguinte: face à diversidade de referentes identitários coletivos (sindicato, serviços de saúde, partido), o que mantém a correspondência identitária são sobretudo os referentes pessoais, já que a identidade profissional é decorrente da identidade coletiva (como visto na análise longitudinal da entrevista N. 3). Se nem a identidade coletiva nem a identidade profissional é saliente em relação à identidade pessoal, o engajamento é dependente das necessidades de correspondência da identidade pessoal.

Nas entrevistas N. 7 e N. 8, a identidade coletiva (sindicalista) é saliente em relação à identidade profissional e é ela que mantém a correspondência com os referentes de engajamento presentes na identidade pessoal. Esses referentes alinham-se mais ou menos com o quadro interpretativo da saúde do trabalhador, o que vincula mais ou menos cada entrevistado a esse campo (mais a entrevistada N. 7; menos o entrevistado N. 8, que está, inclusive, ampliando suas ações e incorporando a cultura como uma linha de ação).

No caso da entrevista N. 9, os referentes político-ideológicos da identidade coletiva parecem relativamente dissociados da identidade pessoal e com certo alinhamento com a identidade social de gênero. O marco interpretativo da saúde do trabalhador apresenta certos referentes que permitem um alinhamento entre a identidade social de trabalhadora e a identidade coletiva de sindicalista. O processo de correspondência identitária relacionado ao engajamento no campo da saúde do trabalhador parece se limitar a isso, ou seja, sem comprometimento amplo das diversas dimensões identitárias.

A entrevista N. 4 as diversas identidade coletivas (associadas a coletividades como grupo espiritual, motoqueiros e vegetarianismo) estão desvinculadas da saúde do trabalhador e são constituídas a partir de referentes culturais da identidade pessoal. Há tanto uma correspondência entre os referentes culturais que formam a identidade pessoal e a identidade profissional (sendo que

aqui esse processo acontece a partir da mediação do marco interpretativo) quanto um processo de correspondência entre a identidade pessoal e a identidade coletiva, alinhando-se aqui porém outros referentes, diferentes daqueles apresentado pelo marco interpretativo da saúde do trabalhador (tais como vegetarianismo, holismo, etc.). Essa correspondência torna, em certo sentido, desnecessária a correspondência identitária entre a identidade social profissional e a identidade coletiva.

Nas entrevistas N. 5, N. 6, N. 10, N. 11 e N. 12 a identidade coletiva, ou a identificação com determinadas coletividades e a produção de um pertencimento a partir dessa identificação, aparece subordinada à identidade social profissional, quando se relaciona à saúde do trabalhador. Porém, nessas entrevistas, a identidade coletiva não aparece explicitamente. Talvez para esses entrevistados a identidade coletiva esteja vinculada à identidade profissional, o que a torna inexpressiva ou inexistente. A entrevistada N. 5 identifica-se como uma militante do campo da saúde pública, sem atuar em nenhum grupo específico para além de sua instituição de trabalho. O mesmo acontece com a entrevistada N. 6, com a diferença aqui que essa entrevistada não tem encontrado no seu lugar de trabalho mediações que permita realizar os elementos de engajamento presentes na sua identidade política (sente-se “descartada”). Na entrevista N. 10 verificamos que a participação no sindicato e nos conselhos de saúde constituem um forte elemento de identificação. Essa identificação parece referir-se mais a identidade pessoal ou à identidade social, na medida em que produz tanto elementos de auto-reconhecimento quanto de distinção (BOURDIEU, 2007 [1979], 78). Nas entrevistas N. 11 e N. 12. A identificação coletiva parece estar ausente. O que se tem mais próximo a isso é a identificação profissional (ambas entrevistadas são filiadas a associações profissionais).

Observamos, nas entrevistas N. 5, N. 6, N. 10, N. 11 e N. 12 que a compreensão do campo da saúde do trabalhador é feita a partir de uma compreensão mais ampla da saúde pública, na qual afirma-se o marco

interpretativo da saúde do trabalhador sem as suas demarcações de fronteiras baseadas nas contradições capital trabalho.

A análise do conjunto das entrevistas em relação à dimensão da identidade coletiva permite verificar que os referentes de engajamento da identidade coletiva no campo da saúde do trabalhador acontecem quando eles são correspondentes a referentes de engajamento presentes ou na identidade social ou na identidade pessoal (ou em ambos, como é o caso da entrevista N. 2). A ausência desses referentes ou na identidade pessoal ou na identidade social a identidade coletiva torna-se desnecessária. Isso não explica, por si só, a relevância ou a ausência da identidade coletiva: a identidade coletiva torna-se saliente quando os referentes de engajamento disponibilizados pela identidade coletiva correspondem aos referentes de engajamento de pelo menos uma das dimensões identitárias. Assim, em determinadas situações processos de correspondência entre a identidade pessoal e a identidade social a partir da saliência de referentes identitários nessas duas dimensões, tornam desnecessária a saliência ou até mesmo a presença de referentes coletivos.

Outra duas análises, mesmo que breves, são importantes em relação à dimensão pessoal da identidade nos processos de correspondência no campo da saúde do trabalhador. Uma primeira refere-se ao casamento entre pessoas que atuam no campo. O entrevistado N. 2 é casado com uma pessoa que atua diretamente no campo da saúde do trabalhador. Os entrevistados N. 7 e N. 8 são companheiros. A entrevistada N. 4 é casada com um médico também com especialização em homeopatia, que frequenta o mesmo grupo espiritual e também é motoqueiro. Isso evidencia a força da correspondência, para cada caso, da identidade social e da identidade coletiva em relação à identidade pessoal.

Outra análise refere-se à importância, verificada em várias entrevistas, da formação continuada. Aqui, a formação não aparece apenas como uma exigência de colocação no mercado de trabalho ou de especialização profissional, mas de crescimento pessoal e de manutenção dos processos de correspondência identitária. Novamente, a correspondência identitária evidenciada entre a

dimensão social profissional e a dimensão pessoal torna a formação um elemento importante de realização pessoal e, dessa forma, de auto-reconhecimento pessoal.

4.4. A correspondência identitária para o conjunto de entrevistados

A análise relacional das correspondências identitárias para o conjunto dos entrevistados torna-se mais complexa na medida em que a busca pelas “configurações de significados” envolve um maior número de “unidades de significados”. A análise longitudinal de cada entrevista individual permitiu evidenciar as relações entre as dimensões identitárias específicas a cada entrevistado, evidenciando-se a singularidade como sendo produzida pela relação particular entre as dimensões identitárias encontradas em cada caso. A análise relacional permite evidenciar padrões das relações entre as dimensões identitárias.

Assim, observando o processo de correspondência entre as dimensões identitárias entre os entrevistados técnicos verificamos que a atuação profissional, a saúde pública e os princípios do SUS aparecem salientes. Uma exceção a isso talvez seja a entrevista N. 2, onde há uma saliência da identidade coletiva fortemente marcada pelas referências de classe e etnia. Em relação aos sindicalistas, a atuação a partir do sindicato aparece saliente e como forte elemento de identificação, muito embora o marco interpretativo da saúde do trabalhador jogue aqui um papel importante na definição das ações a serem desenvolvidas a partir do sindicato. Entre trabalhadores acadêmicos a atuação profissional como docente ou intelectual é fortemente saliente.

Se tomarmos os sujeitos entrevistados como representativos da composição das pessoas engajadas no campo da saúde do trabalhador, pelo menos no Rio Grande do Sul, podemos verificar que o lugar institucional a partir

do qual se situa o entrevistado tem um papel bastante relevante na definição do elemento saliente da identidade (identidade social profissional). Porém, na presença de referentes em outras dimensões identitárias que apresentam conteúdos relacionados ao engajamento (identidade pessoal e identidade coletiva), a importância desse lugar institucional é relativizada a partir da preponderância de uma determinada estrutura de significados

Assim, entre profissionais acadêmicos, tomando como exemplo a entrevista N. 11, a preponderância da saúde pública como uma referência faz com que ser uma profissional de saúde (enfermeira) assuma uma saliência junto com a atividade de docente.

Entre os sindicalistas, na entrevista N. 7, por exemplo, a formação em saúde (educação física) e a especialização em saúde do trabalhador tornam-se preponderante em relação a atuação profissional e jogam um papel importante como referentes na definição da correspondência identitária.

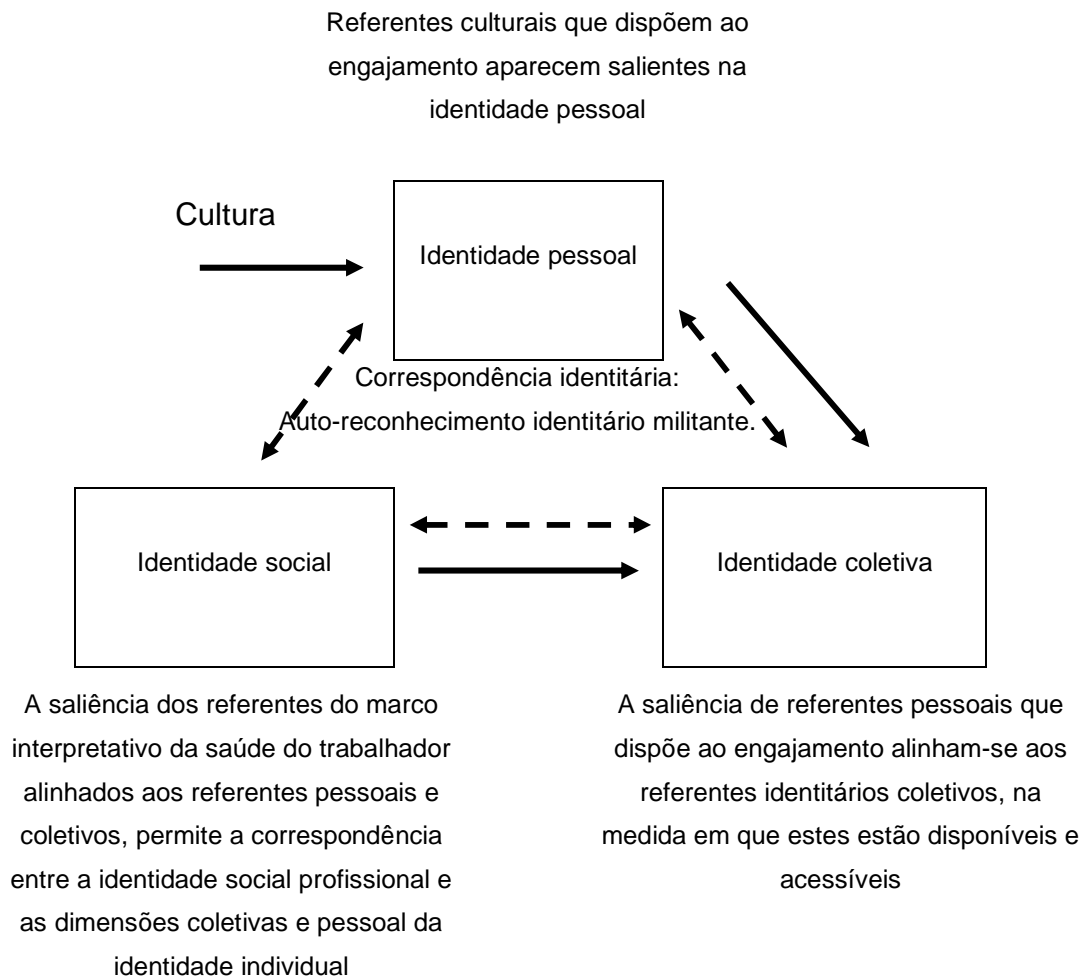
Dessas considerações, podemos inferir que os processos de correspondência identitária que sustentam o auto-reconhecimento identitário militante no campo da saúde do trabalhador acontecem a partir da relação entre, pelo menos, três elementos: a presença de referentes culturais que de alguma forma aparecem como relevantes para a identidade pessoal e que dispõem ao engajamento; a presença de um marco interpretativo que produz um alinhamento entre a identidade social e a identidade coletiva; a saliência da identidade social profissional e sua correspondência com a identidade coletiva e a identidade pessoal.

Em outros termos: os referentes culturais que dispõem ao engajamento aparecem salientes na identidade pessoal. A saliência desses referentes junto com a saliência da identidade social profissional, constituem os referentes para a identidade coletiva. A saliência na identidade social profissional dos referentes do marco interpretativo da saúde do trabalhador permite a correspondência entre a identidade social profissional e as dimensões coletivas e pessoal da identidade individual.

Referentes identitários da identidade pessoal e da identidade social apresentam-se salientes em relação aos referentes encontrados na identidade coletiva e constituem o auto-reconhecimento identitário militante quando e na presença de coletividade que tornam possível uma atuação a partir delas: sindicatos, conselhos, comissões, instituições, etc. Na ausência dessa coletividade como algo anterior e facilitador à ação militante, o engajamento fica enfraquecido (ver, de forma muito evidente, a entrevista N. 6). Talvez essa configuração das correspondências identitárias esteja, de alguma forma, relacionada com a ausência de organizações de movimentos sociais que atuam de forma específica no campo da saúde do trabalhador. Há no campo da saúde do trabalhador a ausência de uma institucionalidade própria ao movimento, sendo ele constituído a partir de organizações sindicais, de pessoas que atuam em órgãos públicos ou em universidades. Pelo menos no Rio Grande do Sul, os grupos de qualidade de vida ou associações de portadores de agravos específicos à saúde estão de alguma forma vinculados à sindicatos ou à serviços públicos de saúde. Uma exceção talvez seja o Fórum Intersindical de Saúde do Trabalhador, muito embora seja antes de tudo um fórum intersindical.

Assim, seguindo os esquemas apresentados para cada entrevistado, os processos de correspondência relacionados com o auto-reconhecimento identitário no campo da saúde do trabalhador podem, então, ser sintetizados a partir do seguinte esquema:

Esquema 15 - Correspondência identitária no movimento de saúde do trabalhador a partir do grupo de entrevistados



Fonte: elaboração do autor

Legenda: Correspondência identitária: ↔
Saliência de uma dimensão em relação a outra: →

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identidade militante é um fenômeno singular que se produz a partir das possibilidades de autoreconhecimento identificadas pelo indivíduo. Esse auto-reconhecimento pressupõe tanto a identificação de pertencimento a grupos e coletividades a partir de referentes culturais e sociais, quanto a identificação a partir de referentes pessoais que justificam o engajamento. Dessa forma, o auto-reconhecimento identitário militante se constitui a partir das correspondências que são produzidas entre as três dimensões da identidade individual: a identidade pessoal, a identidade social e a identidade coletiva. Como decorrência, as relações de correspondência que estes referentes estabelecem entre si estão associadas a distintas formas de engajamento e auto-reconhecimento identitário militante.

A identidade militante é um fenômeno coletivo na medida em que se relaciona com as possibilidades de ação coletiva e os processos de pertencimento. O auto-reconhecimento identitário militante pressupõe o pertencimento a categorias sociais e a coletividades cujos referentes são tornados salientes na medida em que se alinham aos referentes disponibilizados pela cultura e pela experiência pessoal.

A identidade militante tem na correspondência identitária o mecanismo que a produz e nos marcos interpretativos o conteúdo que a preenche e dá significado. No âmbito do indivíduo, é a configuração particular da correspondência entre as diferentes dimensões identitárias e a particularidade dos conteúdos veiculados pelos marcos interpretativos e que são feitos congruentes que produzem a singularidade da experiência militante individual. No âmbito do coletivo, são as disposições ao engajamento apresentadas pelas diferentes dimensões identitárias e as possibilidades de alinhamento entre os seus referentes que permitem uma

correspondência entre essas dimensões e o auto-reconhecimento identitário militante para os indivíduos coletivamente.

Dessa forma, o auto-reconhecimento identitário militante é uma expressão da singularidade através da coletividade. É o que permite verificar o sentido estritamente pessoal do engajamento e, ao mesmo tempo, a expressão coletiva dos sentidos pessoais.

No que pese o limites desta tese, ela pretende ser, de certa forma, uma contribuição tanto à teoria da identidade quanto à teoria dos movimentos sociais. Em relação à teoria da identidade, pretende demonstrar o fenômeno identitário como produzido a partir dos pertencimentos coletivos. Quanto à teoria dos movimentos sociais, os pertencimentos coletivos como sendo produzido a partir dos seus significados individuais.

Muito embora o número reduzido de sujeitos entrevistados limite as possibilidades de generalização da pesquisa realizada, a análise em profundidade da trajetória no campo da saúde do trabalhador de cada sujeito pode revelar a especificidade do auto-reconhecimento identitário em cada caso, evidenciando-se aí justamente a singularidade do engajamento individual a partir das possibilidades do engajamento coletivo. A busca pela generalização localiza-se, então, para além das conclusões obtidas, na possibilidade de construção de um instrumento analítico que permita compreender os processos de correspondência identitária individual no contexto da ação coletiva.

As considerações acerca dos processos de engajamento e auto-reconhecimento identitário no campo da saúde do trabalhador devem ser feitas, no entanto, considerando-se as especificidades institucionais das organizações que atuam nesse campo e que o configuram como um movimento social. Uma característica do movimento da saúde do trabalhador é a diversidade da origem institucional de seus militantes e das pessoas envolvidas com o campo (LACAZ, 1996). Pela multiplicidade das instituições presentes no campo (órgãos públicos, sindicatos, universidades, etc.), revelam-se múltiplas também as formas de engajamento. Essa diversidade institucional veicula para as pessoas que atuam

no campo da saúde do trabalhador uma grande diversidade de ocupações profissionais: profissionais da saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, etc), funcionários públicos, sindicalistas, professores, intelectuais. Face à diversidade, as possibilidades da identidade social profissional aparecer em jogo como saliente em relação às outras identidades é bastante forte. Isso, inclusive, verifica-se nos casos estudados. Assim, considerando a preponderância da saliência da identidade social profissional, para o auto-reconhecimento identitário militante estar presente, torna-se necessário a presença de referentes que dispõem ao engajamento presentes nas outras dimensões da identidade individual (identidade pessoal e coletiva).

Nesse contexto situa-se a discussão sobre a presença de *organizações de movimentos sociais* no campo da saúde do trabalhador e a configuração mesma desse campo como um movimento social. Sidney Tarrow (1998) distingue movimentos sociais e organizações de movimentos sociais. Apoiando-se na formulação feita por Charles Tilly, o autor define movimentos sociais como “uma interação sustentada e conflituosa entre atores sociais objetivando mudanças” (TARROW, 1998, 18). Organizações de movimentos sociais são entendidas, então, como “um grupo auto-consciente que atua com vistas a expressar o que percebe como os anseios de transformação pela confrontação com elites, autoridades ou outros grupos com tais anseios” (TARROW, 1998, 18). Organizações de movimentos sociais não necessariamente coincidem com o movimento social. Tarrow (1998) diferencia o campo de ação dos movimentos de seus organizadores. As organizações buscam evidenciar sua força política através de demonstrações de respaldo público e de interferência nos processos políticos. Desta forma, as organizações atuam constituindo movimentos sociais e perseguindo não só objetivos coletivos evidentes como também sua própria legitimação como atores que postulam tais objetivos (TARROW, 1998, 18). Para Tilly (1985, 736) é no processo de interação entre os atores envolvidos em uma determinada mobilização que os próprios significados e o sentido da ação são definidos (TILLY, 1985, 741). Os interesses tornam-se comuns no contexto dos

conflitos e negociações que acontecem dentro do próprio processo político. Dessa forma, a presença de organizações e ações articuladas de defesa dos direitos à saúde do trabalhador é fundamental para a constituição dos processos onde os indivíduos irão tomar contato, afirmar e efetivar os marcos interpretativos que compartilham.

A noção de organizações de movimentos sociais articula-se fortemente com a noção de redes de movimentos sociais. Mario Diani (1992, 13) elabora um conceito de movimento social que possibilita uma síntese entre esses elementos: “um movimento social é uma rede de interações informais entre uma pluralidade de indivíduos, grupos e/ou organizações, engajadas em conflitos políticos ou culturais, tendo como base uma identidade coletiva compartilhada”. Para o autor, os movimentos sociais são vistos como atores coletivos onde organizações, indivíduos e grupos estão envolvidos. Recusa-se uma perspectiva hierárquica, que pontua uma preponderância das organizações mobilizadoras em detrimento dos demais constituintes dos movimentos sociais. Muito embora essas organizações procurem definir suas estratégias e se coloquem como porta-vozes dos movimentos, a idéia de área de atuação de um conjunto de organizações postula uma dimensão maior de inter-relação entre esses diferentes agentes (DIANI, 1992, 17). Dessa forma podemos compreender a seguinte afirmação: “por Saúde do Trabalhador compreende-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). Face à pluralidade das instituições relacionadas a determinado movimento, é possível perceber como os atores voltam-se para a elaboração de uma identidade comum, ao mesmo tempo em que mantém suas especificidades e características distintivas (DIANI, 1992: 14). 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). A partir das entrevistas verifica-se que essa “vontade” é antes constituída a partir dos referentes de engajamento situados nas dimensões pessoal e social (profissional, principalmente) da identidade do que propriamente da identidade coletiva, apesar de não prescindir dela. Disso decorre, inclusive, que o engajamento no campo da saúde do trabalhador é muitas vezes secundarizado em relação à saliência de uma identidade particular (a identidade profissional docente, por exemplo) ou em relação à preponderância de um outro marco interpretativos (a saúde pública, por exemplo). Movimentos sociais mais homogêneos, e com organizações de movimentos sociais mais claramente definidas, talvez apresentassem padrões mais homogêneos de engajamento e, por extensão, de correspondência entre as diferentes dimensões identitárias. A partir dessas considerações, estudos sobre outros movimentos sociais, onde o auto-reconhecimento identitário militante estivesse bastante evidente a partir também da evidência de suas organizações mobilizadoras, poderiam contribuir para verificar a validade do constructo analítico aqui empregado.

O engajamento militante e, mais particularmente, o auto-reconhecimento identitário militante, além de estar relacionado com a presença de instituições que vinculem referentes identitários coletivos que se tornem congruentes aos referentes das dimensões pessoal e social da identidade, está relacionado também com a especificidade dos marcos interpretativos que apresentam referentes de engajamento. Os marcos interpretativos sustentam a produção de significados a partir dos quais os referentes identitários são alinhados na medida em que cada um desses referentes tornam-se congruentes. Referentes pessoais, sociais e coletivos congruentes podem produzir correspondências entre as respectivas dimensões identitárias e, daí, coerência identitária individual. No caso dos referentes disporem ao engajamento, essa coerência significará auto-reconhecimento identitário militante.

No caso deste trabalho, tomando-se o marco interpretativo da saúde do trabalhador como a base a partir da qual são elaborados os significados que

constituem e dão sentido aos referentes identitários que dispõem ao engajamento, verifica-se que o caráter relativamente discreto do marco interpretativo da saúde do trabalhador pôde evidenciar sua utilização ou não pelos entrevistados e, inclusive, algumas sobreposições entre o marco da saúde do trabalhador e do da saúde ocupacional, por exemplo. Talvez tivesse sido necessário deixar mais claro o marco interpretativo da saúde pública no Brasil, mas considerando que ele também dispõe à participação (através das ações de controle social pelos Conselhos de Saúde), ele acaba se justapondo ao marco interpretativo da saúde do trabalhador e não propriamente produzindo contradições ou contraposições.

O marco interpretativo da saúde do trabalhador parece ter uma grande importância para os processos de correspondência identitária e de auto-reconhecimento identitário militante no campo da saúde do trabalhador: justamente, a disponibilização dos elementos que permitem a convergência entre os diferentes referentes identitários. Verifica-se nos processos de engajamento não só a presença de conteúdos relacionados ao engajamento no marco da saúde do trabalhador, mas a relevância desses conteúdos estarem alinhados aos conteúdos presentes nos marcos interpretativos que aparecem como referência para o conjunto das dimensões identitárias. Assim, os referentes relacionados ao engajamento presentes no marco interpretativo da saúde do trabalharam alinharem-se aos referentes ao engajamento presentes nos marcos interpretativos que situam o indivíduo no campo da cultura, da ideologia, da política, das relações sociais, da atuação profissional, etc. O alinhamento entre os marcos interpretativos fornece a base a partir da qual tanto elementos estruturais como contextuais podem ser relacionados. Ou seja, as disposições definidas a partir da posição dos atores no campo profissional, político e social e suas trajetórias particulares (BOURDIEU, 2008 [1994]) são interpretadas a partir dos marcos interpretativos e da presença congruente e alinhada de elementos que apresentam e justificam o engajamento.

O alinhamento dos marcos interpretativos aparece como mecanismo fundamental para a produção da correspondência identitária, a partir da qual

acontece o reconhecimento identitário militante. No caso do movimento de saúde do trabalhador, verificou-se que o engajamento militante e o auto-reconhecimento desse engajamento (o a identidade militante) é saliente nos casos em que os referentes que dispõem ao engajamento presentes no marco interpretativos da saúde do trabalhador se mostram alinhados em relação aos referentes encontrados em outras dimensões identitárias que igualmente dispõem para a ação coletiva e que a ausência de referentes identitários a partir da identidade coletiva é bastante relevante para a ausência do engajamento. Frente a essas considerações, é possível se perguntar como esses processos aconteceriam numa análise que tivesse como referente empírico outras conformações institucionais de organizações mobilizadoras e a presença saliente de outros marcos interpretativos. Como se apresentaria as correspondências identitárias se a investigação fosse feita, mesmo tendo como objeto o movimento de saúde do trabalhador, em outros estados ou tendo como referência uma única organização? Ou, ainda: face à centralidade da noção de marcos interpretativos para o constructo apresentado, quais seriam as variações nos processos de correspondência para situações de engajamento na presença de uma homogeneidade maior dos marcos interpretativos que produzem os referentes diferentes dimensões identitárias (no caso do engajamento religioso, por exemplo)?

A análise realizada a partir das entrevistas permite evidenciar uma centralidade dos processos de correspondência identitária para a produção da identidade militante. Isso implica que a incorporação da identidade nas teorias dos movimentos sociais deve ultrapassar sua redução a uma perspectiva teórica específica (a teoria dos novos movimentos sociais, por exemplo) e incorporá-la como um mecanismo presente nos processo de engajamento. Além disso, a identidade constituiria mais um processo psicossocial que operaria na base dos processos de engajamento do que, propriamente o fundamento para uma tipologia de movimentos social (GOHN, 2008). Assim, esta tese é uma tentativa de construção de um “modelo analítico consistente sobre os processos de

identificação subjacentes às ações coletivas” (SILVA, 2010, 4). No caso dessa tese, busca-se apresentar um modelo analítico dos processos de correspondência identitária como constituintes do fenômeno de construção da identidade militante.

A proposição de um modelo para a análise dos processos de correspondência identitária poderia ser útil para os estudos que tematizam, de alguma forma, a questão da diversidade de formas e intensidades de engajamento. Há, no conjunto da literatura recente sobre engajamento, o forte desenvolvimento de uma perspectiva teórica que destaca o papel dos elementos estruturais e relacionais que dispõem ao engajamento (FILLIEULE, 2001, 2005; AGRIKOLIANSKY, 2001). De forma geral, a variação do engajamento relaciona-se com variações nas relações entre esses elementos. Assim, alguns estudos têm compreendido as diferenciações do engajamento a partir da importância das trajetórias e carreiras dos agentes (AGRIKOLIANSKY, 2001; OLIVEIRA, 2008); das disposições favoráveis ao engajamento (REIS, 2007; SEIDL, 2009); do capital social e da posição relativa dos agentes (CORADINI, 2007); da influência da inserção diferenciada nas redes sociais (PASSY, 1998, 2000; PASSY & GIUGNI, 2001).

Esses estudos tendem a enfatizar os aspectos relacionados à socialização dos indivíduos engajados:

do itinerário individual até o engajamento associativo dá-se a conjunção de elementos de socialização familiar e escolar nos anos de juventude que combinam fatores ideológicos e uma propensão ao ativismo: presença de políticos no grupo familiar e/ou familiares *interessados* em política (candidatos por exemplo) ligados a forte integração social e uma relação localista concreta com o político, pais de profissão docente, forte socialização religiosa, ligação com movimentos católicos (SEIDL, 2009, 23).

Enfatizam também a importância da escolarização (CORADINI, 2002), das inserções sociais e as trajetórias profissionais dos indivíduos (OLIVEIRA, 2008).

Aqui, a análise dos processos de correspondência identitária pode ser útil para a compreensão dos sentidos atribuídos aos referentes disponibilizados

através da socialização, das trajetórias e posições sociais e que se apresentam como disposições ao engajamento. As interpretações realizadas pelos indivíduos sobre o campo social em que se localizam permitem a esses indivíduos frente às condições dadas reconhecerem-se como engajados. Ou seja, um espaço de agência específico é, também, um espaço específico de auto-reconhecimento. Essa é a base para a organização da experiência individual enquanto militante.

Assim, na medida em que a identidade militante relaciona-se com processos de correspondência identitária, cabe perguntar como esses processos aconteceriam em outros movimentos sociais? De forma um pouco mais detalhada: se os processos de correspondência identitária acontecem tendo por base a congruência entre um determinado marco interpretativo que veicula a ação coletiva (no caso estudado aqui, o marco interpretativo da saúde do trabalhador) e referentes presentes no conjunto das dimensões identitárias, como esses processos aconteceriam para pessoas que se identificam como militantes em outros movimentos sociais?

Pelo exposto ao longo do trabalho, seria de se pressupor que grupos homogêneos implicariam em padrões mais homogêneos de relações entre as diferentes dimensões identitárias, principalmente em relação ao papel de cada dimensão na formação do auto-reconhecimento identitário militante. Isso poderia acontecer pelo menos de duas maneiras: pela homogeneidade das disposições, trajetórias e posições ocupadas pelos sujeitos ou pela homogeneidade da identidade coletiva. No primeiro caso, pessoas que ocupam posições similares no campo social bem como trajetórias similares teriam padrões homogêneos de correspondência identitária na medida em que as dimensões identitárias salientes fossem, também, homogêneas. A proposição é que a similaridade no campo social, por si só, mesmo em se tratando de indivíduos engajados, não explica por o auto-reconhecimento identitário já que ele depende em alguma medida das correspondências identitárias operadas pelos indivíduos.

No segundo caso, cada identidade coletiva específica (nacional, étnica, gênero, etc.) deveria ser considerada a partir dos seus processos específicos de correspondência desde que se encontre nas outras dimensões identitárias referentes que produzam essas correspondências. A identidade de gênero, por exemplo, é uma identidade social que pode encontrar referentes nas outras dimensões identitárias (identidade coletiva: pertencimento a um coletivo de mulheres; identidade pessoal: perceber-se como uma mulher particular). A saliência de uma ou de outra dessas dimensões e os conteúdos vinculados pelos seus respectivos referentes e marcos interpretativos é que vai criar as condições subjetivas para o engajamento e a construção da identidade militante.

A partir das considerações feitas, podemos dizer que o modelo de análise do reconhecimento identitário a partir dos processos de correspondência identitária aqui apresentado pode contribuir com as análises dos diferentes padrões de engajamento para um movimento social em particular, bem como a comparação entre os padrões de engajamento entre diferentes movimentos. O engajamento relacionado a um auto-reconhecimento identitário que se produz a partir das correspondências entre as múltiplas dimensões da identidade poderia contribuir na compreensão das variações (de modalidade e intensidade) desse engajamento. Além disso, o modelo torna possível também perceber as variações no engajamento e no auto-reconhecimento identitário ao longo do tempo em relação a um movimento particular.

Apesar de tratar do engajamento militante, a análise apresentada por esta tese poderia ser útil para análise de outras formas de engajamento. Talvez fosse possível o uso do constructo analítico aqui apresentado para a análise da relação entre as diferentes dimensões identitárias para processos diferenciados de engajamento, tais como o engajamento religioso, o engajamento profissional, o engajamento altruísta, o engajamento amoroso etc. Considerando-se a especificidade dos marcos interpretativos que sustentam a produção de significados em cada um desses fenômenos, pensar o engajamento relacionado a um auto-reconhecimento identitário que se produz a partir das correspondências

entre as múltiplas dimensões da identidade poderia contribuir na compreensão das variações (de modalidade e intensidade) desses diferentes tipos de engajamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ciências Sociais, Psicologia, Identidade e Movimentos Sociais

AGRIKOLIANSKY, Éric (2001) Carrières militantes et vocation à la morale: Les militants de la LDH des années 1980. **Revue Française de Science Politique**. V. 15. N. 1-2. Février-avril. p. 27-46.

ALONSO, Angela (2009) As teorias dos movimentos sociais: balanço de um debate. **Lua Nova**. N. 76. p. 49-86.

AMPARÁM, Aquiles C.; GALLEGOS, Alejandro L. (2007) La construcción de la identidad colectiva em Alberto Melucci. **Polis**. V. 3, N. 1. p. 125 – 159.

ANDERSON, Benedict (2008) **Comunidades imaginadas**. Reflexões sobre a origem e a difusão do nacionalismo. São Paulo: Companhia das Letras.

BAUMEISTER, Roy F.; VOHS, Kathleen (2003) Self-Regulation and the Executive Functions of the Self. In: LEARY, Mark R.; TANGNEY, June Price (orgs.) **Handbook of Self and Identity**. New York: The Guilford Press.

BENFORD, Robert D.; SNOW, David (2000) Framing processes and social movements: an overview and assessments. **Annual Review of Sociology**. 26. p. 611-639.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas (1996) **A Construção Social da Realidade**. Petropolis: Vozes. 13 ed.

BOURDIEU, Pierre (2008) **Razões Práticas. Sobre a teoria da ação**. 9ª. Ed. Campinas: Papirus. [1994]

BOURDIEU, Pierre (2007) **A Distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo, Edusp. Porto Alegre, Zouk. [1979]

- BREWER, Marilyn B. & GARDNER, Wendi (1996) Who is the "We"? Levels of Collective Identity and Self Representations. **Journal of Personality and Social Psychology**. V. 71. N. 1. p. 83-93.
- BREWER, Marilyn B (2000) Superordinate goals versus superordinate identity as bases of intergroup cooperation. In: Capozza, Dora; Brown, Rupert (ed) **Social Identity Process**. Trends in theory and research. London: Sage.
- BREWER, Marilyn B. (2001) The Many Faces of Social Identity: implications for political psychology. **Political Psychology**. Vol. 22. N. 1. p. 115-125.
- BREWER, Marilyn B. (2003) Optimal Distinctiveness, Social Identity and the Self. In: LEARY, Mark R.; TANGNEY, June Price (eds.). **Handbook of Self and Identity**. New York: The Guilford Press.
- BREWER, Marilyn B. (2007) The Importance of Being We: Human Nature and Intergroup Relations. **American Psychologist**. Vol. 60. No. 8. p. 738-751.
- BRUBAKER, Rogers; COOPER, Frederick (2000) Beyond "Identity". **Theory and Society**. N. 29. p. 1-47.
- BUECHLER, Steven M. (2000) **Social Movements in Advanced Capitalism**: the political economy and cultural construction of social activism. New York: Oxford University Press.
- BUECHLER, Steven. M. (1995) New Social Movement Theories. **The Sociological Quarterly**. V. 36, N. 3. p. 441-463.
- BURITY, Joanildo A. (1998) Psicanálise, identificação e a formação de atores coletivos. **Trabalhos para discussão Tpd**. N. 82. p. 01-25.
- CALHOUN, Graig (1994) **Social Theory and the Politics of Identity**. Malden (Massachusetts): Blackwell Publishing.
- CIAMPA, Antonio da Costa (2005) **A Estória do Severino e a História da Severina**. Um ensaio de psicologia social. 10ª. reimp. São Paulo: Brasiliense. [1987]

COHEN, Jean. (1985) Strategy or Identity: New Theoretical Paradigms and Contemporary Social Movements. **Social Research**, V 52, N 4, p 663-716.

CORADINI, Odaci Luiz (2007) Engajamento e militancia para os participantes e promotores do Fórum Social Mundial. Porto Alegre: VII Reunião de Antropologia do Mercosul. GT. 02.

DEAUX, Kay (2000) Theoretical perspectives. Models, meanings and motivations. In: Capozza, Dora; Brown, Rupert (ed) **Social Identities Processes. Trends in Theory and Research**. London: Sage Publications.

DESCHAMPS, Jean-Claude & MOLINER, Pascal (2009) **A Identidade em Psicologia Social**. Dos processos identitários às representações sociais. Petrópolis: Vozes.

DIANI, Mario (1992) The Concept of Social Movement. **The Sociological Review**, N 38. p. 1-38

DIANI, Mario & McADAM, Doug. (eds.) (2003) **Social Movements and Networks**. Relational approaches to collective action. New York, Oxford University Press.

DUBAR, Claude (1998) Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educação & Sociedade**. V. 19 N. 62. p. 13–30.

DUBAR, Claude (2005) **A Socialização**. Construção das Identidades Sociais e Profissionais. São Paulo: Martins Fontes.

DUNCAN, Lauren E. (1999) Motivation for Collective Action: Group Consciousness as Mediator of Personality, Life Experiences, and Women's Rights Activists. **Political Psychology**. Vol. 20, No. 3. p. 611-635.

DUNCAN, Lauren E. (2005) Personal Political Salience as a Self-schema: Consequences for Political Information Processing. **Political Psychology**. Vol. 26. No. 6. p. 965-976.

- DUNCAN, Lauren E.; STEWART, Abigail J. (2007) Personal Political Salience: The Role of Personality in Collective Identity and Action. **Political Psychology**. Vol. 28. No. 2. p. 143-164.
- ERIKSON, Erik. (1976) **Identidade: juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- FARR, Robert (1998) **As Raízes da Psicologia Social Moderna (1872-1954)**. Petrópolis, Vozes.
- FILLIEULE, Olivier (2001) Propositions Pour Une Analyse Processuelle de l'Engagement Individuel. **Revue Francaise de Science Politique**, Vol 51, nº 1-2, février-avril, 2001, p. 199-215.
- FILLIEULE, Olivier (2005) **Le Désengagement Militant**. Paris: Belin, 2005.
- FREUD, Sigmund (1976) **Psicologia de Grupo e Análise do Ego**. Edição Standart das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. V. XVIII. Rio de Janeiro: Imago Editora. [1921]
- GAMSON, Willian A. (1991) Commitement and Agency in Social Movements. **Sociological Forum**. V. 6. N. 1. p. 27-50.
- GEERTZ, Clifford (2008) **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC.
- GOFFMAN, Erving (1986) **Frame Analysis**. An Essay on the Organization of Experience. Boston: Northeastern University Press.
- GOHN, Maria da Glória (1997) **Teoria dos Movimentos Sociais - paradigmas clássicos e contemporâneos**. SP: Loyola.
- GOHN, Maria da Glória (2008) Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. **Cadernos CRH**. V. 21. N. 54. p. 439-455.
- GUIMARÃES, Veridiana C.; CELES, Luiz Augusto (2007) O Psíquico e o Social numa Perspectiva Metapsicológica: O Conceito de Identificação em Freud. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 23. N. 3. Jul – Set. p. 341-346.

- HABERMANS, Jurgen (1981) New Social Movements. **Telos**. N. 49. p. 33 – 37.
- HALL, Stuart (2002) **A identidade cultural na pós-modernidade**. 7a. ed. Rio de Janeiro: DP&A.
- HALL, Stuart (2005) Quem precisa da identidade? In: Silva, Tomaz Tadeu da. **Identidade e diferença. A perspectiva dos estudos culturais**. 4a. ed. Petropolis: Vozes.
- HIGGINS, E. Tory; MAY, Danielle (2001) Individual Self-regulatory Functions. It's not 'we' regulation, but it's still social. In: SEDIKIDES, Constantine; BREWER, Marilynn B. (orgs) **Individual Self, Relational Self, and Collective Self**. Philadelphia: Psychology Press.
- HITLIN, Steven (2003) Values As The Core of Personal Identity: Drawing Links Between Two Theories of Self. **Social Psychology Quarterly**. Vol. 66. No. 2. p. 118-137
- HUNT, Scott A. BENFORD, Robert (2004) Collective Identity, Solidarity and Commitment. In: SNOW, David A.; SOULE, Sarah A. KRIESI, Hanspeter (eds). **The Blackwell Companion to Social Movements**. Oxford: Blackwell.
- JENKINS, Richard (1996) **Social Identity**. New York, Routledge.
- KLANDERMANS, Bert (1984) Mobilization and participation: Social-psychological expansions of resource mobilization theory. **American Sociological Review**. Vol. 49 (October:583-600). p. 583-600.
- KLANDERMANS, Bert (1997) **The Social Psychology of Protest**. Oxford: Blackwell Publisher.
- KLANDERMANS, Bert (2004) The Demand and Supply of Participation: Social-Psychological Correlates of Participation in social Movements. In: SNOW, David A.; SOULE, Sarah A. KRIESI, Hanspeter (eds). **The Blackwell Companion to Social Movements**. Oxford: Blackwell.

KLANDERMANS, Bert, OEGEMA, Dirk (1987) Potentials, Networks, Motivations, and Barriers: steps towards participation in social movements. **American Sociological Review**, vol 52, august, nº 4, p. 519-531.

KLANDERMANS, Bert.; DE WEERD, Marga. (2000) Group Identification and political protest. In: Stryker, S.; Owens, T.; White, R. **Self, Identity, and Social Movements**. Minnesota: University of Minnesota Press.

LAMONT, Michele (2001). Culture and Identity. In: TURNER, Jonathan H. (ed.). **Handbook of Sociological Theory**. New York: Springer.

LEARY, Mark R.; TANGNEY, June Price (2003) The Self as an Organizing Construct in the Behavioral and Social Sciences. In: LEARY, Mark R.; TANGNEY, June Price (eds.). **Handbook of Self and Identity**. New York: The Guilford Press.

MALDAVSKY, David (1993) **Processos e estruturas vinculares**: mecanismos, erogeneidade e lógicas. Porto Alegre: Artes Médicas.

McADAM, Doug; McCARTHY, John D.; ZALD, Mayer N. (1996) Introduction: Opportunities, mobilizing structures and framing process – toward a synthetic, comparative perspective on social movements. In: McADAM, D., McCARTHY, J. D., ZALD, M. N. (eds.) (1996) **Comparative Perspectives on Social Movements**. Political Opportunities, mobilizing structures and cultural framings. Cambridge/New York, Cambridge University Press.

McADAM, Doug.; TARROW, Sidney.; TILLY, Charles (2001) **Dynamics of contention**. Cambridge: Cambridge University Press.

MEAD, George Herbert (1992) **Mind, Self & Society from a Standpoint of a Social Behaviorist**. Chicago: The University of Chicago Press. [1939]

MEDEIROS, João Luiz (2004) A identidade em questão: notas acerca de uma abordagem complexa. In: DUARTE, Maria Beatriz Balena & MEDEIROS, João Luiz. **Mosaico de Identidades**: interpretações contemporâneas das ciências humanas e a temática da identidade. Curitiba: Juruá Editora.

MELUCCI, Alberto (1985) The Symbolic Challenge of Contemporary Movements. **Social Research**, V 52, N 4. p. 789-816.

MELUCCI, Alberto (1996) **Challenging Codes – Collective Action in the Information Age**. Cambridge: University Press.

MELUCCI, Alberto (2001) **A Invenção do Presente**: Movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis: Vozes.

MISCHE, Ann (1997) De estudantes a cidadãos - Redes de jovens e participação política. **Revista Brasileira de Educação**.. N^{os} 5 e 6. p. 134-150.

MUCCHIELLI, Alex (1994) **L'Identité**. 3^a. ed. Paris: Press Universitaire de France.

MUNCK, Gerardo (1995) Algunos Problemas Conceptuales en el Estudio de los Movimientos Sociales. **Revista Mexicana de Sociología**. Año LVII, N 3. p. 17-40.

NOACK, Juliane (2007) Reflexões sobre o acesso empírico da teoria de identidade de Erik Erikson. **Interação em Psicologia**. 11(1). p. 135-146.

OLIVEIRA, Wilson J. F. (2008) Engajamento político, competência e elites dirigentes do movimento ambientalista. **Revista de Sociologia e Política**. V. 16. p. 167-186.

ONORATO, Rina S.; TURNER, John C. (2001) The “I”, the “Me” and the “us”: The psychological group and self-concept maintenance and change. In: SEDIKIDES, Constantine; BREWER, Marilyn B. (orgs) **Individual Self, Relational Self, and Collective Self**. Philadelphia: Psychology Press.

OWENS Timothy J.; ROBINSON Dawn T.; SMITH-LOVIN. Lynn (2010) Three Faces of Identity. **Annual Review of Sociology**. 36. p. 477–99

PAIVA, Geraldo José de (2007) Identidade psicossocial e pessoal como questão contemporânea. **Psico**. V. 38, N. 1, p. 77-84.

PASSY, Florence (1998) **L'Action Altruiste. Contraintes et opportunités de l'engagement dans les mouvements sociaux**. Genève: Librairie Dorz.

PASSY, Florence; GIUGNI, Marco (2000) Life-spheres, Networks, and Sustained Participation in Social Movements: A Phenomenological Approach to Political Commitment. **Sociological Forum**, V. 15, No. 1. p. 117-144.

PASSY, Florence; GIUGNI, Marco (2001) Social Networks and Individual Perceptions: explaining differential participation in social movements. **Sociological Forum**. V. 16. N. 1. p. 123-153.

POLLETTA, Francesca; JASPER, James M. (2001) Collective Identity and Social Movements. **Annual Review of Sociology**. 27: p.283-305.

REIS, Eliana Tavares dos (2007) Contestação, engajamento e militância: da “luta contra a ditadura” à diversificação das modalidades de intervenção política no Rio Grande do Sul. Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SEDIKIDES, Constantine; BREWER, Marilyn B. (2001) Individual self, relational self, and collective self: partners, opponents or strangers? In: SEDIKIDES, Constantine; BREWER, Marilyn B. (orgs) **Individual Self, Relational Self, and Collective Self**. Philadelphia: Psychology Press.

SEIDL, Ernesto (2009) Disposições a militar e lógica de investimentos militantes. **Pro-posições**. V. 20. N. 2 (59). p. 21-39.

SIMON, Bernd & KLANDERMANS, Bert (2001) Politicized Collective Identity. A social psychological analysis. **American Psychologist**. Abril. p. 319-331.

SILVA, Marcelo Kunrath (2007) Dos objetos às relações: esboço de uma proposta teórico-metodológica para a análise dos processos de participação social no Brasil. In: Dagnino, Evelina & Tatagiba, Luciana (org) **Democracia, Sociedade Civil e Participação**. Chapecó: Argos.

SILVA, Marcelo Kunrath (2010) De volta aos movimentos sociais? Reflexões a partir da literatura brasileira recente. **Ciências Sociais Unisinos**.V.46. N. 1. p.2-9.

SMITH, Anthony D. (1997) **La Identidad Nacional**. Madri: Trama Editorial.

SNOW, David; ROCHFORD, E. Burke; WORDEN, Steven K.; BENFORD, Robert (1986) Frame Alignment Processes, micromobilization and movement participation. **American Sociological Review**, V. 51 (august). p. 464-481.

SNOW, David; McADAM, Doug (2000) Identity work processes in the context of social movements: clarifying the identity/movement nexus. In: Sheldon Stryker; Timothy J. Owens; Robert White. **Self, Identity, and Social Movements**. Minnesota: University of Minnesota Press.

SPEARS, Russel (2001) The Interaction Between the Individual and Collective Self. Self-categorization in Context. In: SEDIKIDES, Constantine; BREWER, Marilynn B. (orgs) **Individual Self, Relational Self, and Collective Self**. Philadelphia: Psychology Press.

STETS, Jan E.; BURKE, Peter J. (2000) Identity Theory and Social Identity Theory. **Social Psychology Quarterly**. Vol. 63, No. 3, p. 224-237

STETS, Jan E.; BURKE, Peter J. (2003) A Sociological Approach to Self and Identity. In: LEARY, Mark R.; TANGNEY, June P. **Handbook of Self and Identity**. New York: The Guilford Press.

STEWART, Abigail & HEALY Jr. Joseph M. (1986) The Role of Personality Development and Experience in Shaping Political Commitment: An Illustrative Case. **Journal of Social Issues**. Vol. 42, No. 2, p. 11-31

STRYKER, Sheldon (1981) Social Psychology. Trends, assessment and prognosis. **American Behavioral Scientist**. Vol. 24. No. 3. January. February. p. 386-406.

STRYKER, Sheldon (2000) Identity competition: key to differential social movement participation. In: Sheldon Stryker; Timothy J. Owens; Robert White. **Self, Identity, and Social Movements**. Minnesota: University of Minnesota Press.

STRYKER, Sheldon; OWENS, Timothy; WHITE, Robert. (2000) **Self, Identity, and Social Movements**. Minnesota: University of Minnesota Press.

- SCHÜTZ, Alfred (1995) **El Problema de la Realidad Social**. 2ª. Ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- TAJFEL, Henri (1974) Social identity and intergroup behavior. **Social Science Information**. N. 13. V. 2. p. 65 – 93.
- TAJFEL, Henri (1982) **Grupos Humanos e Categorias Sociais. Estudos em psicologia social**. Volumes 1 e 2. Lisboa: Livros Horizonte.
- TARROW, Sidney (1998) **Power in Movement. Social movements and contentious politics**. 2a. ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- TESSER, Abraham (2003) Self-Evaluation. In: LEARY, Mark R.; TANGNEY, June Price (orgs.) **Handbook of Self and Identity**. New York: The Guilford Press.
- TILLY, Charles (1978) **From Mobilization to Revolution**. Londres: Addison-Wesley Publishing company.
- TILLY, Charles (1985) Models and Realities of Popular Collective Action. **Social Research**. V. 52. N. 4. p. 717-748.
- TOURAINE, Alain (1985) An Introduction to the Study of Social Movements. **Social Research**. V 52, N 4. P. 750-787.
- TOURAINE, Alain (2000) **Sociologie de l'action: essai sur la société industrielle**. Paris: Seuil.
- TROITS, Peggy A.; VIRSHUP, Lauren K. (1997) Me's and We's: Forms and Functions of Social Identities. In: ASHMORE, Richard D.; JUSSIM, Lee (ed) **Self and Identity: Fundamental Issues**. New York: Oxford University Press.
- WOODWARD, kathryn (2005) Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva, Tomaz Tadeu da. **Identidade e diferença. A perspectiva dos estudos culturais**. 4a. ed. Petropolis: Vozes.
- ZALD, Mayer (1996) Culture, Ideology, and Strategic Frames. In: McADAM, D.; McCARTHY, J.D.; ZALD, M. **Comparative Perspectives on Social Movements**. Cambridge: Cambridge Un. Press.

ZARETSKY, Eli (1994) Identity Theory, Identity Politics: Psychoanalysis, Marxism, Post-Structuralism. In: CALHOUN, Graig. **Social Theory and the Politics of Identity**. Malden (Massachusetts): Blackwell Publishing.

2. Trabalho, Saúde, Sindicalismo e Saúde do Trabalhador

AMADOR, Fernanda; SANTORUM, Kátia (2004) Universidade, movimentos sociais e políticas públicas em saúde do trabalhador: potencializando redes. In: MERLO, Álvaro R. C. **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul**. Realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre, Ed. da UFRGS.

ANTUNES, Ricardo (1995) **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do Mundo do Trabalho. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas.

ANTUNES, Ricardo (2007) Uma breve radiografia das lutas sindicais no Brasil recente e alguns dos seus principais desafios. In: Inácio, José Reinaldo (org) **Sindicalismo no Brasil: os primeiros 100 anos?** Belo Horizonte: Crisálida.

BARFKNECHT, Kátia; AZEVEDO, Geraldo; NUSSBAUMER, Luciana; BERTUOL, Márcia (2004) A construção da saúde do trabalhador em Porto Alegre: processo de integração entre saúde do trabalhador e saúde mental. In: MERLO, Álvaro R. C. **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul**. Realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre, Ed. da UFRGS.

BERLINGER, Giovanni (1983) **Medicina e Política**. Trad. Bruno Giuliani. 2ª. Ed. São Paulo: CEBES-HUCITEC.

BRAVERMAN, Harry (1987) **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Terceira edição. Rio de Janeiro: LTD Editora.

BUSS, Paulo Marchiori (1991) A IX Conferência Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 7 (3). p. 297-300. jul/set.

CORADINI, Odaci L. (2002) Escolarização, militância e mecanismos de “participação” política. In: HEREDIA, B. TEIXEIRA, C. e BARREIRA, I. (orgs.) **Como se Fazem Eleições no Brasil; Estudos Antropológicos**. Rio de Janeiro, Relume Dumará.

CORRÊA, Maria Juliana M.; RODRIGUES, Stênio Dias P.; DAPPER, Virgínia; PAOLI, Clairton D.; KALIL, Fábio B. (2004) Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul. In: MERLO, Álvaro R. C. **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul**. Realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre, Ed. da UFRGS.

CORTEZ, Soraya Maria Vargas (2002) Construindo a possibilidade de participação do usuário: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**. Porto Alegre. Ano 4, nº 7, Jan/Jun. p. 18-49

COUTINHO, Maria Chalfin (2006) **Participação no trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Coleção Trabalho Humano).

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça (2005) O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**. N. 10. V. 4. p. 817-828.

DWYER, Tom (2006) **Vida e Morte no Trabalho**: acidentes de trabalho e a produção social do erro. Campinas: Editora da UNICAMP; Rio de Janeiro: Multiação Editorial.

FALEIROS, Vicente de Paula (1995) **A Política Social do Estado Capitalista**. As funções da previdência e da assistência sociais. 7. ed. São Paulo: Cortez.

FALEIROS, Vicente de Paula; VASCONCELLOS, Luiz Carlos F.; SILVA, Jacinta de Fátima; SILVEIRA, Rosa Maria (2006) **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde.

FAUSTO, Bóris (1977) **Trabalho Urbano e Conflito Social (1890 – 1920)** Rio de Janeiro: DIFEL.

FERRAZ, Eduardo Luís Leite (2010) Acidentados e remediados: a lei de acidentes no trabalho na Piracicaba da Primeira República (1919-1930). **Revista Mundos do Trabalho**. V. 2. N. 3, janeiro-julho. p. 206-235.

FREITAS, Milton (2000) **Manual de Ação Sindical em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente**. São Paulo: Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador / Central Única dos Trabalhadores.

GERSCHMAN, Sílvia (1995) **A Democracia Inconclusa**: um estudo sobre a reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz.

GUTIERREZ, Gustavo Luis (1997) **Autogestão de empresas: novas experiências e velhos problemas**. In: VIEITEZ, C. G. (org) *A empresa sem patrão*. Marília: UNESP.

HOEFEL, Maria da Graça; BIANCESSI, Desirée; SANTOS, Antonio; ZANETTE, Simone; SPOHR, Maria Inês (2004) Intervenção interdisciplinar em saúde e trabalho no Hospital das Clínicas de Porto Alegre: grupos como proposta terapêutica para o tratamento de pacientes com lesões por esforços repetitivos. In: JACQUES, Maria da Graça; HOEFEL, Maria da Graça; NETZ, Jacéia Aguiar; MENDES, Jussara Rosa, AMAZARRAY, Mayte Raya (2007) Cidadania e saúde do trabalhador: grupos de ação solidária. **Psicologia Política**. N. 13. V. 1.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro (1994) Reforma sanitária e saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade**. 3 (1) p. 41-59.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro (1996) Saúde do Trabalhador: Um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Medicina da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

- LACAZ, Francisco Antonio de Castro (2007) O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 23(4). p. 757-766.
- LAURELL, Asa Cristina (1982) La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**. Mexico. 2. p. 7-25.
- LIMA, Francisco de Paula (2009) Ações coordenadas em saúde do trabalhador: uma proposta de atuação supra-institucional. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo. N. 34 (119). p. 67-78.
- MACHADO, Mauro Salles (2006) Conexões Ocultas: reflexões sobre a saúde do trabalhador e a prática sindical. **Boletim da Saúde**. Escola de Saúde Pública. V. 20. N. 1. p. 9-24.
- MAENO, Maria; CARMO, José Carlos do (2005) **Saúde do Trabalhador no SUS** - aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Editora Hucitec.
- MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa (1991) Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. 25(5). p. 341-349.
- MERLO, Álvaro R. C. (1999) **A informática no Brasil: prazer e sofrimento no trabalho**. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS.
- MERLO, Álvaro R. C. (2004) **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul**. Realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre, Ed. da UFRGS.
- MINAYO-GOMEZ, Carlos; THENDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca (1997) A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 13 (Suplemento 2). p. 21-32.
- NETZ, Jacéia; SALLES, Mauro (2004) A Luta Sindical por Saúde do Trabalhador: a experiência dos bancários no Rio Grande do Sul. In: MERLO, Álvaro R. C. **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul**. Realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre, Ed. da UFRGS.
- PATEMAN, Carole (1992) **Participação e Teoria Democrática**. RJ: Paz e Terra.

PELEGRINI, Maria Leticia; CASTRO, Janice Dornelles; DRACHLER, Maria de Lourdes (2005) Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. N. 10. V. 2. p. 275-286.

QUEIROZ, Antônio Augusto (2007) Movimento Sindical: passado, presente e futuro. In: Inácio, José Reinaldo (org) **Sindicalismo no Brasil**: os primeiros 100 anos? Belo Horizonte: Crisálida.

RAMOS Jr., Armenes de Jesus (2007) **A Formação de um Intelectual Coletivo**: Um Estudo sobre o Percurso dos Militantes na Construção da Saúde do Trabalhador no Paraná. Tese (Doutorado) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

RIBEIRO, Herval Pina; LACAZ, Franciso A. de Castro (1984) **De que Adoecem e Morem os Trabalhadores**. São Paulo: DIESAT.

SAMPAIO, Jáder dos Reis (1998) Psicologia do trabalho em três faces. In: GOULART, Iris Barbosa; SAMPAIO, Jáder dos Reis (orgs) **Psicologia do Trabalho e Gestão de Recursos Humanos**: estudos contemporâneos. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SKAMVETZAKIS, Adriana (2006) Gestão compartilhada e humanização em saúde do trabalhador. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. V. 20. N. 2. p. 157-165.

STOTZ, Eduardo Navarro (2006) Trajetória, Limites e Desafios do Controle Social no SUS. **Saúde em Debate**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro. V. 30. N. 73/74. maio/dez. p. 149-160.

TODESCHINI, Remígio; LINO, Domingos (2010) A importância social do Ntep e a busca de integração das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador. In: MACHADO, Jorge; SORATTO, Lúcia; CODO, Wanderey. **Saúde do Trabalhador no Brasil**. Uma revolução silenciosa. Petrópolis: Vozes.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de (2007) **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado.** Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

3. Documentos oficiais

BRASL (1934) DECRETO-LEI N. 3.700 DE 9 DE OUTUBRO DE 1941 Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho dos associados do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=87435>. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

BRASIL (1944) DECRETO-LEI N. 7.036 – DE 10 DE NOVEMBRO DE 1944. Dispõe sobre a Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=7036&tipo_norma=DEL&data=19441110&link=s. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

BRASIL (1946) DECRETO-LEI Nº 9.403 - DE 25 DE JUNHO DE 1946 - Atribui à Confederação Nacional da Indústria o encargo de criar, organizar e dirigir o Serviço Nacional da Indústria e dá outras providências. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1946/9403.htm>. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

BRASIL (1967) DECRETO-LEI Nº 293, DE 23 DE FEVEREIRO DE 1967. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=293&tipo_norma=DEL&data=19670228&link=s. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

BRASIL (1967) LEI Nº 5.316, DE 14 DE SETEMBRO DE 1967. Integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1967/5316.htm>. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

BRASIL (1975) LEI Nº 6.229, DE 17 DE JULHO DE 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm. Acesso em: 16 de janeiro de 2011.

BRASIL (1986) Relatório da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/download/conferencia/cnts1.pdf>. Acesso em: 16 de janeiro de 2011.

BRASIL (1988) CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 05 DE OUTUBRO 1988 - DOU DE 05/10/1988. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/consti.htm>. Acesso em: 16 de janeiro de 2011.

BRASIL (1990) LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 - DOU DE 20/9/90 - LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1990/8080.htm>. Acesso em: 16 de janeiro de 2011.

RIO GRANDE DO SUL, SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE, COORDENADORIA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RS/SSMA/CPAIST) (1999) I Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador. Porto Alegre.

ANEXO 1

Entrevistas

Entrevista N. 1

Data da entrevista: 3 de novembro de 2010

Horário: 09:00 hs

Local: Porto Alegre

Duração: 2h e 30´

Profissão: médico sanitaria

Entidade: Secretaria de Saúde de Porto Alegre

Ano de Nascimento: 1961

Local de Nascimento: Porto Alegre

Breve biografia: Nascido em Porto Alegre, o entrevistado é médico com especialização em saúde do trabalhador. Trabalha atualmente como assessor em saúde do trabalhador em dois sindicatos da região da grande Porto Alegre e é médico concursado da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, atuando na Secretaria Municipal de Saúde.

Entrevista N. 2

Data da entrevista: 1º de outubro de 2010

Horário: 14:00 hs

Local: Porto Alegre

Duração: 2h e 30´

Formação: Enfermeiro

Profissão: Funcionário Público Estadual

Entidade: Secretaria Estadual de Saúde / RS

Ano de Nascimento: 1954

Local de Nascimento: Porto Alegre

Breve biografia: Nascido em Porto Alegre, o entrevistado é enfermeiro e técnico da Secretaria de Saúde do Estado do RS.

Entrevista N. 3

Data da entrevista: 03/11/2010

Horário: 14 horas.

Local: Secretaria da Saúde do RS. Porto Alegre

Duração: 02 horas.

Profissão: Engenheiro

Entidade: Secretaria Estadual de Saúde / RS

Ano de Nascimento: 1959

Local de Nascimento: Porto Alegre

Breve biografia: Engenheiro, nascido em Porto Alegre, trabalho na Secretaria de Saúde. Tem especialização em saúde do trabalhador e, atualmente, cursa mestrado em Saúde Coletiva.

Entrevista N. 4

Data da entrevista: 30/08/2010

Horário: 08:00 horas

Local: Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador

Duração: 2 horas e 20 minutos

Profissão: médica.

Entidade: Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador

Ano de Nascimento: 1968

Local de Nascimento: Porto Alegre

Breve biografia: A entrevistada nasceu em Porto Alegre, cursou medicina na atual Universidade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre tendo se formado em 1992. É médica da prefeitura de um município no interior do Estado.

Entrevista N. 5

Data da entrevista: 26/11/2008.

Horário: 13:30 horas

Local: Coordenadoria de Saúde

Duração: 1h 30'

Profissão: Psicóloga

Entidade: Coordenadoria Regional de Saúde

Ano de Nascimento: 1962

Local de Nascimento: Rio Pardo/RS

Breve biografia: Filha de bancário e professora de ensino fundamental, estudou primeiro em escola pública, em sua cidade natal, e depois fez o ginásio em uma escola particular (Marista). Curso psicologia na PUC/RS, em Porto Alegre, tendo se formado em 1983. Atualmente é funcionária pública estadual, vinculada a Secretaria Estadual de Saúde.

Entrevista N. 6

Data da entrevista: 14 de maio de 2009

Horário: 14 horas.

Local: Coordenadoria de Saúde

Duração: 1h 10'

Profissão: psicóloga.

Entidade: Coordenadoria de Saúde

Ano de Nascimento: 1960.

Local de Nascimento: município da região noroeste do RS

Breve biografia: Ingressou no serviço público em 1999, na Coordenadoria de Saúde (Secretaria de Saúde). Em 2000 formou-se em psicologia, pela UNIJUI. Tem especialização em saúde pública pela Escola de Saúde Pública. Em 2001 mudou-se para a cidade onde atualmente trabalha e reside.

Entrevista N. 7

Data da entrevista: 12/05/2010

Horário: 09:00 horas

Local: Sindicato.

Duração: 2 horas.

Profissão: assessora sindical

Entidade: Sindicato de Porto Alegre

Ano de Nascimento: 1966

Local de Nascimento: Santo Ângelo

Breve biografia: graduada em educação física, em Santa Maria, começou a trabalhar em um sindicato em Porto Alegre, onde fez mestrado em serviço social e trabalha, atualmente, no departamento de saúde.

Entrevista N. 8

Data da entrevista: 07/05/2010

Horário: 10:15 horas.

Local: Sede do Sindicato, em Porto Alegre

Duração: 1 hora e 45 minutos

Profissão:, bancário

Entidade: Sindicato de Porto Alegre

Ano de Nascimento: 1962

Local de Nascimento: Julio de Castilhos (RS)

Breve biografia: O entrevistado reside desde a juventude em Porto Alegre. É militante e membro da diretoria do sindicato da sua categoria.

Entrevista N. 9

Data da entrevista: 23/03/2010

Horário: 9:00 horas

Local: Sede do Sindicato, em Santa Cruz do Sul

Duração: 2 horas

Profissão: Bancária

Entidade: Sindicato em Santa Cruz do Sul

Ano de Nascimento: 1970

Local de Nascimento: Ibirubá/RS

Breve biografia: A entrevistada é bancária e liberada para o sindicato de sua categoria. Formada em educação física, tem especialização em Atividade Física e Saúde.

Entrevista N.10

Data da entrevista: 26/11/2008

Horário: 9:00 horas

Local: Sede do Sindicato, em Santa Cruz do Sul

Duração: 2 horas

Entidade: Sindicato em Santa Cruz do Sul

Ano de Nascimento: 1946

Breve biografia: O entrevistado tem formação em técnico mecânico e trabalhou muitos anos no setor de produção em uma empresa, tendo trabalhado inclusive como supervisor. Em 1990 passa a atuar no sindicato e em 1996 é liberado para o sindicato.

Entrevista N. 11

Data da entrevista: 24/08/2010

Horário: 10:00 horas

Local: Santa Cruz do Sul

Duração: 2 horas.

Profissão: Professora

Entidade: Universidade no interior do RS

Ano de Nascimento: 1964

Local de Nascimento: Santa Cruz do Sul

Breve biografia: Nascida em Santa Cruz do Sul, a entrevistada é enfermeira com mestrado em Desenvolvimento Regional e doutorado em Serviço Social. É docente universitária.

Entrevista N.12

Data da entrevista: 22/06/2010

Horário: 09:00 horas.

Local: Santa Cruz do Sul

Duração: 2 horas.

Profissão: Professora

Entidade: Universidade no interior do RS

Ano de Nascimento: 1966

Local de Nascimento: Pelotas

Breve biografia: A entrevistada é psicóloga, mestre em Psicologia Social e Institucional e doutora em Educação. É docente universitária.

ANEXO 2

Roteiro de Entrevista

1. Identificação da entrevista

Entrevista N.

Arquivo:

Data da entrevista:

Local:

Horário:

Duração:

2. Identificação do entrevistado

Nome do entrevistado:

Idade:

Entidade:

Função:

Quanto tempo na entidade:

Quanto tempo na função:

Formação:

1. Atuação no campo da saúde do trabalhador:

O campo da saúde do trabalhador se estabelece no RS ao longo da década de 1990.

Como você descreve sua participação nesse processo?

Como se deu essa inserção?

Em decorrência do quê chegou a participar desses processos?

Estava vinculada a quais organizações?

Desempenhando quais funções?

Quais foram as mediações mais importantes (pessoas/organizações importantes)?

Quais ações desenvolvidas ao longo desse tempo você considera as mais significativas para o campo da saúde do trabalhador.

Em que medida essas ações se apresentavam como algo novo em relação ao que até então se fazia no campo da saúde do trabalhador (quadros interpretativos)?

Quais ações que participou e que tiveram uma grande importância para você ao longo desse processo?

Havia ações ou situações que poderiam ser caracterizadas, mesmo que de forma ampla, como de conflito ou de enfrentamento a determinados agentes ou grupos? (Havia situações de conflito?).

Quais ações? Quais demandas? O que estava em disputa?

Quem eram os oponentes?

2. Compartilhamento de um quadro interpretativo:

Quando falamos de saúde do trabalhador, de que estamos falando? Que tipo de intervenção envolve?

Como se pensa a participação dos trabalhadores nesse processo?

Qual o papel das empresas e do Estado nesse processo?

3. Identidade

Antes desse envolvimento atual, já havia um envolvimento com a temática da saúde do trabalhador?

Quais foram as outras entidades/organizações que esteve envolvida profissionalmente?

Ao longo desse tempo, teve algum envolvimento com entidades/organizações de caráter voluntário ou militante?

Ao longo de sua trajetória, na família e entre as pessoas próximas (amigos) estava presente a questão da ação voluntária ou da militância?

Você milita em algum movimento social ou a favor de alguma “causa” social?
