

v.3 (2020)

ISSN 2595-9689



Revista Jurídica
**TRABALHO e
DESENVOLVIMENTO HUMANO**
Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região

Received: 04.04.2019
Accepted: 21.06.2019

<https://doi.org/10.33239/rjtdh.v3.29>

² Doutora em Ciências Sociais e em Letras e Ciências Humanas pela Université René Descartes - Paris-V- Sorbonne.

Pesquisadora especialista em saúde do trabalho em uma perspectiva multidisciplinar. Fundadora e Ex-Diretora de Pesquisa no Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (INSERM) da Université Paris13, Bobigny, França.

<https://orcid.org/0000-0001-7601-1070>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Construir a visibilidade dos cânceres ocupacionais. Uma pesquisa permanente em Seine-Saint-Denis¹

Build the visibility of occupational cancers. A permanent search in Seine-Saint-Denis

Renforcez la visibilité des cancers professionnels. Une recherche permanente en Seine-Saint-Denis

Annie Thébaud-Mony²

RESUMO

Desde 2003, a prevenção dos cânceres ocupacionais tem sido considerada como uma prioridade sanitária que supõe uma produção de conhecimentos mobilizáveis por estratégias de proteção de trabalhadores assalariados contra a exposição profissional às causas carcinogênicas. A primeira parte deste artigo questiona a interpretação das desigualdades relacionadas ao câncer e coloca em evidência os limites do modelo dominante de interpretação da causalidade do câncer, fundado sobre o papel exclusivo de fatores comportamentais. Apoiando-se sobre as características do câncer, doença que se insere em um longo e complexo processo, a autora demonstra a tripla invisibilidade socialmente construída do câncer relacionado ao trabalho: a ignorância tóxica, a invisibilidade física e a invisibilidade social. A segunda parte apresenta uma pesquisa para a ação realizada desde 2001 com pacientes com câncer em três hospitais de Seine-Saint-Denis com o objetivo de reconstruir suas carreiras profissionais, identificar carcinógenos nessas carreiras e monitorar procedimentos para reconhecimento como doenças ocupacionais. Após um breve histórico da constituição da rede interdisciplinar e interinstitucional em que se realiza esta pesquisa, a autora apresenta o método e os resultados. Coloca-se em evidência a significativa poli-exposição ocupacional aos carcinógenos dos 684 pacientes acompanhados no estudo. Surge então outra história de cânceres ocupacionais, que segue a história das mudanças no trabalho e na produção econômica, pondo em causa o modelo de referência para o reconhecimento dos trabalhadores ou ex-trabalhadores com câncer como doenças ocupacionais. Em conclusão, a autora propõe que a reconstrução das vias ocupacionais e as histórias de exposição se tornem uma dimensão necessária dos registros departamentais de câncer, possibilitando determinar, em nível local, quais as prioridades e estratégias a serem implementadas para a proteção dos trabalhadores contra a exposição ocupacional a carcinógenos.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer. doença ocupacional. invisibilidade. pesquisa permanente

ABSTRACT

Since 2003, the prevention of occupational cancers has been considered as a sanitary priority that supposes a production of knowledge mobilizable by strategies to protect salaried workers against occupational exposure to carcinogenic causes. The first part of this article questions the interpretation of the inequalities related to cancer and highlights the limits of the dominant model of interpretation of cancer causality, based on the exclusive role of behavioral factors. Relying on the characteristics of cancer, a disease that falls within a long and complex process, the author demonstrates the triple socially constructed invisibility of work-related cancer: toxic ignorance, physical invisibility, and social invisibility. The second part presents a research for the action taken since 2001 with cancer patients in three hospitals in Seine-Saint-Denis, in order to reconstruct their careers, identify carcinogens in these careers and monitor procedures for

¹ Tradução do artigo *Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis*, publicado por Annie Thébaud-Mony originalmente na *Revue française des affaires sociales* vols. 2-3 (abril-setembro), 2008, pp. 237-254. Traduzido por Felipe da Silva Pinto Adão, mestre em Ciência Política pelo IFCH/Unicamp e editor-assistente da Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento Humano.

recognition as occupational diseases. After a brief history of the constitution of the interdisciplinary and interinstitutional network in which this research is carried out, the author presents the method and the results. Significant occupational polysaccharide exposure to the carcinogens of the 684 patients followed up in the study is evidenced. Another history of occupational cancers emerges, followed by changes in work and economic production, calling into question the reference model for the recognition of workers or ex-workers with cancer as occupational diseases. In conclusion, the author proposes that the reconstruction of occupational pathways and exposure histories become a necessary dimension of the departmental registries of cancer, making it possible to determine, at the local level, the priorities and strategies to be implemented to protect workers against cancer. occupational exposure to carcinogens.

KEYWORDS: Cancer. occupational disease. invisibility. permanent research.

RÉSUMÉ

Depuis 2003, la prévention des cancers professionnels est considérée comme une priorité sanitaire, qui elle-même suppose une production de connaissances mobilisables pour des stratégies de protection des salariés contre l'exposition professionnelle aux cancérogènes. La première partie de cet article questionne l'interprétation des inégalités face au cancer et met en évidence les limites du modèle dominant d'interprétation de la causalité du cancer, fondé sur le rôle exclusif des facteurs comportementaux. S'appuyant sur les caractéristiques du cancer, maladie **inscrite** dans un processus long et complexe, l'auteure montre la triple invisibilité socialement construite des cancers liés au travail : ignorance toxique, invisibilité physique, invisibilité sociale. La seconde partie présente une recherche **pour l'action** menée depuis 2001 auprès de patients atteints de cancer de trois hôpitaux de la Seine-saint-Denis, en vue de la reconstitution de leur parcours professionnel, de l'identification des cancérogènes dans ces parcours et du suivi des procédures de reconnaissance en maladie professionnelle. Après un bref historique de la constitution du réseau inter-disciplinaire et inter-institutionnel dans lequel prend place cette enquête, l'auteure en présente la méthode et les résultats. Elle met en évidence l'importante poly-exposition professionnelle aux cancérogènes des 684 patients suivis dans le cadre de l'étude. Se dessine alors une autre histoire des cancers professionnels qui épouse celle des transformations du travail et de la production économique, mettant en question le modèle de référence de la reconnaissance en maladie professionnelle de salariés ou anciens salariés atteints de cancer. En conclusion, l'auteure propose que la reconstitution des parcours professionnels et des histoires d'exposition devienne une dimension nécessaire de registres départementaux du cancer, permettant de déterminer à l'échelle locale quelles sont les priorités et les stratégies à mettre en oeuvre pour la protection des salariés contre l'exposition professionnelle aux cancérogènes.

MOTS-CLES: Cancer. maladie professionnelle. invisibilité. recherche permanente.

INTRODUÇÃO

A evolução epidemiológica do câncer é por demais preocupante. Após as últimas estimativas do Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), em 2006 a União Europeia contava 2.3 milhões casos de câncer e a ocorrência de mais de um milhão de mortes causadas pelo câncer. Na França, a incidência estimada de novos casos de câncer passou de 170.000 em 1980 para 280.000 em 2000². Desde 2003, a prevenção dos cânceres ocupacionais é considerada como uma prioridade pela Direção Geral do Trabalho e pela Caixa Nacional de Seguros-Doença. As estratégias a serem desenvolvidas envolvem a combinação dos conhecimentos científicos fundamentais das ciências da vida e da epidemiologia sobre os riscos e seus efeitos com as contribuições das ciências humanas e sociais sobre as condições

² REMONTET, Laurent *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 51, 2003, p. 3-30.



e organização do trabalho em que ocorrem riscos de câncer. No entanto, há mais de vinte anos que os relatórios administrativos e parlamentares põem em causa as "disfunções" do sistema de prevenção e reparação dos riscos profissionais e as deficiências do sistema de informação sobre os problemas de saúde relacionados com o trabalho, em particular os cânceres.

O objetivo deste artigo é examinar, numa primeira parte, os processos de construção da invisibilidade social dos cânceres originados no trabalho, e depois apresentar a abordagem adotada em Seine-Saint-Denis desde 2001 para basear a produção de conhecimento sobre cânceres relacionados com o trabalho na reconstituição das carreiras profissionais dos doentes oncológicos.

1. Do conhecimento oficial à invisibilidade socialmente construída

O movimento social contra o amianto na década de 1990 ajudou a destacar como, durante décadas, os cânceres associados à exposição ocupacional ou ambiental ao amianto foram subestimados. A sua identificação a partir de 1997 não nos pode fazer esquecer as décadas em que estes cânceres foram ignorados e as razões desta negação³. Mas o amianto não deve, por sua vez, impedir outros riscos de câncer ocupacional. É por isso que é importante questionar os dados oficiais sobre o câncer e a sua interpretação e mostrar quais conhecimentos estão por detrás da visibilidade/invisibilidade dos cânceres ocupacionais.

1.2. O câncer: uma doença desigual

Uma das principais características do câncer é que ele é uma doença desigual. De acordo com a revisão da literatura sobre desigualdades sociais no câncer realizada pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) em todos os países com dados estatísticos de mortalidade por categoria socioprofissional, a mortalidade por câncer, particularmente a

³ THÉBAUD-MONY, Annie. **Travailler peut nuire gravement à votre santé**. Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, souffrance physique et morale, cancers professionnels, Paris: La Découverte, 2007.



mortalidade precoce (antes dos 65 anos), é maior entre trabalhadores do que entre executivos e profissões intelectuais⁴. Na mesma obra, os autores estimam que um terço do excesso de cânceres observado nas categorias sociais desfavorecidas em comparação com os grupos sociais mais favorecidos está associado à exposição profissional a carcinogêneos industriais. Esta proporção pode atingir a metade para os cânceres de pulmão e de bexiga. Na França, o trabalho do INSEE sobre mortalidade diferencial permitiu, desde a década de 1980, fundamentar hipóteses sobre a influência da "ocupação" nas desigualdades na mortalidade masculina⁵.

No início da década de 1990, os dados do INSEE permitiram estabelecer que a taxa média anual de mortalidade por câncer entre homens de 45 a 54 anos era quatro vezes maior entre trabalhadores não qualificados do que entre gestores e profissões intelectuais⁶. Finalmente, desde 1975 e até hoje, a França tem estado na vanguarda dos países europeus em termos de desigualdade na mortalidade masculina por câncer antes dos 65 anos⁷. As disparidades sociais são realçadas geograficamente. A Seine-Saint-Denis tem taxas de câncer particularmente altas em comparação com as médias nacionais. De acordo com o Atlas da Mortalidade por Câncer em Ile-de-France⁸, para o período 1990-1999, a taxa de mortalidade por câncer de pulmão masculino normalizada é de 53,2 por 100.000 habitantes a nível nacional. Em Seine-Saint-Denis a taxa é de 65,3. O mesmo se aplica ao câncer de bexiga, cuja taxa de mortalidade padronizada é maior em Seine-Saint-Denis (10,3) do que a média nacional (8,2). Em um município emblemático da exposição ocupacional e ambiental ao amianto em Seine-Saint-Denis, Aulnay-sous-Bois, a Unidade Inter-Regional de Epidemiologia de Ile-de-France destacou o impacto dessa exposição sobre os trabalhadores e residentes da antiga

⁴ KOGEVINAS, Manolis *et al.* **Social inequalities and cancer**. Lion: IARC Scientific Publications, nº 138, 1997.

⁵ TEIGER, Chaterine; LAVILLE Antoine. Travailleurs de nuit permanents, rythmes circadiens et mortalité. **Le travail humain**, vol 44, N. 1, 1981; VOLKOFF, Serge; MOLINIE, Anne-Françoise. Mortalité et condition sociale, *In*: CASSOU, Bernard *et al.* (Org.). **Les Risques du travail**. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner, Paris: La Découverte, 1985, p. 29-30.

⁶ DESPLANQUES, Guy. L'inégalité sociale devant la mort, *In*: **Données sociales**, Paris, Insee, 1993, p. 251-256.

⁷ Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, La mortalité prématurée en France. **Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire**, nº30/31, 8 de julho de 2003.

⁸ PEPIN, Philippe. **Atlas de la mortalité par cancer en Ile de France**. Paris: ORS, COMMISSION D'ORIENTATION SUR LE CANCER, Ministère des Affaires sociales, 2007.

REMONTET, Laurent *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. **Revue d'épidémiologie et de santé publique**, vol. 51, 2003, p. 3-30.



fábrica de amianto localizada no coração desse município⁹. O estudo qualitativo realizado com base nas informações recolhidas por um grupo de associações permitiu aos autores eliminar parte da invisibilidade dos cânceres relacionados ao amianto nestes trabalhadores, sugerindo nas suas recomendações o valor de relatar casos futuros para permitir "um conhecimento aprofundado, em escala local, das ligações complexas que conectam atualmente a saúde ocupacional, a saúde ambiental e as questões relativas aos locais e solos poluídos"¹⁰.

1.3. O modelo de referência da causa do câncer

As disparidades sociais e geográficas observadas na França em termos de mortalidade por câncer estão, por hipótese, essencialmente relacionadas com hábitos individuais, em particular o tabagismo¹¹, ainda que o gradiente das disparidades de consumo entre grupos sociais seja desproporcionado em relação à desigualdade observada para os cânceres. De fato, entre os homens, a diferença entre gestores e trabalhadores relativamente à proporção de fumantes é de cerca de 20%, enquanto o risco excessivo de mortalidade precoce por câncer entre os trabalhadores em comparação com os gestores é de cerca de 200%¹². Além disso, sem poder aprofundar um tema que está sendo debatido atualmente na comunidade científica, o desenvolvimento de pesquisas sobre suscetibilidade genética a riscos cancerígenos tende a reforçar uma interpretação das desigualdades relacionadas ao câncer como estando ligadas à existência de "trabalhadores em risco", assim qualificados de acordo

⁹ COUNIL, Émilie; DANIAU, Côme, ISNARD, Hélène. **Etude de santé publique autour d'une ancienne usine de broyage d'amianto, le comptoir des minéraux et matières premières à Aulnay-sous-bois (Seine-saint-Denis) Pollution environnementale de 1938 à 1975: impact sanitaire et recommandations**, Paris: Drass/Cire Ile de France, Institut de Veille Sanitaire (InVS), 2007.

¹⁰ COUNIL, Émilie; DANIAU, Côme, ISNARD, Hélène. **Etude de santé publique autour d'une ancienne usine de broyage d'amianto, le comptoir des minéraux et matières premières à Aulnay-sous-bois (Seine-saint-Denis) Pollution environnementale de 1938 à 1975: impact sanitaire et recommandations**, Paris: Drass/Cire Ile de France, Institut de Veille Sanitaire (InVS), 2007, p. 253.

¹¹ KUNST, Anton; GROENHOF, Feikje; MACKENBACH, Johan. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens », *In: LECLERC, Annette, et al. (Org.): Les Inégalités sociales de santé*, Paris: La Découverte/Inserm, 2000, p. 53-68.

¹² BRIXI, Omar; LANG, Thierry. Comportements, *In: LECLERC, Annette ; FASSIN, Didier; GRANDJEAN, Hélène; KAMINSKI, Monique; LANG, Thierry (Org.), Les Inégalités sociales de santé*, Paris: La Découverte/Inserm, pp. 391-403, 2000.



com suas características genéticas individuais, e não à de "trabalho em risco"¹³.

O relatório das Academias de Ciências e Medicina sobre as causas do câncer na França¹⁴ menciona outra categoria de fatores individuais. Trata-se de uma "estimativa de cânceres não causados por evitar a obesidade ou ser fisicamente ativo". Que atividade física é essa? O relatório não o diz. Também nada diz sobre as desigualdades sociais face ao câncer e sobre o fato de, em termos de atividade física, os trabalhadores - que pagam o preço mais elevado pelo câncer - serem também aqueles que suportam o fardo do trabalho que envolve a atividade manual e, portanto, física, que é frequentemente muito importante.

1.4. O Câncer: uma história

Este modelo dominante de interpretação da causalidade do câncer apenas pelos comportamentos individuais não leva em conta os conhecimentos adquiridos nos trabalhos científicos sobre o processo carcinogênico. De fato, o câncer não responde ao modelo biológico clássico "uma causa = um efeito". O câncer é um longo processo que muitas vezes dura várias décadas na vida de um indivíduo. Esse processo é realizado em diversas etapas e se desenvolve na interação entre as exposições simultâneas e sucessivas do indivíduo aos processos cancerígenos (em seu ambiente de trabalho e de vida) e sua inclusão no desenvolvimento biológico e vital de um indivíduo. Como sabemos, quando confrontado com os danos celulares por um carcinogênico, o corpo reage com estratégias de reparação que podem ser globais, deixando a possibilidade de "reparação" eficaz sem sequelas, ou, pelo contrário, parcial, permitindo a sobrevivência das células cancerosas que irão então retirar da interação constante entre o indivíduo e o seu "ambiente" (pessoal e profissional) as condições para o desenvolvimento de tumores cancerígenos. Os trabalhos sobre os efeitos sinérgicos das exposições cumulativas ao amianto e ao tabaco demonstraram que o risco de câncer aumenta quando o indivíduo é exposto várias vezes.

Por último, importa salientar que não existe uma "assinatura" do câncer que permita

¹³ THÉBAUD-MONY, Annie. Genetics and prevention: work at risk or "workers at risk"? **Archives of Public Health**, vol. 62, 5/14, 2004.

¹⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/AGÊNCIA INTERNACIONAL DE PESQUISA EM CÂNCER. **Attributable causes of cancer in France in the year 2000**, Lion, 2007.



que um indivíduo com câncer "escolha" entre diferentes causas. A história da exposição de um paciente com câncer a carcinogênicos pode ser reconstruída, mas não identifica a "causa" desse câncer, muito provavelmente porque cada um dos diferentes carcinógenos aos quais esse paciente foi exposto pode ter desempenhado um papel no processo que levou e possibilitou o desenvolvimento desse câncer.

1.5. "Câncer ocupacional": uma tripla invisibilidade

A invisibilidade dos cânceres relacionados com o trabalho baseia-se em três fontes: ignorância tóxica, invisibilidade física e invisibilidade social.

A *ignorância tóxica* deve-se, em primeiro lugar, ao conhecimento muito deficiente da toxicidade dos produtos químicos presentes na atividade laboral. A produção mundial de produtos químicos aumentou de um milhão de toneladas em 1930 para 400 milhões atualmente. Mas, de acordo com a Agência de Proteção Ambiental dos EUA (EPA), apenas 7% das substâncias introduzidas na produção industrial foram objeto de pesquisas de toxicidade para as quais existem dados disponíveis. A estas substâncias há que acrescentar a poluição resultante do próprio processo de produção, sob a forma de poeiras, fumos, gases e radiações, cuja toxicidade está longe de ter sido sistematicamente estudada.

No entanto, de acordo com os princípios da inclusão de um agente cancerígeno na lista oficial de agentes cancerígenos estabelecida pelo Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), uma substância será considerada cancerígena com base em estudos experimentais (*in vivo*, *in vitro*) e estudos epidemiológicos relativamente aos quais haja consenso nos grupos de trabalho convocados pela IARC. Esse consenso é baseado em um conceito chave de "evidência suficiente de carcinogenicidade em humanos"¹⁵. Esta "evidência" depende de estudos com resultados convergentes. No entanto, a toxicologia industrial é uma disciplina quase inexistente em muitos países, incluindo a França, o que limita grandemente a possibilidade de mobilizar os estudos de toxicidade necessários. Quanto à epidemiologia, há limitações importantes, particularmente no que diz respeito à precariedade

¹⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/AGÊNCIA INTERNACIONAL DE PESQUISA EM CÂNCER. **Iarc monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Preamble**, Lion, 2006.



do trabalho. Isto pode ser ilustrado pela pesquisa internacional sobre os cânceres devidos à exposição às radiações ionizantes entre os trabalhadores da indústria nuclear¹⁶, que, por razões metodológicas, excluiu os subcontratantes e os trabalhadores temporários que, no entanto, sofrem mais de 80% da exposição às radiações ionizantes recebidas em instalações nucleares. Essa exclusão da população mais exposta - mas precária - destaca o ponto cego da abordagem epidemiológica, uma vez que a população censitária não leva em conta a realidade da distribuição desigual dos riscos.

A "evidência suficiente" está, portanto, diretamente ligada à riqueza dos estudos experimentais e epidemiológicos disponíveis, com as suas limitações, que abrangem, a nível internacional, apenas uma pequena parte da infinita diversidade de substâncias e situações de trabalho que envolvem a exposição a agentes cancerígenos. A recente inclusão de novos carcinógenos - trabalho por turnos, atividade de pintores, atividade de bombeiros - na lista de carcinógenos elaborada pela IARC é interessante para ilustrar os perigos da construção de tais "evidências suficientes"¹⁷. O "trabalho por turnos" foi incluído na categoria 2A da IARC (o agente é provavelmente carcinogênico para humanos) porque estudos experimentais mostraram a influência da interrupção do ciclo circadiano na carcinogênese em ratos, mas na epidemiologia os únicos estudos identificados foram aqueles envolvendo apenas enfermeiros e comissários de bordo. A inadequação numérica dos estudos epidemiológicos levou a que o trabalho em turno não fosse incluído no grupo 1 da IARC. Por outro lado, as atividades de pintura foram incluídas no Grupo 1 da IARC (as substâncias ou situações consideradas são cancerígenas para o ser humano), na medida em que existe "evidência suficiente de que a exposição ocupacional dos pintores provoca cancro do pulmão e da bexiga". Finalmente, embora se saiba que os bombeiros estão expostos a muitos produtos de combustão, incluindo carcinogêneos (benzeno, benzo-a-pireno, etc.), através de exposições intensas, mas intermitentes, o número limitado de estudos epidemiológicos relativos a esta população levou

¹⁶ CARDIS, Elizabeth, *et al.* Effects of low doses and low dose rates of external ionizing radiation: cancer mortality among nuclear industry workers in three countries. **Radiation Research**, vol. 142, 1995, pp 117-132.

¹⁷ STRAIF, Kurt *et al.* Carcinogenicity of shift-work, painting, and fire-fighting, *In: The Lancet Oncology*, vol. 8, December. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanonc/issue/vol8no12/PIIS1470-2045\(07\)X7082-7](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/issue/vol8no12/PIIS1470-2045(07)X7082-7)>. Acesso em: 29 abr. 2020.



o grupo de trabalho da IARC a incluir a atividade dos bombeiros no grupo 2B da IARC (substâncias ou situações que podem causar câncer nos seres humanos).

A questão levantada por essas escolhas é quantos estudos epidemiológicos são necessários para estabelecer "evidências suficientes" da carcinogenicidade de uma substância ou situação de exposição e com base em quais critérios? Uma segunda questão surge em relação às razões da escolha que levaram à manutenção da epidemiologia como disciplina de referência para a construção dessa evidência de carcinogenicidade, enquanto o trabalho experimental permite a detecção precoce da carcinogenicidade de uma substância na célula ou no animal, sabendo que, na maioria dos casos, a carcinogenicidade em animais pode ser extrapolada para humanos. Esta escolha conduz à manutenção de situações perigosas sem ter em conta os riscos cancerígenos conhecidos ou suspeitos e os seus efeitos sinérgicos. O raciocínio de que a exposição é intermitente e teria efeitos diferentes dos identificados em outros grupos da população não leva em conta o fato de não existir um limiar de exposição abaixo do qual não haja risco. Note-se ainda que as exposições sob a forma de "picos de exposição", como é o caso dos bombeiros, são igualmente assustadores, se não mais, do que a exposição contínua ao baixo ruído. Assim, a ignorância tóxica é reforçada pelas regras restritivas para a inclusão de carcinógenos na lista da IARC.

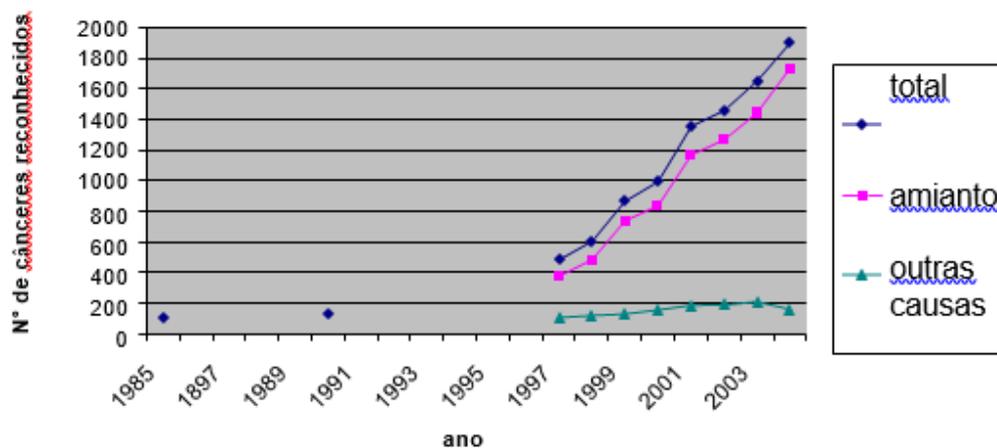
A invisibilidade física das substâncias cancerígenas reside no fato de estas escaparem como um risco mortal da percepção imediata dos trabalhadores: poeira, fumos, gases, radiação, muitas vezes não têm qualquer efeito perceptível, exceto sob a forma de irritação, desconforto e outros sintomas considerados benignos. As pessoas expostas não são capazes de medir o perigo porque dependem de ferramentas técnicas geralmente detidas por organizações especializadas. Quanto às consequências, estas só serão visíveis anos ou décadas mais tarde. Esta invisibilidade física é reforçada pelo acesso muitas vezes difícil à informação sobre carcinógenos presentes no local de trabalho, em especial quando não se trata de produtos rotulados, mas sim de carcinógenos diretamente resultantes do processo de produção, como no caso das fumaças de combustão, do amianto ou das fibras de sílica inaladas durante a demolição, em especial no setor da construção.

Por último, *a invisibilidade social* resulta da não aplicação das regras atuais relativas à obrigação dos empregadores declararem produtos e processos que conduzam a doenças



ocupacionais (Código da Seguridade Social, artigo L461-4) ou de elaborarem um certificado de exposição em todos os casos em que um trabalhador tenha sido exposto a agentes cancerígenos, mutagênicos ou tóxicos para a reprodução (Decreto CMR nº 2001-97 de 1º de fevereiro de 2001). Resulta também da natureza restritiva da reparação do câncer ocupacional na França. O Gráfico 1 mostra a evolução do número de cânceres ocupacionais reconhecidos entre 1985 e 2004. Ele testemunha o impacto do movimento social do amianto, que levou ao reconhecimento de um maior número de cânceres desde o final da década de 1990. Em contraste com esta tendência no reconhecimento dos cânceres relacionados com o amianto, levando-os a quase 1800 casos em 2004, este gráfico mostra também que o reconhecimento cumulativo dos cânceres associados a outras substâncias cancerígenas, a maioria das quais aparece numa tabela de doenças ocupacionais, estagna abaixo de 200 casos reconhecidos por ano.

Gráfico 1: Evolução do número de cânceres ocupacionais reconhecidos pelo Regime Geral entre 1985 e 2004



(Fonte: estatísticas trimestrais de acidentes do trabalho. CNAMTS)

2. Pesquisa para Ação: Investigação sobre vias ocupacionais e histórico de exposição ocupacional a carcinógenos em pacientes com câncer

Antes de apresentar a pesquisa e os seus resultados, esta segunda parte mostra, em primeiro lugar, como foi construída a rede de atores e instituições que permitiu a criação deste



programa de pesquisa. O seu objetivo é produzir conhecimentos que permitam quebrar a invisibilidade dos cânceres ocupacionais e fornecer - com vista a melhorar a sua prevenção e reparação - os resultados de uma abordagem multidisciplinar. Do ponto de vista da saúde pública, a doença - neste caso o câncer - aparece como um "evento sentinela" que permite combinar o conhecimento retrospectivo (sobre a exposição ocupacional a carcinógenos) e o conhecimento prospectivo (sobre o reconhecimento como doença ocupacional), a partir do paciente e de sua experiência.

2.1. Histórico

No final da década de 1980, a pesquisa multidisciplinar realizada no âmbito de um acordo entre uma equipe do Inserm e o Ministério do Trabalho visou estudar os processos de declaração e reconhecimento de doenças ocupacionais¹⁸. Através de uma série de monografias, esta investigação mostrou - para os cânceres ainda mais do que para qualquer outra doença profissional - que as disfunções no sistema de compensação por doenças ocupacionais impedem não só o reconhecimento, mas também o conhecimento e a prevenção de lesões relacionadas com o trabalho. A escolha da monografia como ferramenta de estudo indicou a importância do contexto local, tanto do ponto de vista da organização social do trabalho e da produção como para a observação das práticas e lógicas institucionais na implementação de mecanismos regulatórios. A pesquisa possibilitou destacar a lógica específica de cada contexto local, ao mesmo tempo em que produziu resultados que puderam ser generalizados.

Uma das monografias do programa de pesquisa supramencionado centrou-se na subnotificação dos cânceres ocupacionais e nos obstáculos ao conhecimento das exposições ocupacionais a agentes cancerígenos em Seine-saint-Denis, um projeto de investigação realizado com o apoio e a participação dos departamentos de investigação do Conseil Général de la Seine-Saint-Denis. Esta abordagem conduziu à criação de um grupo de trabalho do Conselho Departamental de Higiene (*Conseil Départemental d'Hygiène* - CDH) sobre o câncer

¹⁸ THÉBAUD-MONY, Annie. **La reconnaissance des maladies professionnelles**. Acteurs et logiques sociales. Paris: La documentation Française, 1991.



ocupacional, que reuniu os pesquisadores envolvidos, a Universidade de Paris-13 e as instituições de saúde pública e profissional do departamento de Seine-Saint-Denis e da região de Ile-de-France. Em 1998, após a realização de um estudo de viabilidade, o CDH aprovou a criação de um sistema de pesquisa em saúde pública sobre cânceres relacionados com o trabalho no âmbito da Universidade de Paris-13, baseado na colaboração entre pesquisadores e profissionais da saúde pública e da saúde ocupacional (Grupo de interesse científico no monitoramento de cânceres de origem profissional - *Groupement d'intérêt scientifique de surveillance des cancrers d'origine professionnelle* - GISCOP 93).

Foi desenvolvido um programa de pesquisa prospectiva sobre o conhecimento das exposições ocupacionais a agentes cancerígenos em doentes oncológicos, sobre a diferenciação dos processos de reconhecimento das doenças ocupacionais e sobre as regras e práticas de prevenção dos cânceres relacionados com o trabalho. Este programa é baseado em ferramentas metodológicas originais usando diferentes disciplinas no campo da saúde e do trabalho. Ele se trata de:

- uma pesquisa permanente junto aos doentes de três hospitais de Seine-Saint-Denis, do Hospital Universitário de Avicenna, um hospital de referência em oncologia e hematologia, do Hospital Robert Ballanger de Aulnay-sous-bois, o hospital intermunicipal de Montfermeil;
- um método de identificação da exposição profissional a agentes cancerígenos que combine a reconstrução dos percursos profissionais dos doentes oncológicos o mais próximo possível da sua experiência profissional e um sistema de avaliação desses percursos;
- um estudo prospectivo para monitorar a notificação e o reconhecimento de casos indenizáveis, no âmbito de uma colaboração com a *Caisse Primaire d'assurance maladie* (CPAM) de Seine-Saint-Denis, permitindo a análise das práticas médicas e administrativas de notificação e reconhecimento de cânceres ocupacionais com referência às regras do sistema de indenização por doenças ocupacionais;
- uma abordagem sociológica global destinada a identificar os obstáculos à implementação de medidas regulamentares para a prevenção do câncer ocupacional, o mais próximo possível das práticas das partes interessadas na prevenção.



Cada uma das abordagens acima descritas envolveu a construção de uma rede de atores de investigação e a verificação do rigor dos métodos utilizados. Ambas são o resultado de uma elaboração progressiva, através de um histórico de colaborações de longa data, da discussão dos métodos de investigação à medida que são implementados e da análise das dificuldades encontradas.

Longe de limitar o alcance dos resultados do programa de investigação assim construído, este enraizamento departamental garante o seu rigor a vários níveis. De fato, a população do estudo, residente no departamento, atendida em três dos seus hospitais, permite estabelecer elementos de comparação com a população geral do departamento. O estudo das condições institucionais para a reparação e prevenção dos cânceres ocupacionais é realizado com referência à rede departamental e regional de instituições de seguros de saúde, medicina do trabalho e inspeção do trabalho envolvidas neste domínio. Por último, a cooperação adquirida com estas diferentes instituições permite assegurar o estudo prospectivo dos sistemas atuais, bem como a sua evolução e o acompanhamento das evoluções institucionais.

O problema, os métodos de investigação e os resultados são generalizáveis no sentido de que o conhecimento produzido se refere - muito além das especificidades locais - a lógicas estruturais de organização do trabalho e do emprego e às características dos mecanismos regulamentares e institucionais de reconhecimento e prevenção do câncer ocupacional a nível nacional. A observação qualitativa neste contexto preciso e bem conhecido abre também caminho para o estudo dos processos de diferenciação e desigualdades sociais em saúde.

2.2. Pesquisa e métodos

Foi necessário ultrapassar grandes dificuldades metodológicas para desenvolver uma pesquisa sobre o conhecimento e o reconhecimento dos cânceres ocupacionais. Em primeiro lugar, esta pesquisa teve de ter em conta a dimensão temporal do câncer e das carreiras profissionais, sabendo que, para muitos trabalhadores em particular, esta carreira pode ter começado aos 14 anos de idade. Este é particularmente o caso dos aprendizes que iniciaram a sua vida profissional em garagens, carpintarias, construção ou mecânica. Conhecendo a



ausência de qualquer memória que consistisse em exposições carcinogênicas, era necessário poder acessar via memória viva o que ela poderia fornecer como informação sobre a atividade de trabalho e as exposições carcinogênicas. Além disso, nos serviços em causa, os médicos raramente emitiam certificados médicos iniciais (CMI) para as doenças ocupacionais dos seus doentes oncológicos.

Muito rapidamente, tornou-se necessário perguntar a todos apenas o que a sua experiência lhes permite alcançar. Os médicos identificam casos de câncer e certificam um diagnóstico, mas não têm tempo nem ferramentas para reconstruir as carreiras profissionais dos doentes que têm de gerir em termos de diagnóstico e terapia¹⁹. Os pacientes podem falar sobre sua experiência de trabalho, mas não estão cientes dos produtos tóxicos aos quais podem ter sido expostos. Durante a entrevista com o paciente, os sociólogos e psicólogos da equipe podem garantir uma reconstrução detalhada do itinerário profissional do paciente, dos trabalhos e postos de trabalho, da atividade realizada por essa pessoa e aqueles ao seu redor, estar ativamente atentos a todos os detalhes que possam apontar para exposição a carcinógenos, mas sua experiência não lhes permite identificar e caracterizar a exposição dos pacientes entrevistados a carcinógenos. Um único perito pode identificar uma ou mais exposições a agentes cancerígenos numa viagem, mas a sua experiência não pode abranger todas as situações de exposição possíveis na atividade profissional e a sua grande variabilidade.

Foi assim que foi tomada a decisão de não confiar em um único perito, mas sim em uma rede de peritos. Com efeito, era necessário "cruzar" os conhecimentos científicos sobre carcinógenos, os conhecimentos práticos sobre a presença destas substâncias nos processos de produção, a atividade laboral e os conhecimentos locais sobre o trabalho nas áreas de emprego Seine-Saint-Denis e Ile-de-France, onde teve lugar a vida profissional de muitos doentes que participaram no inquérito GISCOPI.

Foi criado um grupo de peritos. Ele inclui toxicólogos que fornecem conhecimento científico sobre carcinógenos industriais, engenheiros de (INRS, CRAM) que têm experiência no uso de produtos cancerígenos e sua evolução nos processos e ambientes de trabalho,

¹⁹ BRISACIER, Anne-Claire. Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers professionnels en France. **Tese (Doutorado em Medicina)**, Universidade Paris13, Bobigny, 2008.



médicos ocupacionais que combinam vigilância individual do trabalhador e um certo conhecimento dos postos de trabalho em Seine-Saint-Denis, e finalmente secretários CHSCT²⁰ que têm experiência do próprio trabalho e são portadores de uma experiência original no cruzamento da experiência daqueles que trabalham e do conhecimento técnico e científico segundo o qual esse conhecimento é reinterpretado. Uma lista de carcinogêneos cuja ligação com o trabalho já foi estabelecida foi discutida e acordada pelo grupo de peritos com referência às listas do IARC e da UE. Esta lista inclui 54 substâncias e processos cancerígenos comprovados.

Desde março de 2002, é realizada pesquisa permanente em três hospitais de Seine-Saint-Denis (Hospital Universitário de Avicenne, Hospital de Montfermeil, Hospital Robert Ballanger em Aulnay-Sous-Bois). Ela diz respeito a novos doentes com câncer residentes em Seine-Saint-Denis, em locais ou patologias suscetíveis de estarem relacionadas com uma ou mais exposições ocupacionais (cânceres respiratórios, urinários, hematológicos). Para cada um desses pacientes é realizada uma reconstrução completa de sua formação profissional durante uma entrevista, seja em casa ou no hospital. Cada um dos percursos é então avaliado e suscita, no âmbito de uma discussão coletiva dos peritos, um debate sobre as características das exposições e, em seguida, sobre a decisão a tomar quanto à possibilidade de uma declaração de doença profissional. Sempre que os peritos o considerem possível, a equipe de investigação deve consultar o médico que comunicou ao doente os elementos necessários para estabelecer um certificado inicial de doença profissional.

2.3. Experiência profissional e históricos de exposição

Entre março de 2002 e agosto de 2007, 944 pacientes foram notificados à equipe de pesquisa e 684 carreiras foram reconstruídas. Na população do estudo, 82% são homens e 18% mulheres. A idade média é de 62,4 anos e 46% dos pacientes têm menos de 60 anos de idade. Um terço destes foram empregados no momento do aparecimento do câncer. Dos postos de trabalho identificados, 65% se inserem na categoria dos trabalhadores (qualificados ou não qualificados).

²⁰ Comitês de Saúde, Segurança e Condições de Trabalho



Traçar trajetórias de carreira que ocorreram em média nos últimos 30 a 60 anos significa observar como essas trajetórias têm sido percorridas em períodos sucessivos marcados por transformações profundas: os da organização da produção industrial - e nela as formas de utilização de produtos cancerígenos -, os do próprio conteúdo do trabalho, dos instrumentos e dos seus usos, os das relações sociais e laborais, os das políticas públicas que regulam o emprego e a saúde no trabalho. Desde o final da década de 1970, em particular, a precariedade social resultante de estratégias combinadas de flexibilidade, trabalho temporário e subcontratação tem perturbado profundamente as formas de divisão social do trabalho e os riscos²¹.

A análise dos antecedentes profissionais dos doentes entrevistados permitiu estabelecer uma tipologia destes antecedentes em quatro tipos²²:

Para um terço dos pacientes entrevistados durante os dois primeiros anos da pesquisa, as vias apresentam:

- (1) *continuidade da atividade profissional* das pessoas que trabalharam quase exclusivamente na mesma empresa
- (2) ou a pessoas que *mudaram de empresa*

Para todos os outros, as trajetórias profissionais refletem *descontinuidades* no emprego e na atividade.

- (3) Menos de um quarto destes últimos fazem parte de um processo de *mobilidade ascendente*.

- (4) Os restantes três quartos percorreram trajetórias *descontínuas, sem qualquer aquisição de qualificações*, mas também por vezes intercalados com períodos de desemprego e de reintegração em empregos menos qualificados do que os anteriores.

Para a maioria dos pacientes, outra característica destas vias é a sua inclusão nas

²¹ APPAY, Beatrice; THÉBAUD-MONY, Annie, **Précarisation sociale, travail, santé**. Paris: IRESO, INSERM-CNRS, 1997; COUTROT, Thomas. **Critique de l'organisation du travail**. Paris: La Découverte, Collection Repères, 1999; THÉBAUD-MONY, Annie. **Travailler peut nuire gravement à votre santé**. Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, souffrance physique et morale, cancers professionnels, Paris: La Découverte, 2007.

²² THÉBAUD-MONY, Annie *et al.* Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France). **Revue PISTES (Perspectives interdisciplinaires sur la santé et le travail)**, vol. 1 (5), 2003.



funções auxiliares da produção - manutenção, limpeza, demolição -, funções que não são de modo algum obsoletas hoje em dia e que evoluem relativamente pouco tecnicamente, tornando altamente provável que a exposição a substâncias cancerígenas continue nestas atividades²³.

A diferenciação das carreiras profissionais, bem como a diversidade de "profissões", atividades e locais de trabalho, condiciona igualmente a diversificação das histórias de exposição a agentes cancerígenos ocupacionais incluídas na lista elaborada pelos peritos do *Groupement d'intérêt scientifique de surveillance des cancers d'origine professionnelle* (GISCOPI).

Estas histórias de exposição a agentes cancerígenos atestam, em primeiro lugar, a exposição poligênica a agentes cancerígenos ocupacionais, dado que, globalmente, 84% dos doentes dos três hospitais inquiridos estavam expostos a agentes cancerígenos e 55% dos doentes tinham sido expostos a pelo menos três destas substâncias e processos cancerígenos. Para 90% dos pacientes, a exposição é alta ou média, com duração média de trinta anos. As contas dos doentes atestam a ausência total de proteção coletiva ou individual. Os setores ocupacionais mais representados são a construção, seguida da metalomecânica e da reparação automóvel, considerando que quase todos os setores ocupacionais estão envolvidos. O Quadro 1 apresenta, para cada um destes setores de atividade, a taxa de empregos expostos identificados na pesquisa. Por último, embora o amianto permaneça muito presente, notadamente na construção e transformação de metais, muitos outros agentes cancerígenos são também identificados no percurso profissional dos doentes, incluindo hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, sílica, fumos de soldadura, solventes, chumbo, cromatos, gasolina e gasóleo, benzeno, radiações ionizantes, etc.

²³ O amianto fornece um bom exemplo da persistência de exposições ocupacionais a carcinogênicos. Há cerca de 75 kg de amianto per capita na França, grande parte em construções. Qualquer operação de renovação começa com demolição. Em muitos casos, o amianto está presente em tetos falsos, dutos, isolamento de tubulações, etc.



Tabela 1: Taxas de empregos (1) expostos nos dez setores de atividade mais representados

Setores da atividade econômica	Número de empregos expostos	Taxas de emprego %
Construção	693	87
Fabricação de outro equipamento de transporte	84	84
Metarlugia	266	79
Indústria de reparação automóvel	166	78
Publicação, impressão, reprodução	78	74
Fabricação de produtos minerais não metálicos	17	74
Serviços pessoais	18	69
Fabricação de móveis	35	63
Educação	56	44
Serviços prestados às empresas	52	42

(1) Cada período gasto em uma empresa corresponde a um "emprego". Durante o mesmo trabalho, um funcionário pode ter ocupado várias estações de trabalho.

2.4. Reconhecimento de cânceres ocupacionais

A referência para o reconhecimento como doença ocupacional na França (Código da Seguridade Social, Art. L461-1 e-2) especifica que as doenças incluídas na lista de "tabelas de doença ocupacional" se beneficiam da presunção de responsabilidade²⁴. No caso de câncer, apenas 20 carcinógenos são retidos. Nenhuma tabela leva em conta a poli-exposição a diferentes carcinógenos. Desde 1993, um sistema adicional permite o reconhecimento das doenças ocupacionais não incluídas nas tabelas, desde que o médico seja capaz de estabelecer

²⁴ Se a doença e o trabalho da pessoa são incluídos em uma tabela de doenças ocupacionais, o reconhecimento é adquirido sem a necessidade de comprovar a relação causal entre trabalho e doença. Isso é chamado de presunção de responsabilidade.



"ligação direta e essencial" entre trabalho e patologia. Finalmente, desde 2002, vítimas de câncer relacionado ao amianto têm direito a uma indenização suplementar àquela obtida por doença ocupacional, no contexto do Fundo de Indenização de Amianto (FIVA) criado em 2000 por lei de financiamento da seguridade social.

O acompanhamento do processo de declaração e reconhecimento em doença ocupacional dos pacientes do estudo permitiu destacar a diferença entre o modelo de referência implícito das regras e práticas do reparo e a realidade do trabalho e as exposições aos carcinógenos ocupacionais vivenciadas pelos pacientes. Primeiro, as características das exposições apresentadas pelos pacientes levaram os especialistas do GISCOP a desenvolver uma estratégia de adaptação aos critérios de reconhecimento e indenização, no que diz respeito à decisão de levar ou não um paciente ao procedimento de reconhecimento de doenças ocupacionais. Assim, 311 dos 572 (ou 54%) pacientes considerados expostos a carcinógenos ocupacionais no contexto de sua atividade laboral não foram avaliados pelos mesmos especialistas que poderiam iniciar um procedimento de reconhecimento de doença ocupacional: nem com referência a tabelas de doenças ocupacionais, nem no âmbito do sistema complementar de reconhecimento (Comité Regional para o Reconhecimento das Doenças Ocupacionais - *Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles* - CRRMP). Quando olhamos para os trabalhos ocupados por estes pacientes expostos, vemos que as mulheres muitas vezes encontram empregos de serviço com um componente de limpeza (mulher de limpeza, educadora de infância, cuidadora). As exposições ocupacionais a agentes cancerígenos identificadas por peritos para estas atividades incluem o formaldeído e os solventes clorados. Estes produtos não estão incluídos nos regulamentos relativos ao reconhecimento como doença profissional. Uma declaração de doença profissional não teria qualquer hipótese de sucesso. Entre os homens, a frequência de "ofícios" como operários, estivadores, motoristas de entregas e operadores de máquinas é elevada. As exposições a produtos orgânicos são mais frequentemente identificadas por especialistas para estas estações de trabalho, particularmente hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, benzeno, gásóleo e gasolina. Apenas o benzeno e os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos estão incluídos nas tabelas de doenças ocupacionais, respectivamente para outra doença cancerosa (leucemia) ou para uma lista muito restritiva de trabalhos. Também neste caso, uma



declaração não poderia ser bem-sucedida, uma vez que as ligações entre estas exposições e o excesso de câncer não estão estabelecidas.

Além disso, os padrões de referência para as tabelas de doenças ocupacionais são a permanência e a duração no emprego e a exposição²⁵. No entanto, as carreiras profissionais dos doentes expostos considerados "não critério" para reconhecimento pelos peritos da GISCOP são caracterizadas pelo uso e exposição intermitentes. Trata-se, em especial para os doentes mais jovens, de condições de trabalho comuns, frequentemente associadas ao trabalho temporário ou a operações de subcontratação. Estas formas de emprego - ditas "atípicas" no início dos anos 80 e, depois, "novas" no início dos anos 90 - tendem agora a generalizar-se no quadro da flexibilidade estrutural do mercado de trabalho. Esta evolução põe em causa a própria concepção do sistema de reconhecimento, uma vez que exclui a possibilidade de notificação para uma percentagem significativa de doentes com câncer que tenham sido expostos a agentes cancerígenos ocupacionais, mas que não satisfaçam os critérios de utilização e exposição.

Além disso, os peritos da GISCOP tiveram de levar em conta a desigualdade na legislação relativa aos montantes das indenizações, uma vez que as vítimas de doenças ocupacionais relacionadas ao amianto recebem uma indenização adicional do FIVA, que pode aumentar em dez vezes os montantes obtidos. A frequência de exposição dos doentes ao amianto no estudo levou a que 90% dos casos fossem investigados com referência a tabelas de doenças ocupacionais relacionadas com o amianto. Como resultado, não apenas os pacientes que não se enquadram no escopo das tabelas relacionadas ao amianto desaparecem da visibilidade dos "cânceres ocupacionais", mas também do fenômeno maciço da poli-exposição em relação à natureza precária das carreiras profissionais.

A pesquisa destaca uma lacuna significativa entre os casos relatáveis - para os quais os médicos emitiram um atestado médico para uma doença ocupacional - e aqueles para os quais os pacientes relataram uma doença ocupacional (53%) (Tabela 2). Este fosso revela obstáculos e desigualdades menos imediatos para compreender, em particular, o lapso entre a gravidade do que está em jogo - sofrimento, morte - e o fato de se pedir uma "reparação" monetária;

²⁵ A maioria das tabelas de doenças ocupacionais para cânceres exige 10 anos de exposição, embora seja cientificamente aceito que não existe um tempo mínimo de exposição abaixo do qual um agente cancerígeno seja ineficaz.



desigualdades no capital cultural que tornam mais ou menos inacessíveis aos trabalhadores doentes as instituições médicas e médico-sociais, mas também as organizações sindicais e associativas susceptíveis de dar apoio para iniciar um procedimento frequentemente descrito como o "caminho do lutador".

Finalmente, o reconhecimento é obtido para 67% dos pacientes que fizeram suas declarações. A pesquisa desempenha um papel significativo no reconhecimento das vítimas de câncer como doenças ocupacionais em Seine-Saint-Denis. De fato, para o ano de 2005, dos 58 casos reconhecidos para todo o departamento, 33 casos eram de pacientes da pesquisa GISCOP. No entanto, deve-se considerar que 90% destes reconhecimentos dizem respeito a casos de doentes que foram expostos ao amianto (acompanhados de outros agentes cancerígenos, que se tornaram assim invisíveis nas estatísticas oficiais). Além disso, os litígios aumentam nos casos abrangidos pelo sistema de reconhecimento complementar (CRRMP).

Tabela 2: Resultados referentes ao reconhecimento de doenças ocupacionais para os pacientes pesquisados no Seine Saint Denis

Pacientes que tiveram uma reconstituição de sua formação profissional	684
% pacientes expostos a carcinogênicos	84% (n=572)
% de atestados médicos iniciais para doenças ocupacionais em pacientes expostos	54% (n=311)
% de relatórios de doenças ocupacionais por pacientes que receberam uma CMI	53% (n=166)
% de reconhecimento como doença profissional entre os doentes que comunicaram o seu câncer através de	67% (n=112)



MP	
Recusa	n=26
Em espera	n=28

CONCLUSÃO

"Cânceres ocupacionais: uma ferida social muitas vezes ignorada"²⁶. É dessa forma que a brochura publicada pelo Instituto Sindical Europeu para a Pesquisa, Formação e Saúde e Segurança (ETUI-REHS) descreve a situação atual no que diz respeito ao conhecimento e prevenção de cânceres ocupacionais.

Os resultados da pesquisa iniciada em Seine-Saint-Denis mostram uma influência recíproca dos riscos do conhecimento científico sobre os carcinógenos (e seus efeitos na população), a falta de conhecimento de lugares e condições de exposição ocupacional e as regras particularmente restritivas de reconhecimento das doenças ocupacionais do câncer, o que reforça a invisibilidade socialmente construída dos cânceres ocupacionais.

Neste departamento, as redes que foram formadas ao longo de vinte anos de intercâmbios e colaboração entre instituições de saúde pública e saúde ocupacional, a universidade, o centro do câncer, as organizações de seguro de saúde, as mútuas [*mutuelles de santé en France*], os órgãos políticos departamentais e regionais, bem como sindicatos de trabalhadores assalariados e ativistas de associações, contribuíram para uma mobilização contra o câncer ocupacional. De fato, os resultados da pesquisa, no contexto departamental e regional, podem ser usados para melhorar o reconhecimento de pacientes com câncer como doenças ocupacionais e implementar estratégias de prevenção.

A fim de quebrar a invisibilidade dos cânceres ocupacionais e combater catástrofes de saúde que prefiguram a do amianto, uma sugestão pode ser feita com base em experiências

²⁶ MANGEOT, Marie-Anne. **Les cancers professionnels**: une plaie sociale trop souvent ignorée, Bruxelles: ETUI-REHS, 2007.



estrangeiras e nos primeiros resultados do GIS COP 93, a de criar registros de câncer em cada departamento, os quais necessariamente incluam a reconstituição da carreira profissional de cada paciente. Essa memória do trabalho é essencial para a produção de conhecimento em nível local para permitir o desenvolvimento de estratégias de prevenção primária, as únicas capazes de reduzir a epidemia de câncer e as desigualdades sociais diante do câncer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPAY, Beatrice; THÉBAUD-MONY, Annie, **Précarisation sociale, travail, santé**. Paris: IRESCO, INSERM-CNRS, 1997.

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, La mortalité prématurée en France. **Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire**, n°30/31, 8 de julho de 2003.

BRISACIER, Anne-Claire. Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers professionnels en France. **Tese (Doutorado em Medicina)**, Universidade Paris13, Bobigny, 2008.

BRIXI, Omar; LANG, Thierry. Comportements, *In*: LECLERC, Annette ; FASSIN, Didier; GRANDJEAN, Hélène; KAMINSKI, Monique; LANG, Thierry (Org.), **Les Inégalités sociales de santé**, Paris: La Découverte/Inserm, pp. 391- 403, 2000.

CARDIS, Elizabeth, *et al.* Effects of low doses and low dose rates of external ionizing radiation: cancer mortality among nuclear industry workers in three countries. **Radiation Research**, vol. 142, 1995, pp 117-132.

COUNIL, Émilie; DANIAU, Côme, ISNARD, Hélène. **Etude de santé publique autour d'une ancienne usine de broyage d'amiante, le comptoir des minéraux et matières premières à Aulnay-sous- bois (Seine-saint-Denis) Pollution environnementale de 1938 à 1975: impact sanitaire et recommandations**, Paris: Drass/Cire Ile de France, Institut de Veille Sanitaire



(InVS), 2007.

COUTROT, Thomas. **Critique de l'organisation du travail**. Paris: La Découverte, Collection Repères, 1999.

DESPLANQUES, Guy. L'inégalité sociale devant la mort. **Données sociales**, Paris, Insee, 1993, p. 251 à 256.

KOGEVINAS, Manolis *et al.* **Social inequalities and cancer**. Lion: IARC Scientific Publications, nº 138, 1997.

KUNST, Anton; GROENHOF, Feikje; MACKENBACH, Johan. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens, *In*: LECLERC, Annette, *et al.* (Org.), **Les Inégalités sociales de santé**, Paris: La Découverte/Inserm, 2000, p. 53-68.

MANGEOT, Marie-Anne. **Les cancers professionnels**: une plaie sociale trop souvent ignorée, Bruxelles: ETUI-REHS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/AGÊNCIA INTERNACIONAL DE PESQUISA EM CÂNCER. **Iarc monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Preamble**, Lion, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/AGÊNCIA INTERNACIONAL DE PESQUISA EM CÂNCER. **Attributable causes of cancer in France in the year 2000**, Lion, 2007.

PEPIN, Philippe. **Atlas de la mortalité par cancer en Ile de France**. Paris: ORS, COMMISSION D'ORIENTATION SUR LE CANCER, Ministère des Affaires sociales, 2007.

REMONTET, Laurent *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. **Revue d'épidémiologie et de santé publique**, vol. 51, 2003, p. 3-30.

STRAIF, Kurt et al. Carcinogenicity of shift-work, painting, and fire-fighting, *In*: **The Lancet Oncology**, vol. 8, December, Disponível em:



<[https://www.thelancet.com/journals/lanonc/issue/vol8no12/PIIS1470-2045\(07\)X7082-7](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/issue/vol8no12/PIIS1470-2045(07)X7082-7)>.

Acesso em: 29 abr. 2020.

TEIGER, Chaterine; LAVILLE Antoine. Travailleurs de nuit permanents, rythmes circadiens et mortalité ». **Le travail humain**, vol 44, n. 1, 1981.

THÉBAUD-MONY, Annie. **La reconnaissance des maladies professionnelles**. Acteurs et logiques sociales. Paris: La documentation Française, 1991.

THÉBAUD-MONY, Annie *et al.* Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France). **Revue PISTES (Perspectives interdisciplinaires sur la santé et le travail)**, vol. 1 (5), 2003.

THÉBAUD-MONY, Annie. Genetics and prevention: work at risk or "workers at risk"?. **Archives of Public Health**, vol. 62, 5/14, 2004.

THÉBAUD-MONY, Annie. **Travailler peut nuire gravement à votre santé**. Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, souffrance physique et morale, cancers professionnels. Paris: La Découverte, 2007.

VOLKOFF, Serge; MOLINIE, Anne-Françoise. Mortalité et condition sociale, *In*: CASSOU, Bernard *et al.* (Org.), **Les Risques du travail**. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner, Paris: La Découverte, 1985, p. 29-30.

