

Maria Luisa de Macedo

**A VIGILÂNCIA DOS PROCESSOS E AMBIENTES DE TRABALHO:
PROTEÇÃO/PROMOÇÃO DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NO
DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado – Universidade de Santa Cruz do Sul, para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. João Pedro Schmidt

Santa Cruz do Sul, abril de 2004.

Maria Luisa W. S. de Macedo

**A VIGILÂNCIA DOS PROCESSOS E AMBIENTES DE TRABALHO:
PROTEÇÃO/PROMOÇÃO DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NO
DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Dr. João Pedro Schmidt

Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira

Dra. Helena Scarparo

Para

Fernanda, Renato, Júnior e Tetê

Meus amores!

Ao meu amado pai, Miguel, com muita saudade!

AGRADECIMENTOS

Três pessoas me disseram "Faz!", por isso agradeço-lhes de todo coração, por que foram, mesmo sem o saber, o estímulo para o meu primeiro passo em direção ao mestrado: minha professora no curso de sanitarista, Dra. Ceci Mizocski, que me introduziu na arte da estratégia; as amigas Cristiane Saueressig e Santa Terezinha da Silveira que acreditaram ser possível e apontaram caminhos.

Agradeço também à Dra. Édina Linhares, querida colega de profissão, primeira pessoa que olhou meu esboço de projeto - mais esboço do que projeto - e conseguiu ver algo se delineando.

À Jussara D'Ávila Rodrigues, amiga que me ouviu enquanto pessoa e trabalhadora de saúde e com quem tive momentos muito prazerosos no trabalho de saúde pública, que soube ver meus anseios e ajudou na caminhada.

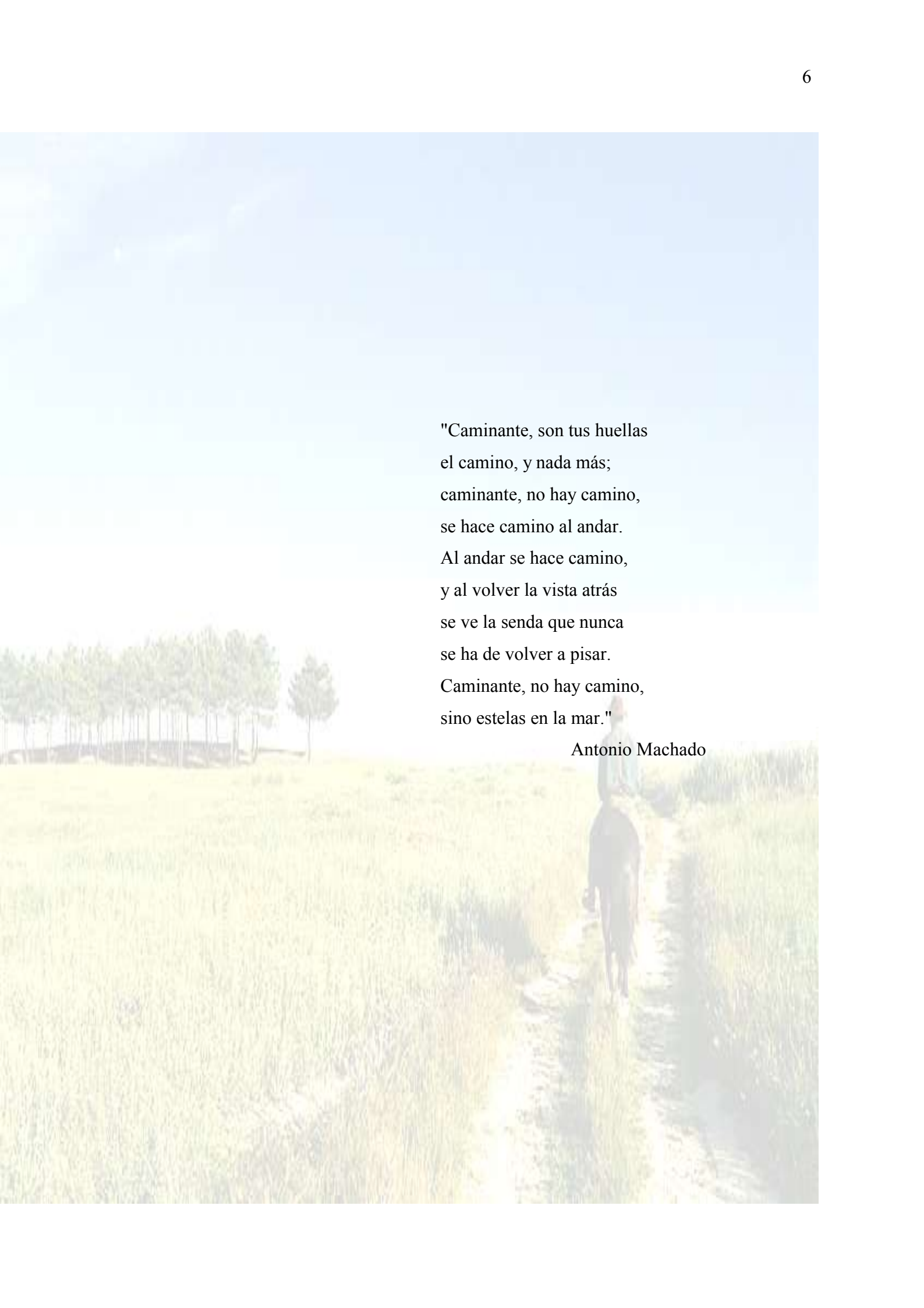
À Teresinha Klafke, pela sólida amizade e oportunidade de crescimento profissional que tem me oferecido, desde sua coordenação na 13ªCRS até acolher-me para o estágio de docência do mestrado, mostrando competência e alegria ao ensinar e aprender.

Agradeço à colega Denise Dutra pelo apoio na transcrição do material gravado e à professora Karen Santorum, pelas agradáveis aulas de inglês, e à Prof^a. Lia Machado, pelo carinho com que realizou a revisão final desta dissertação.

À minha família, meu amparo, que soube lidar com minha ausência, quando precisei isolar-me no mundo da investigação científica... E aos que diretamente ajudaram em meu trabalho, especialmente minha irmã Odila Maria, minha filha Fernanda, minha mãe Tetê, e minhas primas Mana e Mírian.

Ao meu orientador, João Pedro, que questionou, acrescentou e me estimulou, com muito respeito ao meu ritmo, firmeza e tranquilidade, meu guia na caminhada.

Aos entrevistados, atores políticos em busca de uma vida mais justa e digna, meu especial agradecimento por terem disponibilizado seu tempo, dividido suas preocupações e demonstrado que há sempre um caminho a ser construído.

A person is riding a dark horse on a dirt path that winds through a vast field of tall, golden-brown grass. The path leads towards a line of trees in the distance under a clear, bright blue sky. The overall scene is peaceful and evokes a sense of a journey or a path taken.

"Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante, no hay camino,
sino estelas en la mar."

Antonio Machado

RESUMO

O estudo aborda a implementação e os efeitos das ações de vigilância dos processos e ambientes de trabalho realizadas por técnicos sanitários vinculados ao Sistema Único de Saúde e representantes sindicais, entre janeiro de 1999 e dezembro de 2002, no Rio Grande do Sul. São analisadas mais especificamente as ações de vigilância desenvolvidas no município de Porto Alegre e as do âmbito estadual durante o governo de Olívio Dutra. Localizada no coração da conflitiva relação capital/trabalho, a vigilância integra o rol das novas formas de fazer saúde sintonizadas com os princípios da Constituição de 1988. Tendo como horizonte teórico a concepção dialética, o estudo se baseia na análise da legislação, dos documentos produzidos e das percepções dos técnicos e representantes sindicais envolvidos, captadas através de mais duas dezenas de entrevistas. Os objetivos centrais do trabalho consistem em averiguar a resolutividade das ações de vigilância do ponto de vista da melhoria das condições de trabalho e os efeitos para o desenvolvimento do senso de cidadania e de democracia dos atores sociais envolvidos. O material analisado indica que a vigilância produziu significativos efeitos do ponto de vista da melhoria do ambiente de trabalho, como a higiene e a segurança, e produziu mudanças na organização do trabalho. Sob o ponto de vista da cidadania, destaca-se uma compreensão mais profunda da saúde – superando a concepção restrita ao binômio adoecimento-assistência – e a construção de atitudes condizentes com uma cultura democrático-participativa, contribuindo para o desenvolvimento político-institucional regional. Além dos méritos e avanços, o estudo mostra também os limites das ações de vigilância e as dificuldades de incorporar tal prática ao cotidiano do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: vigilância dos processos e ambientes de trabalho, sistema único de saúde, democracia participativa, desenvolvimento regional.

ABSTRACT

The study approaches the implementation and the effects of the actions of surveillance of the processes and work environments accomplished by sanitary technicians linked the Unique system of Health and syndical representatives, among January of 1999 and December of 2002, in Rio Grande do Sul. Being more specifically analyzed the surveillance actions developed in the municipal district of Porto Alegre and the ones of the state circuit during Olívio Dutra's government. Located in the heart of the conflictive relationship capital/work, the surveillance integrates the list in the new ways of doing health tuned in with the principles of the Constitution of 1988. Having as theoretical horizon the dialectics conception, the study is based on the analysis of the legislation, the produced documents and the analysis of the technicians' perceptions and syndical representatives involved, captured through over two dozens of interviews. The central aims of the work consist of discovering the resolutivity of the actions of surveillance of the point of view of the improvement of the work conditions and the effects for the development of the citizenship and democracy sense of the involved social actors. The analyzed material indicates that the surveillance produced significant effects of the point of view of the improvement of the work environment, as the hygiene and the safety, and it produced changes in the organization of the work. Under the point of view of the citizenship, it is highlighted a deeper understanding of the health - overcoming the restricted conception to the binomial becoming sick-assistance - and the construction of suitable attitudes with a culture democratic-participative, contributing to the regional political-institutional development. Besides the merits and progresses, the study also shows the limits of the surveillance actions and the difficulties of incorporating such practice to the everyday of the Unique system of Health.

Key-Word: surveillance of the processes and work environments, unique system of health, participative democracy, regional development.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAIS	Coordenação da Atenção Integral à Saúde
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEBS	Comunidades Eclesiais de Base
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES-RS	Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CIAST	Centro Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIST	Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNI	Conferência Nacional da Indústria
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPAIST	Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CRRST	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
DVST	Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador
EMATER	Associação Rio-grandense de Empreendimento, Assistência Técnica e Extensão Rural
FEPAM	Fundação Estadual de Proteção ao Meio Ambiente
FIERGS	Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul
FIS	Ficha Individual de Notificação de Suspeita de Agravo
GEO-SIST	Geo-referenciamento do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (ou sistema de geo-referenciamento de informações)
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISO	International Organization for Standardization
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MOI	Modelo Operário Italiano
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NMS	Novos Movimentos Sociais
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NR	Norma Regulamentadora
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NURESC	Núcleo Regional de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS (OPS)	Organização Pan-Americana da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RENAST	Rede Nacional de Atenção em Saúde do Trabalhador
RH	Recursos Humanos
RINA	Relatório Individual de Notificação de Agravo
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SES-RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SIST	Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UMREST	Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 DESENVOLVIMENTO REGIONAL E DEMOCRACIA PARTICIPATIVA: RELAÇÕES POSSÍVEIS E NECESSÁRIAS	23

1.1 Desenvolvimento regional e vigilância da saúde: processos interativos	25
1.2 Desenvolvimento político-institucional: a necessária sinergia entre Estado e Sociedade Civil	29
1.3 Democracia participativa, liberdade e desenvolvimento: integrando conceitos	37
1.4 Cultura política e cidadania	42
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA	51
2.1 A dialética como horizonte da investigação	52
2.2 Da ação à investigação: a pesquisadora e seu objeto de estudo	54
2.3 A pesquisa empírica: legislação, documentação e entrevistas	56
3 A RELAÇÃO SAÚDE/TRABALHO: IMPORTÂNCIA E POSSIBILIDADES DA AÇÃO DE VIGILÂNCIA DOS PROCESSOS E AMBIENTES DE TRABALHO	65
3.1 Na conjunção saúde-trabalho, a construção de uma política pública emancipatória	67
3.2 Elementos para a análise de políticas públicas	71
3.3 Compreendendo a vigilância dos processos e ambientes de trabalho como um processo de construção social	75
4 A BUSCA DA PROTEÇÃO À SAÚDE NOS AMBIENTES DE TRABALHO	81
4.1 Um processo sujeito à dinâmica dos atores locais	86
4.2 Da prática à norma: uma longa caminhada	97
4.3 A vigilância dos processos e ambientes de trabalho no Rio Grande do Sul (1999 a 2002).....	105
4.3.1 Do centro de referência municipal à ação estadual	105
4.3.2 O modo de fazer a vigilância dos processos e ambientes de trabalho no Rio Grande do Sul	115
4.3.3 Os efeitos percebidos para a proteção à saúde	129
4.3.4 Os efeitos da ação de vigilância para a participação democrática.....	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
ANEXO A - Tópicos da entrevista.....	166
ANEXO B - Consentimento Informado	168
ANEXO C - Documento do Centro de Referência de Porto Alegre - Legislação de amparo à vigilância dos processos e ambientes de trabalho	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	170

INTRODUÇÃO

Esta dissertação nasceu de uma reflexão sobre a efetividade das ações de saúde pública a partir da atividade da autora como coordenadora regional da atenção integral à saúde – CAIS – da 13ª região sanitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS – os anos 2000 e 2001 e de estudos teórico-práticos realizados na área de Saúde do Trabalhador no SUS, junto ao Curso de Aperfeiçoamento em Vigilância à Saúde do Trabalhador da Escola de Trabalhadores 8 de Março, promovido e financiado pela SES/RS. Observações no cotidiano do trabalho no âmbito regional da SES, ao coordenar a implementação da política de atenção integral à saúde do trabalhador nos municípios de abrangência da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (13ª CRS) mostraram a necessidade de avaliar a ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho, considerada uma ação vital para a proteção e promoção da saúde de trabalhadores e trabalhadoras.

O trabalho aqui apresentado discute as relações entre saúde, desenvolvimento regional e participação democrática. Parte da concepção de saúde como dimensão socialmente determinada, reconhecendo o acesso a ela como direito de todos e dever do Estado (SES, CES-RS, 2000) e da sustentação teórica que indica que a participação política democrática identifica-se com o desenvolvimento. A saúde associa-se ao desenvolvimento, como parte constitutiva deste, sendo objeto de preocupação, estudos e investimentos tanto de organismos mundiais, como a Organização das Nações Unidas, quanto dos governos e dos movimentos sociais. Definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como completo bem estar físico,

mental e social – o que de certo modo descaracterizou a tradicional visão de saúde como a simples ausência de doenças – é na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que assume oficialmente no Brasil o estatuto de direito dos cidadãos, caracterizada a partir de condições concretas de vida e trabalho e forjada socialmente na luta pela melhor qualidade de vida.

Os movimentos no âmbito da saúde estão interligados ao contexto sócio-político regional. Tomando a concepção de Becker (BECKER & BANDEIRA, 2000) sobre o desenvolvimento regional, ver-se-á a importância da esfera política enquanto mediadora entre os determinantes econômicos globais e os desafios sócio-ambientais locais, esfera esta equacionada a partir do movimento dialético dos agentes sociais e das organizações, permeada pelas regras institucionais. Ao mesmo tempo, Schmidt (2001a, 2001b) mostra que as condições requeridas para a efetivação da democracia social e participativa são, de modo geral, as mesmas necessárias para o desenvolvimento em sentido amplo. Dentre elas, a cultura política é apresentada como condicionante dos comportamentos e ações dos agentes sociais, o que se reflete no âmbito das ações da saúde.

As ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, aqui analisadas, são elementos das políticas públicas do campo da saúde. A implementação de políticas públicas se dá em um ambiente real, muitas vezes distante do planejamento e das formulações tecnocráticas, no interjogo de interesses e lutas de poder entre os atores sociais, como mostram Vallès (2002) e Browne & Wildavsky (1998). A perspectiva evolutiva trazida por estes dois últimos autores, mostra que um pouco de antecipação e muito de elasticidade na implementação de uma política pública podem garantir que haja uma adaptação mútua entre o programa original e a experiência vivida, o que garante maior compromisso. Assim, a interação entre os atores na implementação das políticas públicas produz situações de aprendizagem, e esta aprendizagem, em ambiente democrático, diz muito da construção da cidadania.

As questões envolvendo as ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho remetem à relação entre capital e trabalho. Em tempos de neoliberalismo e de globalização, em que os interesses do capital têm sobrepujado largamente os interesses do trabalho, as discussões sobre as inter-relações entre saúde e desenvolvimento devem evidenciar esse aspecto, evitando discuti-las em abstrato.

Nesse plano de preocupações, Boaventura de Sousa Santos (1999 e 2001) argumenta que o período muito particular que estamos vivendo é um período de transição de um modo de conhecer e um modo de organizar a sociedade, ditos modernos, para novas formas – pós-modernas – originando-se, tal transição, de uma mudança paradigmática: o projeto sócio-cultural da modernidade, rico em possibilidades, porém complexo, desenvolveu-se de forma contraditória, na medida em que miscigenado ao modo de produção capitalista, e não pode cumprir o almejado equilíbrio entre valores como justiça e autonomia, solidariedade e identidade, emancipação e subjetividade, igualdade e liberdade. Hoje, vivendo neste descompasso, uma espécie de crise, em que muitas promessas da modernidade deixaram de ser cumpridas, emergem novas formas de buscar o equilíbrio entre a regulação e a emancipação - os pilares sobre os quais necessitava equilibrar-se dinamicamente a modernidade. A transição paradigmática pode ser vislumbrada, por exemplo, através das buscas emancipatórias presentes nos novos movimentos sociais que vêm denunciar as diferenças entre os sexos, entre as etnias; também através dos novos modos de construir o conhecimento científico, mais integrado ao saber popular e, ainda, das novas formas de interação entre o social, o político e o cultural. Partilha-se aqui a postura expectante do autor em relação a uma nova organização da sociedade, possível pelo esforço das pessoas e da reformulação das instituições, inclusive do Estado.

O processo de desenvolvimento condizente com a perspectiva assinalada requer a prática da democracia participativa, promotora de melhor qualidade de vida e de

enriquecimento da personalidade humana. A participação política não é condição suficiente, mas é condição necessária para o desenvolvimento, constituindo uma dinâmica de aperfeiçoamento político das pessoas que habitam o local e o constituem como espaço (lugar) de vida, enquanto agentes de construção social.

No âmbito da saúde, há dificuldades que dizem respeito ao caráter específico - social, político, cultural, epidemiológico - de cada população a ser atendida e à própria efetivação das ações pelo setor público. A implementação das políticas públicas e a organização dos processos técnicos têm estado muitas vezes baseadas na lógica tecnocrática, sob influência das demandas de instituições internacionais e, apesar do discurso favorável à participação cidadã, a participação da população nem sempre é efetiva. A partir da entrada do tema na arena decisória, sua possível inclusão na agenda pública e a conseqüente formulação da política, os caminhos trilhados indicam a presença das manobras pertinentes ao jogo político, preenchendo os espaços entre o que é legalmente instituído e o que é efetivamente realizado.

O tema da participação dos cidadãos nas decisões referentes às políticas em saúde é de fundamental importância nos debates atuais. Algumas das questões hoje debatidas: a) a participação dos cidadãos tem realmente proporcionado melhorias na saúde e um incremento no processo de desenvolvimento? b) a ausência de participação tem sido um obstáculo para essa melhoria e para o desenvolvimento? c) são efetivamente respeitadas as resoluções que a população toma, quando lhe é proporcionada a participação “oficial”? d) existem, na prática, ações que poderíamos considerar dinamizadoras da participação democrática no processo da efetivação das políticas públicas e, conseqüentemente, facilitadoras do desenvolvimento local e do regional?

A partir desses questionamentos, é importante conhecer como tem acontecido a vigilância dos processos e ambientes de trabalho, buscando um conjunto de respostas que clarifiquem os fatores que favorecem e os que dificultam ou impedem a sua realização.

Recorrendo à percepção dos atores sociais que tiveram oportunidade de participar dessas ações de vigilância, pretende-se avaliar se a participação está associada à ampliação da capacidade de ação política democrática dos atores sociais envolvidos.

São testados aqui pressupostos sugeridos pela literatura de que as ações de saúde implementadas conjuntamente por agentes do Estado e da Sociedade Civil, tanto na fiscalização como na execução, (i) obtêm avaliação positiva em termos de sua resolutividade, por parte de técnicos e usuários; (ii) mesmo quando não alcançam todos os objetivos almejados, são facilitadoras da organização da Sociedade Civil e induzem a flexibilidade no aparelho de Estado; (iii) favorecem o desenvolvimento de atitudes democrático-participativas, tanto para os técnicos quanto para os usuários e seus representantes, propiciando condições para a sinergia Estado/Sociedade Civil.

Duas grandes questões orientaram a pesquisa, considerando a implementação da política de saúde do trabalhador do SUS no cenário gaúcho. A primeira: *de que modo foi organizada a vigilância dos processos e ambientes de trabalho no Rio Grande do Sul, particularmente no que se refere à organização do trabalho, incluindo aspectos tais como os métodos e instrumentos utilizados, o suporte legal e institucional e quem foram os atores envolvidos?* A segunda: *quais as percepções de técnicos e trabalhadores sobre os efeitos da vigilância dos processos e ambientes de trabalho quanto às possibilidades de proteção à saúde do trabalhador, à participação política e ao senso de cidadania dos atores sociais envolvidos?*

Com base na literatura pertinente e na construção inicial do objeto de pesquisa foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

1. A participação dos trabalhadores nas ações de vigilância da saúde nos ambientes e processos de trabalho favorece a resolutividade de tais ações, bem como amplia a compreensão das relações saúde-trabalho-doença entre os atores sociais envolvidos.

2. A realização da vigilância conjunta nos ambientes de trabalho favorece a construção de atitudes menos tecnicistas por parte dos técnicos de vigilância e de atitudes mais ativas por parte dos trabalhadores envolvidos.
3. Técnicos de vigilância e trabalhadores tendem à construção de atitudes e comportamentos democrático-participativos, promovendo a valorização da saúde pessoal e coletiva, a partir das ações de vigilância conjunta.

De modo geral, objetivou-se *descrever a ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho, bem como analisar os efeitos percebidos, no que se refere à proteção e à promoção da saúde de trabalhadores e trabalhadoras e à participação democrática enquanto elemento constitutivo do desenvolvimento regional.*

Os objetivos específicos que nortearam a investigação foram os seguintes:

- a) descrever o processo de implementação da vigilância dos processos e ambientes de trabalho, através da identificação dos atores sociais envolvidos, dos métodos e das técnicas adotadas durante as vigilâncias;
- b) conhecer as percepções e significados atribuídos por técnicos e trabalhadores em relação aos aspectos políticos envolvidos na vigilância à Saúde do Trabalhador, antes e no transcurso do processo analisado; e
- c) avaliar os resultados alcançados pela ação de vigilância para o desenvolvimento regional, considerando os efeitos quanto à proteção e à promoção da saúde e suas contribuições para o senso de cidadania, a partir da percepção de técnicos e trabalhadores.

Em termos metodológicos, optou-se por uma pesquisa qualitativa, visando a explicitar o processo de implementação da ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho, e levantar uma discussão cientificamente fundamentada sobre seus efeitos.

A base empírica do estudo consiste na coleta de dados acerca dos documentos legais pertinentes às ações de vigilância e em entrevistas com servidores públicos e representantes sindicais envolvidos. A análise foi organizada em três níveis:

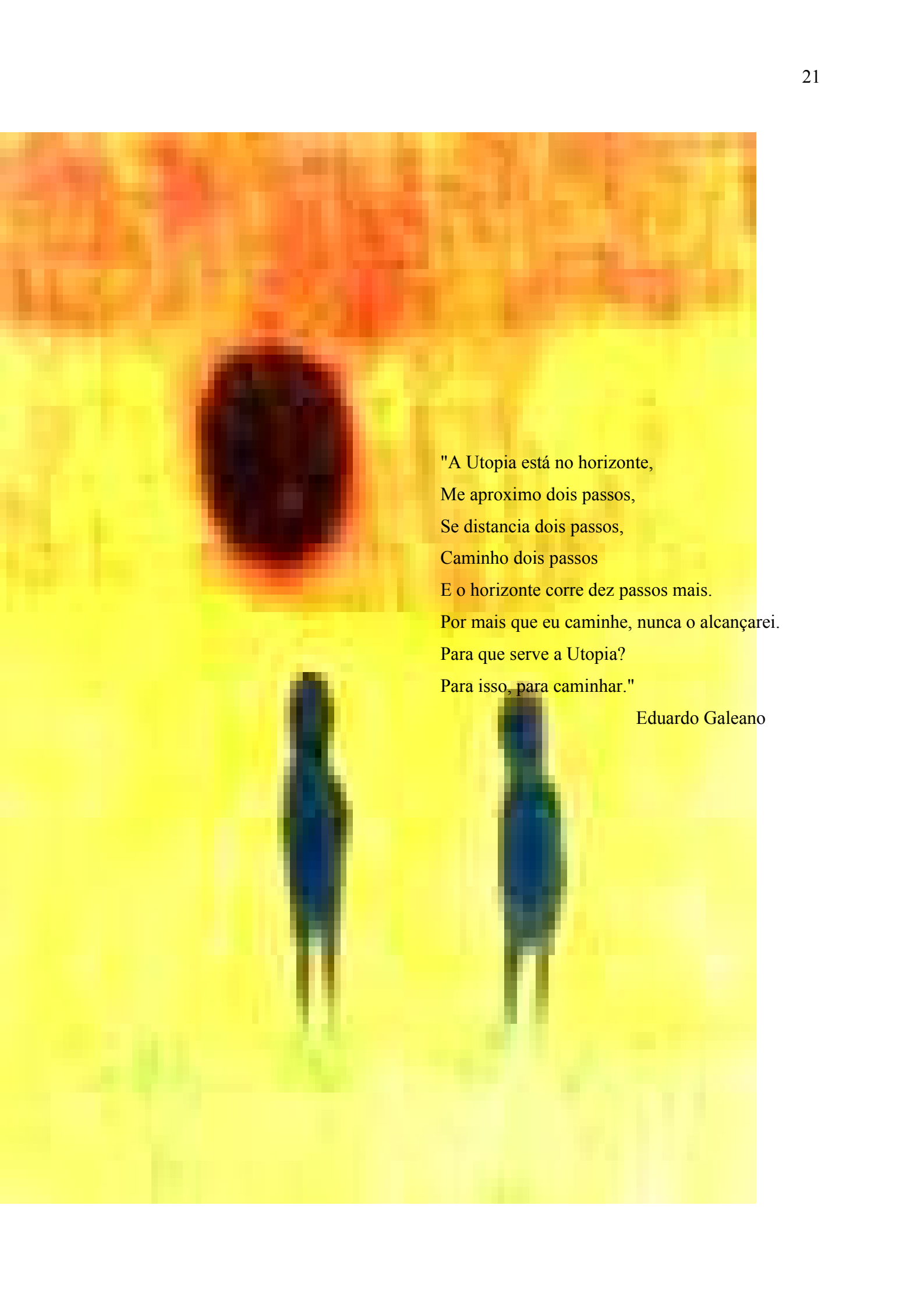
- a) *o modo de fazer a vigilância dos processos e ambientes de trabalho*, incluindo uma breve história dos serviços, o método utilizado e a forma de capacitação dos técnicos;
- b) *os efeitos sobre a proteção à saúde*, avaliados com base na percepção da resolatividade e do acesso aos serviços de saúde; e
- c) *os efeitos do ponto de vista da participação democrática*, observado em dois pontos: no senso de cidadania, referido pelos atores sociais a partir da valorização da interação técnico-política e do reconhecimento do saber operário, na aprendizagem obtida, na valorização dos direitos e na luta por conquistas na área da saúde; e, como segundo ponto, na ampliação das possibilidades de participação e reivindicação em processos do local, considerados aqui o ambiente de trabalho, o trabalho técnico e a ação sindical e a própria implementação da ação de saúde.

A dissertação está dividida em quatro capítulos. No primeiro são apresentadas as bases teóricas da relação entre desenvolvimento regional, democracia participativa e a constituição da cidadania, partindo da definição destes conceitos à luz de teorias que apresentam entre si uma coerência no sentido da valorização das relações horizontais entre as pessoas e de suas possibilidades enquanto agentes transformadores/construtores da realidade. No segundo, é descrita a abordagem metodológica utilizada na pesquisa. São feitas referências básicas à concepção dialética, que constitui o horizonte teórico do trabalho, e às técnicas utilizadas, particularmente à entrevista. O terceiro capítulo traz uma discussão sobre a relação entre saúde e trabalho, incluindo alguns aportes atuais para a análise de políticas públicas. No quarto capítulo são apresentados os dados obtidos na pesquisa documental e nas entrevistas,

de modo a informar a discussão teórica a partir da prática vivenciada, mostrando como se deu a implementação da ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho e as relações desta ação com o desenvolvimento político-institucional por ser fator instituinte de cultura democrático-participativa.

Nas considerações finais procura-se mostrar que as práticas sociais do campo da política pública de saúde podem ser conformadoras de uma cidadania diferenciada, mais solidária, que se concretiza nas relações horizontais entre as pessoas e não se limita à expressão da relação cidadão/Estado, garantidora de direitos e cobradora de deveres, a qual é fundamental para o convívio em sociedade e para a diminuição de situações de desigualdade, mas que por si só não provoca movimentos no sentido da constituição de grupos capazes de ação qualificada em busca de melhor qualidade de vida coletiva. Essa cidadania solidária é compatível com a democracia social, e as atitudes que as constroem incluem a forma compartilhada de constituir as ações da vigilância até as alternativas encontradas pelos técnicos e pelos representantes de trabalhadores aos impasses presentes no conflituado ambiente da implementação.

No percurso da investigação novos motivos referentes à relevância do tema foram se acrescentando aos inicialmente propostos e novos horizontes de humanização se descortinaram. Não seria arriscado ou exagerado dizer que a pesquisa por si mesma é um abridor de portas, mas tratando-se de temas como este, torna-se uma atividade humanizadora, sensibilizadora de corações e mentes. O sentimento resultante ao final da trajetória investigativa é de ter aprendido mais do que a expectativa do início da jornada. Para além da satisfação de uma 'curiosidade científica' ou do senso prático associado ao desempenho da função profissional, o processo valeu muito, mas muito mais do que o resultado da pesquisa em si! Pesquisar foi uma verdadeira lição de vida...



"A Utopia está no horizonte,
Me aproximo dois passos,
Se distancia dois passos,
Caminho dois passos
E o horizonte corre dez passos mais.
Por mais que eu caminhe, nunca o alcançarei.
Para que serve a Utopia?
Para isso, para caminhar."

Eduardo Galeano

1 DESENVOLVIMENTO REGIONAL E DEMOCRACIA PARTICIPATIVA: RELAÇÕES POSSÍVEIS E NECESSÁRIAS

O tema do desenvolvimento tem sido abordado em âmbito internacional desde o pós-guerra, ligado principalmente à Organização das Nações Unidas - ONU -, e foi inicialmente associado ao crescimento econômico. Dos anos cinquenta aos anos setenta os estudos sobre desenvolvimento tiveram a prevalência de economistas e sua medida era principalmente o Produto Interno Bruto.

Desde a afirmação de Dudley Seers, nos anos setenta, de que o desenvolvimento é um conceito normativo, carregado de juízos de valor, e que é necessário questionar o seu sentido, em busca do aperfeiçoamento da capacidade humana, passou-se a reconsiderar o conceito (BOISIER, 1999).

Foi com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), duas décadas depois do alerta de Seers, que foi sistematizado o Índice de Desenvolvimento Humano, ancorado nas formulações de Amartya Sen e outros, introduzindo uma nova concepção, que enriqueceu sobremaneira os estudos sobre o desenvolvimento. As novas formulações incorporam novos indicadores e conceitos, como a qualidade de vida, a longevidade, o nível de conhecimento, o capital humano e o capital social. A saúde passa a ser considerada um dos elementos fundamentais no processo de ampliação das potencialidades humanas.

Uma ilustração das novas tendências é a proposta do *Desarrollo a Escala Humana*, do economista Max Neef, do sociólogo Antônio Elizalde e do filósofo Martin Hopenhayn -

significativamente, uma “equipe” interdisciplinar! - trazida por Boisier (Ibid, p. 156). Nas palavras textuais dos autores,

Tal desarrollo [el desarrollo a escala humana] se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía de la Sociedad Civil con el Estado.

Pode-se dizer que esta concepção de desenvolvimento é coerente com o conceito de saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, a qual expressou o processo de mudança que vinha se dando na sociedade, por meio da luta de setores significativos. A saúde foi considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (CARVALHO & YAMAMOTO, 1999). Na época, abordar a saúde desta forma significou reconhecer definitivamente seu sentido para o desenvolvimento e a transformação da realidade nacional.

1.1 Desenvolvimento regional e vigilância da saúde: processos interativos

O processo de desenvolvimento precisa ser considerado como um todo, mas é reconhecida a importância de uma definição mais precisa, especialmente para a compreensão de dinâmicas regionais e locais, para os que buscam compreender e/ou desencadear tal processo.

Combinando três dimensões – uma dimensão espacial, uma dimensão social e uma dimensão individual – Boisier (1999, p. 160) define desenvolvimento regional como "un proceso de cambio estructural localizado (en un ámbito territorial denominado 'región') que se asocia a un permanente proceso de progreso de la propia región, de la comunidad o sociedad que habita en ella y de cada individuo miembro de tal comunidad y habitante de tal territorio". O progresso da comunidade a que se refere o autor diz respeito ao processo de fortalecimento da Sociedade Civil e à construção de um sentimento de pertencimento à região, ao mesmo tempo em que define o progresso da região como a transformação sistemática de seu território em um "sujeito coletivo", e o progresso individual significa a remoção dos diversos tipos de barreiras que impossibilitam uma pessoa dessa comunidade, habitante dessa região, alcançar sua plena realização como pessoa humana.

Etges tem destacado a importância da definição de região para que se equacione a contento as possibilidades e entraves de uma visão de desenvolvimento regional. Partilha-se aqui o posicionamento da autora de que a ordenação de um território não pode ser atribuída às suas condições físicas ou naturais, pois "as formas atuais revelam o uso que foi dado e, principalmente, que vem sendo dado atualmente a esse território. E esse uso é determinado por interesses econômicos, sociais, políticos e culturais" (ETGES, 2001, p. 353). Esses aspectos definem uma região, mas eles não se restringem aos interesses locais; também se tem que considerar no ordenamento da região os interesses dos agentes que atuam em rede e que, mesmo sem localizarem-se especificamente no território, nele influem marcadamente.

Etges (2001), apoiada em Milton Santos, diz que as forças centrífugas - forças verticais que transversalizam o território, impulsionando a globalização - tendem a desorganizar o território, pois retiram o comando dos agentes locais e regionais. Porém, ao mesmo tempo, a desestrutura que geram pode levar a uma nova estruturação, já que estão em movimento também as forças centrípetas - horizontalidades - resultantes do processo econômico e do

progresso social. Tais forças promovem convergência e agregação, bem como produzem a solidariedade. Assim, a região precisa ser vista como um processo, um lugar de contradições entre o vertical e o horizontal, de modo que da interação e da oposição de forças será construída a identidade regional.

São significativas também para esse debate as contribuições de Becker (2000, 2001a, 2001b, 2002) que concebe a efetivação do desenvolvimento local e o regional articulado ao movimento de globalização capitalista, postulando a necessidade e a possibilidade de confirmar a identidade local em uma época em que a tendência é a destituição do ser-sócio-ambiental-local, em função da dominação do econômico. A síntese proposta por Becker será possível através da participação política, especificamente na mediação realizada pelos intelectuais orgânicos¹, que usam como estratégias a ideologia e a hegemonia.

Becker (2002) ‘bebe das fontes’ de Polanyi, Gramsci e Keynes e deles apreende a ligação fundamental entre a ciência e a vida; a possibilidade de voltar a atividade reflexionante para a vida prática, em especial para a sua defesa e organização e, principalmente, viver como ser humano protagonista, consciente de seu tempo e de sua ideologia. Propõe politizar a economia e o desenvolvimento e socializar a política, através da democratização das relações sociais e “da crescente participação social e cidadã no processo decisório definidor dos rumos do desenvolvimento regional” (BECKER, 2002, p.16).

Por fim, Becker & Silva (2000) afirmam que o desenvolvimento é um processo que emerge da interação e criatividade dos agentes sociais, econômicos e políticos – locais e regionais – em torno de um projeto sócio-ambiental. Tal projeto é regional, específico, diferenciado e, ao mesmo tempo, diferenciador. Com autonomia, o interesse local é capaz de interagir com os interesses econômico-corporativos transnacionalizados e pode, assim, inserir-se de forma diferenciada e alternativa no desenvolvimento global. Os autores consideram,

¹ Orgânicos no sentido que lhe dá Becker (2002, p.19), fundamentado em Buci-Glucksmann: agentes organizadores e dinamizadores do processo de desenvolvimento regional, que estão organicamente vinculados à sua classe social.

portanto, a base local-regional como o ponto de partida da interação e das articulações, de onde ocorrem as determinações/desafios em múltiplos sentidos (econômico↔social; global↔local; setorial↔regional; mercado↔sociedade). E, assim, os determinantes (globais) e os desafios (locais), momentos e movimentos contraditórios que se referem à produção (ao capital) e à reprodução social (à manutenção e valorização da vida) compõem uma dinâmica de relações estruturantes de determinado tipo de desenvolvimento.

Nessa linha de raciocínio, o desenvolvimento poderá ser viabilizado através da mediação política, da construção de um sistema político-institucional que integre, unifique, complemente – dialeticamente – a totalidade concreta e deve ser marcado pela consideração da existência das diversidades sociais, ambientais, econômicas e político-institucionais de cada região (BECKER, 2000).

No campo da saúde coletiva, a área de atenção designada por *saúde do trabalhador*, vem contribuindo para as discussões da interação saúde/desenvolvimento regional, por tocar num dos pontos nevrálgicos do modo de produção capitalista – a relação entre capital e trabalho, principalmente ao considerar o trabalho como um "importante determinante do processo saúde-doença" (BAHIA, 2002, p. 11) e propor estratégias de intervenção sob a ótica da vigilância em saúde, o que inclui a ação direta nos ambientes e nos processos de trabalho.

A vigilância em saúde do trabalhador, ao tomar como referência o conceito de vigilância da saúde, adota um modelo contra-hegemônico de atenção em saúde. Ayres & Nobre (2002) explicam que o conceito foi construído na América Latina, em meados da década de oitenta, partindo de discussões promovidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) sobre a reorganização dos sistemas de saúde através dos sistemas locais de saúde (SILOS). Os autores, apoiados em Mendes, referem que a proposta da vigilância da saúde fundamentou-se nas contribuições teóricas de vários autores e campos conceituais, como por exemplo, a visão de território-processo de Milton Santos, o geo-sistema de informação do planejamento urbano,

o planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus, as concepções de processo saúde-doença e de processo de trabalho em saúde da medicina social latino-americana. A vigilância da saúde articula institucionalmente as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, superando seus aspectos disciplinares-punitivos, estabelecendo um tipo de organização gerencial e tecnológica em saúde que equilibra promoção/prevenção/recuperação/reabilitação (AYRES & NOBRE, 2002).

Podendo ser produtora de tecnologias em saúde adequadas às esferas regionais e locais e implicando necessariamente em processos de descentralização, a proposta de vigilância da saúde pode ser elemento importante para o desenvolvimento regional. Isso ocorre na medida em que pode favorecer o acesso e a resolutividade das ações; aproximar o cidadão das decisões da política pública, democratizando a gestão em saúde; redistribuir mais recursos financeiros para investimentos regionais na área; bem como pela geração de novos empregos e possibilidades de capacitação em um setor onde a mais alta tecnologia estaria muito melhor definida se, ao lado dos equipamentos mais modernos, houvesse a plena capacidade dos profissionais em exercitar o acolhimento, em usar a criatividade e a autonomia, participando, também eles, de forma propositiva da gestão. Além disto, portando um caráter sistemático e intersetorial, é capaz de produzir um impacto positivo sobre a qualidade de vida da população.

1.2 Desenvolvimento político-institucional: a necessária sinergia entre Estado e sociedade civil

A dimensão política é fundamental para a análise do desenvolvimento regional, o qual contém em si a idéia do aperfeiçoamento político-institucional, um conjunto de mudanças nas instituições políticas, nas organizações da sociedade civil e nas relações entre ambas. Trata-se de transformações político-culturais que possibilitem um reposicionamento dos atores sociais

no cenário político local-regional de modo a tornar o processo de decisão política um processo verdadeiramente democrático, transparente e participativo.

Charles Tilly (1996) lembra que a acepção tradicional de *desenvolvimento político* está superada, abandonada desde a crise da teoria da modernização, em consequência do impacto de diversos movimentos, como o feminista, o ecológico, o de contestação juvenil. Essa abordagem do desenvolvimento, derivada do pensamento liberal-capitalista e adepta do modelo de democracia representativa americana-européia, supostamente universalizável para o conjunto das nações, precisa ser repensada.

Nessa linha de pensamento, algumas abordagens teóricas têm contribuído de modo relevante para a compreensão do desenvolvimento político enquanto aperfeiçoamento democrático. A tese de que a democracia é um fim em si mesma e que o desenvolvimento coincide com a ampliação das liberdades reais, proposta por Amartya Sen (2000), é essencial para superar o viés economicista das análises tradicionais. A inclusão do conceito de cultura política destacou a importância das atitudes e orientações prevalecentes em um meio social como condicionantes dos comportamentos dos atores sociais, das elites e da massa da população, e que uma cultura democrática é requisito para uma democracia estável (SCHMIDT, 2001). A renovada concepção sobre o papel do Estado e sua necessária articulação com a sociedade civil, feita por Gramsci nos Cadernos do Cárcere (SEMERARO, 1999), e a proposta do *pós-modernismo de oposição*, explicitada por Santos (1999, 2001), demonstram a relevância do olhar utópico na criação de alternativas de aperfeiçoamento democrático.

A transformação das instituições políticas é um processo complexo e demorado, mas indispensável para o desenvolvimento. As instituições políticas organizam o atendimento de demandas, ao mesmo tempo em que constroem a identidade dos atores políticos. Como definem o contexto através do qual as diretrizes políticas são elaboradas, elas podem ajudar

ou prejudicar regimes democráticos. Conforme Lima Jr. (1997, p. 94), “instituições, normas e leis são indutoras de comportamento, mas não asseguram total conformidade ao que nelas está prescrito”.

Tal entendimento nos auxilia a compreender a crítica feita à abordagem institucionalista que tende a supervalorizar a importância das instituições na vida política. Não só as normas, leis e procedimentos são responsáveis pelo êxito ou fracasso dos processos políticos; outras dimensões como os condicionantes econômicos, a cultura e a socialização política, os processos sociais mais gerais, ou as construções coletivas e individuais, tem que ser consideradas.

Putnam (1996) reconhece a contribuição do *novo institucionalismo* para a análise das instituições, dizendo que seus teóricos convergem em dois pontos fundamentais: as instituições moldam a política, ou seja, elas influenciam resultados na medida em que moldam a identidade, o poder e a estratégia dos atores; e as instituições são moldadas pela história, isto é, corporificam trajetórias históricas e momentos decisivos, em que as escolhas dos indivíduos são influenciadas por circunstâncias anteriores e influenciam o contexto das escolhas futuras. E acrescenta que o desempenho prático das instituições é moldado pelo contexto social em que elas atuam.

Diversos autores, porém, avaliam que o *novo institucionalismo* prende-se ainda em demasia à análise dos aspectos formais, estando pouco atento aos micro-processos e aos fenômenos sócio-políticos que não se encontram na esfera jurídico-formal. Na visão aqui assumida, a compreensão do papel das instituições políticas deve superar o viés formal e considerar os elementos culturais e sociais do contexto político, bem como o perfil das elites políticas, que pode variar significativamente. As elites políticas são condicionadas pelas instituições, mas também possuem a capacidade de remodelá-las, mesmo que parcialmente, em situações de normalidade democrática.

Um dos pontos polêmicos na discussão do desenvolvimento político tem sido a relação entre Estado e Sociedade Civil. Os autores tendem a oscilar de um pólo a outro na sua ênfase. Nas duas últimas décadas, sob o impacto do ideário neoliberal e do fracasso do socialismo real, a ênfase tem recaído sobre a relevância da Sociedade Civil, e muitos autores secundarizam a importância do papel do Estado. O entendimento aqui proposto é de um equilíbrio entre esses pólos.

Um autor importante para tal entendimento é Gramsci. Conforme Becker (2002), Gramsci engloba, num único contexto, as três esferas do desenvolvimento contemporâneo – a econômica, a social e a política. E mais, reafirma a política como “esfera-espço” de mediação, possibilitando concretamente a ação do “intelectual orgânico”, a partir de organismos da Sociedade Civil. O intelectual, mediador das relações estruturais intraclasse e das relações superestruturais interclasses, viabiliza a resolução dos conflitos, a superação das contradições do processo de desenvolvimento. O reconhecimento consciente que faz de sua realidade histórica, torna o intelectual um ideólogo (transformador ou conservador), organizador da hegemonia de uma determinada classe social – representada num grupo e sua dominação estatal.

Gramsci procura delinear os instrumentos teóricos para uma “ciência política dos operários”, pondo em relevo a questão do Estado e as formas modernas de conquista hegemônica de poder, pois percebera que “mais do que a dependência econômica, era a subordinação ideológica que anulava os caminhos de liberdade e esvaziava os esforços das classes subalternas na construção de seu projeto hegemônico” (SEMERARO, 1999, p.70). Mesmo no cárcere, Gramsci analisou a ideologia totalitária fascista, o processo de involução socialista - com a inversa potencialização do Estado – e as teorias contemporâneas, que nem sequer propunham mudanças nas relações sociais em vista de um avanço das classes populares. Descobriu que tinham em comum o princípio da política-força e da separação

governantes x governados, o que levava à “economia programática”, à despolitização dos conflitos sociais, à formação do “homem-massa”. Além disso, mesmo o ideal liberal, em momentos de crise, poderia levar ao totalitarismo.

Assim, Gramsci, partindo da realidade histórica concreta que ele via e vivia, propõe suas reflexões em direção a uma relação dialética entre o Estado, cada vez mais complexo, e as organizações da Sociedade Civil, modificando o tradicional conceito de *política-força* para o de *política-hegemonia*, nascente da interação sócio-política e suas contradições. O Estado, concebido como a sociedade política mais a Sociedade Civil, é “hegemonia encouraçada de coerção” (Ibid., p. 75). E assim, é da relação dialética entre sociedade civil e sociedade política que pode nascer uma prática de Estado que traz, em si, a possibilidade dos homens viverem em sociedade de forma mais livre e solidária.

Esta amplitude na concepção de Estado, leva-nos a compreender que a Sociedade Civil está presente com a livre iniciativa dos cidadãos e suas diferentes manifestações culturais, organizativas, ideológicas, sendo o lugar de enraizamento da base hegemônica. O Estado Ético, para Gramsci, seria o que “atua para promover a democracia, a liberdade, a elevação das massas à condição de sujeitos ativamente participativos numa sociedade que aprende a se autodeterminar” (Ibid., p. 77). Enfim, idealmente, a sociedade poderia regular-se, autodeterminar-se, autogovernar-se, prescindindo do poder coercivo do Estado.

Nessa mesma linha de raciocínio, Boaventura Santos (1999) diz que não é natural nem necessária a profunda divisão entre Estado e Sociedade Civil, como foi historicamente posta. No entanto, o autor avalia que, em nosso contexto atual, as classes dominantes têm tanta confiança em que não existe alternativa para as suas idéias e posições que parecem não se preocupar com projetos que lhe são hostis, convictas que estão de seu fracasso. "Com isto, a hegemonia transformou-se e passou a conviver com a alienação social, e em vez de assentar

no consenso, passou a assentar na resignação. O que existe não tem de ser aceite por ser bom. Bom ou mau, é inevitável, e é nessa base que tem de se aceitar". (SANTOS, 2001).

Diante de tal quadro, o autor nos fala na espera com esperança, uma espera ativa, sem abandonar a utopia de um mundo melhor, mas localizada na possibilidade de criar "campos de experimentação social", onde se possa resistir localmente à inevitabilidade, promovendo alternativas que parecem utópicas, mas de bom êxito onde e quando ocorrem efetivamente. "É este o realismo utópico que preside às iniciativas dos grupos oprimidos que, num mundo onde parece ter desaparecido a alternativa, vão construindo, um pouco por toda a parte, alternativas locais que tornam possível uma vida digna e decente." (Ibid., p. 37).

Ampliar as trocas entre essas alternativas locais, criando redes "translocais", é uma forma de globalização contra-hegemônica, uma nova face do cosmopolitismo. Para o que estamos abordando, significa uma nova forma de exercer a ação política local, promovendo desenvolvimento local e regional. Para o autor "é necessário pluralizar as estruturas a fim de desenvolver teorias que privilegiem a abertura dos horizontes de possibilidades e a criatividade da acção" (SANTOS, 1999, p.39).

A criatividade da ação torna-se tão importante devido ao desequilíbrio social que se faz sentir durante o período de transição paradigmática² em que vivemos, quando o aumento da contingência tende a criar situações de caos. O caos é um horizonte ampliado de possibilidades, tanto progressivas, quanto regressivas, sendo necessário distingui-las, através da discriminação entre as diversas formas de poder, com a ampliação do político e a sua

² Segundo o autor no momento atual vivemos um período de transição paradigmática, quando ocorrem mudanças significativas nos modos de conhecer e nos modos de organização social. A quebra do paradigma moderno deveu-se à "promiscuidade" entre os ideais modernos e o capitalismo: o excesso de poder do princípio do mercado, em detrimento dos princípios do estado e da comunidade, provocou um desequilíbrio em um dos pilares de sustentação da modernidade, o pilar da regulação. Por sua vez, o segundo pilar, o da emancipação, que se equilibra na articulação entre a racionalidade moral-prática do direito moderno, a racionalidade cognitivo-experimental da ciência moderna e a racionalidade estético-expressiva das artes e da literatura modernas, sofreu também um abalo, pendendo para a primazia do saber científico sobre as outras formas de racionalidade (SANTOS, 1999).

concepção autônoma, ao mesmo tempo em que se efetue uma reflexão centrada na promoção da criatividade da ação individual e coletiva.

Com relação à ação coletiva, podemos dizer que o interesse e a capacidade de transformar o mundo capitalista em que vivemos já não pode ser expresso através da luta revolucionária, com primazia da ação da classe operária. Após a posição do movimento feminista, seus estudos, reflexões e ações, não é mais possível estabelecer a primazia das classes sobre o sexo ou outro fator de poder ou de desigualdade. Assim, "o valor explicativo das classes depende das constelações de diferentes formas de poder nas práticas sociais concretas" (Ibid., p. 42). Faz-se necessário acrescentar como fatores explicativos das práticas sociais e das estruturas, o sexo, a etnia, a religião, o Estado. Só a constelação desses poderes é política.

Até o momento, nesta discussão, fica clara a convergência dos autores quanto à importância do equilíbrio entre Estado, Mercado e Sociedade Civil. Santos (Ibid.) aponta que o desequilíbrio foi causa do enfraquecimento dos movimentos no seio da sociedade, mas, ao mesmo tempo, possibilitou o surgimento de formas importantes de reação.

No final do século XX, particularmente na década de 1990, assistiu-se a uma onda de críticas ao papel do Estado, sendo a Sociedade Civil apresentada como substituta em variados campos de atuação. O neoliberalismo, com sua tese do *estado mínimo*, foi a face mais evidente das teorias críticas à presença do Estado na sociedade. Mas, a derrocada do neoliberalismo, decorrente da constatação de forte crise social em praticamente todos os países onde os planos econômicos nele inspirados foram aplicados, levou a uma revisão dos postulados críticos da esfera estatal.

O início do novo século vem mostrando uma tendência de recuperação da importância do Estado, mas evitando incorrer na supervalorização de sua presença. Diversos autores,

especialmente os estudiosos do capital social, vêm utilizando o conceito de *sinergia* entre Estado e Sociedade Civil, exatamente na direção apontada acima. Por *sinergia*, entende-se

a energia que vem da confluência positiva de vários fatores, no caso governo, organizações formais e informais (sociedade civil) e mercado. Não se trata de qualquer um deles substituir as fraquezas ou as irresponsabilidades de outros. Não se trata de o mercado suprir as deficiências do Estado ou de a sociedade suprir as possíveis irresponsabilidades de ambos. Trata-se de cooperação que tem como principal alvo o bem-estar do indivíduo e o zelo pelo governo democrático e transparente (D'ARAUJO, 2003).

Tal *sinergia* pode ser vislumbrada no conceito bastante divulgado na atualidade: o capital social. Gerado a partir dos vínculos entre as pessoas e ancorado na cooperação, na confiança interpessoal e na reciprocidade generalizada, o capital social potencializa as ações da comunidade (PUTNAM, 1996). Expressa-se na construção de redes sociais e pode estar positivamente associado com a participação política democrática, assim como com o desenvolvimento. ■

Na visão de Schmidt (2003) o capital social apresenta elementos culturais indispensáveis para a democracia participativa, sendo também importante para o desempenho adequado dos governos. Além disso, o Estado, sem deixar de assumir seu papel regulador e orientador das políticas públicas, pode favorecer a ampliação do estoque do capital social, através de procedimentos institucionalizados, dirigidos intencionalmente para a ampliação e fortalecimento das redes e da participação da comunidade. Nesse caso, a *sinergia* entre Sociedade Civil e Estado ocorre numa espécie de retroalimentação de forças. Entende-se que o capital social, em sua acepção positiva, não condiz com valores da lógica capitalista, tais como a competição e a concorrência, mas é compatível com a economia de mercado, que se deve distinguir de capitalismo. Ao mesmo tempo, é importante que não se confunda a *sinergia* com sujeição das vontades de uma esfera à outra, pois é da expressão das diferenças e do respeito a elas que se pode construir vínculos sociais realmente fortes.

Uma relação sinérgica entre Estado e Sociedade Civil, em que tanto agentes estatais como agentes sociais desempenham papel de protagonistas das políticas públicas sob a perspectiva do realismo utópico – essa é uma concepção fértil para entender as ações de vigilância da saúde aqui abordadas. Tais ações só poderão ter êxito e permanência com a colaboração de ambos os segmentos, inspirados pela expectativa de inaugurar uma realidade sanitária que ainda não existe, mas que é possível construir.

1.3 Democracia participativa, liberdade e desenvolvimento: integrando conceitos

Adentrando um pouco mais a esfera política, é importante estabelecer a relação do conceito de desenvolvimento ao de democracia. Previamente faz-se necessário delimitar a concepção de democracia, visto que esse é um termo com variadas acepções.

Pateman (1992) apresenta uma teoria da democracia participativa através de uma síntese das contribuições de Rousseau, John Stuart Mill e G.D.H. Cole. A afirmação central dessa teoria é que indivíduos e instituições não podem ser consideradas isoladamente: precisa ocorrer o máximo de participação, de todas as pessoas, em todas as esferas, não bastando a existência de instituições representativas em nível nacional. A participação tem uma função educativa primordial, tanto no aspecto psicológico, quanto para a aquisição de habilidades para o exercício da própria democracia. Assim, "a participação promove e desenvolve as próprias qualidades que lhe são necessárias; quanto mais os indivíduos participam, melhor capacitados eles se tornam para fazê-lo" (Ibid., p. 61). Além disto, a participação tem um efeito integrativo - proporciona ao cidadão o sentimento de pertencimento à sociedade -, ao mesmo tempo em que auxilia a aceitação de decisões coletivas.

Para haver uma forma de governo democrática, de acordo com essa teoria, é preciso que exista uma sociedade participativa, onde as pessoas possam influir e tomar parte nas decisões,

ao mesmo tempo em que desfrutam de igualdade política, ou seja, igualdade de poder na determinação das conseqüências das decisões. A própria definição do espaço de exercício da participação política é ampla, incluindo o local de trabalho, com suas estruturas de autoridade. Referindo-se ao ambiente de trabalho, mais precisamente ao industrial, Pateman (Ibid., p.61) conclui: "para que os indivíduos exerçam o máximo de controle sobre suas próprias vidas e sobre o ambiente, as estruturas de autoridade nessas áreas precisam ser organizadas de tal forma que eles possam participar na tomada de decisões". A autora associa tal participação ao incremento do senso de eficácia política, inclusive na amplitude da esfera nacional.

Reconhecer o valor da democracia participativa para o aperfeiçoamento da vida em comunidade e, conseqüentemente para o processo de desenvolvimento - particularmente o desenvolvimento regional, citado anteriormente - não se trata de criar resistências à democracia representativa ou de incompatibilizá-las entre si. Reconhecendo, com Pateman, a insuficiência da democracia representativa, por si só, para a promoção do envolvimento das pessoas nos processos decisórios - inclusive o representativo -, também partilha-se com a autora a opinião de que é importante conjugar as duas formas de democracia.

Nesse mesmo rumo de pensamento pode-se apresentar a posição de Bobbio (2001). Para além da integração entre democracia representativa e democracia direta - que se aproxima do que definimos por democracia participativa -, Bobbio considera ser fundamental para o processo de alargamento da democracia, a sua extensão ao maior número de espaços possíveis, não só naqueles considerados políticos. Essa ampliação dos espaços de decisão pela vida social, como na família, escola, trabalho é o que chama de *democracia social* e conclui "quem deseja dar um juízo sobre o desenvolvimento da democracia num dado país deve pôr-se não mas a pergunta 'Quem vota?', mas 'Onde se vota?'" (BOBBIO, 2001, p. 157)

No entanto, a realidade que se vive quanto à participação no mundo do trabalho, ou fora dele, particularmente considerando o desenvolvimento capitalista, tomado em suas dimensões

de mercantilização das relações no seio da sociedade e de globalização da economia, pode levar a um bloqueio ao exercício democrático. Branco (1999, p. 67) alerta que

a subalternização dos progressos políticos, e portanto da política em geral, em relação ao econômico, que decorre deste sentido da causalidade na relação entre democracia e desenvolvimento pode estar, aliás, na origem de significativos retrocessos na participação democrática, mesmo onde este sistema revele já alguma maturidade...

No atual quadro institucional o que ocorre é uma transferência do poder de órgãos conhecidos, que podem ser legalmente responsabilizados, para o mercado, “inimputável, porque anônimo” (Ibid., p. 71). Resulta que o cidadão é expropriado, as decisões passam às mãos da dimensão financeira das instituições e se cria uma desigualdade contrária a qualquer princípio de participação democrática.

A essência da democracia está na sua vivência. Assim, pode-se fazer um contraponto à idéia de que um excelente parecer técnico-científico pode ser superior à escolha democrática, argumentando que isso não se constitui em justificativa suficiente para “amputar” a liberdade de escolha. Conforme Castoriadis, citado por Branco (Ibid., p. 78) “somos livres numa sociedade regida por leis se tivermos a possibilidade efectiva de participar na discussão, na deliberação e na formação dessas leis (...)”. Deliberar significa escolher, o que por sua vez obriga a contemplar a hipótese de renúncia. Por fim, Branco (Ibid., p. 80) coloca num mesmo patamar, liberdade e progresso econômico, considerando ambos, na mesma medida, fundamentais para a dignidade humana, ao mesmo tempo que reconhece que “o sonho de um lugar em que todos sejam prósperos e livres mais não seja do que procurar agarrar, como cantava Jacques Brel, a inacessível estrela”.

Com a intenção de aprofundar um pouco mais a relação entre democracia participativa e desenvolvimento, busca-se o pensamento de Amartya Sen e a sua sólida concepção de que o desenvolvimento é um processo de expansão das liberdades reais dos indivíduos. O economista sustenta que as liberdades dependem de alguns determinantes, como as

disposições sociais e econômicas e os direitos civis. Podem ter sua expansão incrementada através da industrialização, do progresso tecnológico ou da modernização social, mas isto não é suficiente. Para o autor, “a expansão da liberdade é considerada (1) *o fim primordial* e (2) *o principal meio* do desenvolvimento. Podemos chamá-los respectivamente, o ‘papel constitutivo’ e o ‘papel instrumental’ da liberdade no desenvolvimento” (SEN, 2000, p.52). É importante concentrar-se nas liberdades como o objetivo maior e não nos meios ou instrumentos que, mesmo desempenhando um papel relevante no processo, não são o fim a que se quer chegar.

Segundo Sen (Ibid, p. 18), “a avaliação do progresso tem de ser feita verificando-se primordialmente se houve aumento das liberdades das pessoas”. Assim, para o desenvolvimento acontecer é preciso que sejam removidas as “fontes de privação de liberdade”, como por exemplo: pobreza, tirania, falta de oportunidades econômicas, negligência e/ou carência dos serviços públicos (de saúde, educação, segurança, etc), bem como a negação de liberdades políticas e civis, ou ainda, restrições à participação da vida social, política e econômica da comunidade.

Neste sentido, estamos tratando do papel constitutivo da liberdade, ou seja, considerando o desenvolvimento a partir da expansão de liberdades substantivas. Não é necessário, nem estaria bem formulado, por exemplo, o questionamento sobre o fato da participação política conduzir ou não ao ‘desenvolvimento’, pois ela é parte constitutiva do desenvolvimento em si, não devendo ser analisada pela contribuição que possa dar a outras características do desenvolvimento – como a elevação do Produto Interno Bruto ou o crescimento da industrialização. No entanto, precisamos fazer uma distinção entre a importância intrínseca da liberdade, como objetivo do desenvolvimento, e a sua dimensão de eficácia instrumental, em que diferentes tipos de liberdades são o meio para a promoção da liberdade humana.

Seguindo tal raciocínio, democracia e liberdades políticas não têm simplesmente um valor instrumental, elas são valores em si mesmas, são “patrimônios da humanidade”, pois expressam um ideal que tem sido almejado historicamente: o de viver pacificamente em sociedade, argumenta Schmidt (2001b). O autor, ao considerar falsa a dicotomia entre desenvolvimento econômico/eliminação da pobreza e garantia das liberdades políticas/direitos humanos, apóia-se em Sen para dizer que quanto maior a intensidade das necessidades econômicas, maior se torna a urgência das liberdades políticas. Partindo da afirmação de que “o que é bom para a democracia é bom para o desenvolvimento” (SCHMIDT, 2001a, p.114), mostra que as condições requeridas para a efetivação da democracia social e participativa são as mesmas necessárias para o que chamamos de desenvolvimento sob a acepção de expansão real das liberdades. Destaca que são três as condições importantes para a estabilidade democrática, assim como para o desenvolvimento: condições econômicas favoráveis, instituições sociais e políticas adequadas e cultura política democrática.

Em síntese, o desenvolvimento não se encontra prioritariamente associado aos aspectos econômicos, mas, igualmente, aos aspectos sociais, políticos e culturais. No sentido acima explicitado dos termos, desenvolvimento e democracia são compatíveis, complementares e interdependentes.

1.4 Cultura política e cidadania

Cultura, economia e política são dimensões fortemente inter-relacionadas, conforme argumentado anteriormente. É preciso buscar o sentido da cidadania integrando todas estas

dimensões. Já se vislumbra o seu sentido na concepção de democracia participativa e de desenvolvimento como liberdade.

Agora, expor-se-á a idéia de cidadania a partir do desenvolvimento da personalidade, o que pode ser válido para entender a conformação das atitudes e comportamentos políticos. O conceito de cidadania deixa de ser vinculado exclusivamente a uma relação indivíduo-Estado, para, na efetiva participação democrática, vir a compor uma cidadania solidária, conformando uma atualização da cultura política.

Pesquisas sobre cultura e socialização política já vinham desde o período pós-2ª Guerra Mundial, dentro de um movimento mais global da ciência política e das ciências sociais. Adorno, por sua vez, com sua obra *A Personalidade Autoritária*, de 1950, desencadeou diversos estudos sobre a relação psicologia e política, mas é com Gabriel Almond e Sidney Verba que nasce a cultura política enquanto área específica de estudos em 1963, com o livro *The Civic Culture*. Os autores citados definiram cultura política como “conjunto de atitudes e orientações políticas que os indivíduos possuem acerca do sistema político e de seu papel no sistema” (SCHMIDT, 2001, p.118).

Schmidt (2001) afirma que um viés explicitamente liberal perpassa a obra desses autores, sendo que alguns conceitos e, de modo geral, seu enfoque teórico, foram abandonados por autores não alinhados ao liberalismo. No entanto, permanecem válidos, tanto o conceito de cultura política, quanto à metodologia de pesquisa por eles proposta, caracterizada pelo emprego de técnicas empíricas de aferição da opinião pública. Alguns dos principais conceitos utilizados nos estudos da cultura política são herdados da psicologia social, como atitude política, comportamento político e personalidade política.

A *atitude política* é uma propensão à ação: a disposição, de certo modo persistente, coerente e organizada, para agir diante de uma situação política. Inclui pensamentos e crenças, sentimentos e emoções, bem como tendências para agir e reagir diante de acontecimentos do

ambiente. As atitudes políticas são construídas pelo indivíduo no confronto com as experiências políticas e sua formação das atitudes é influenciada por fatores sociais, bio-psicológicos e econômicos.

As atitudes manifestam-se em *comportamentos* - condutas e opiniões – e só podem ser observadas através deles. Porém não há relação de causalidade entre atitude e comportamento, e é preciso distinguir entre transformação de atitude (em geral, lenta) e mudança de opinião (freqüentemente, rápida).

A *personalidade política* estrutura as atitudes, constituindo-as em redes, caracterizando um estilo próprio de comportamento político, particular de cada indivíduo. As teorias psicológicas abordam este conceito sob diferentes facetas e com ênfases diversas. Seja, porém, através da possibilidade de organização perceptiva, ou pela força dos aspectos inconscientes, a personalidade estrutura-se no processo de socialização, durante o qual se forma o sentido de identidade pessoal; é a totalidade do ser, em todos os seus aspectos. Apesar de haver surpresas nos comportamentos das pessoas, eles sugerem uma certa coerência entre as atitudes e a personalidade como um todo, assim como têm sentido numa determinada época e lugar – ambas as situações deixam espaço para o inusitado, para a capacidade criativa do ser humano.

A cultura política compreende um certo padrão de atitudes prevalecente em uma determinada sociedade. É um fenômeno histórico e socialmente datado. Sua transformação em geral é lenta, mas transformações profundas podem ocorrer com certa rapidez diante de acontecimentos impactantes, como guerras, revoluções ou tragédias.

A cultura política é um fator condicionante do senso de cidadania. A partir da cultura política, o indivíduo concebe o seu lugar na sociedade e o papel político que se julga capaz de desempenhar. Uma cultura autoritária tende a recriar nos cidadãos comuns o senso de impotência pessoal e de reverência incondicional às autoridades. Uma cultura democrática,

por outro lado, tende a desencadear o senso de irresignação, de cobrança e de participação nas decisões sobre assuntos públicos.

A cidadania está, portanto, articulada à idéia de cultura democrática, pois, conforme Marshall (1967) remete a uma espécie de igualdade humana básica que está associada ao conceito de participação integral na comunidade. Em termos gerais, ela costuma ser entendida como a condição do cidadão (o indivíduo que goza de direitos em relação ao Estado e tem deveres a cumprir para com o mesmo, que, por sua vez deve zelar por todos), à qual se tem acesso por pertencer a um país.

Marshall (1967) argumenta que a cidadania constituiu-se em um longo processo histórico. Os direitos civis se constituíram durante o século XVIII, os políticos no XIX e os sociais somente no século XX. É interessante observar como os direitos civis adquiriram *status* de cidadania na medida em que se vincularam ao *status* de liberdade e também como os direitos políticos surgem, inicialmente, como produto secundário dos direitos civis e os direitos sociais vinculam-se, também inicialmente, às conquistas cidadãs já obtidas pelos direitos políticos, perpassando aqui a desigualdade entre as classes sociais no capitalismo. Destaca-se na contribuição de Marshall a perspectiva evolutiva que deu à construção da cidadania e a preocupação explícita em relação ao impacto dos direitos da cidadania sobre a estrutura da desigualdade social, reconhecendo, à época de sua análise, que a aparente presença de inconsistências - no sistema de proteção social inglês e na expressão geral dos direitos sociais - poderia significar "uma fonte de estabilidade, alcançada através de um acordo que não é ditado pela lógica" (MARSHALL, 1967, p. 114) e que não se sabe até quando iria manter-se daquela forma.

Uma parte das respostas à dúvida de Marshall se desenha no âmbito das lutas atuais pela cidadania social.

Santos (1999), partindo do que explicitou Marshall, faz interpretações interessantes sobre o interjogo cidadania/subjetividade/emancipação e mostra como surgiram novas formas de luta pela cidadania. Como a constituição dos direitos civis, e após, os políticos, foram compatíveis com o dominante princípio do mercado, o Estado liberal adquiriu "poder de império" sobre a sociedade civil. A resolução da tensão entre a subjetividade da sociedade civil e a subjetividade do Estado deu-se através do conceito de cidadania, que limitou os poderes do Estado, ao mesmo tempo em que universalizou e pretendeu tornar iguais as particularidades dos sujeitos, de modo a facilitar a regulação social.

Porém, "no marco da regulação liberal essa igualdade é profundamente selectiva e deixa intocadas diferenças, sobretudo as da propriedade, mas também as da raça e do sexo que mais tarde vão ser os objectos centrais das lutas igualitárias" (Ibid., p. 240).

A cidadania social, conquistada posteriormente, colidiu frontalmente com o dominante princípio do mercado, pois ancorou-se nos interesses das classes trabalhadoras, gerando uma relação mais equilibrada entre o princípio do Estado e o do mercado, possibilitando o surgimento do capitalismo organizado. Assim, a classe operária foi um importante agente transformador dentro do capitalismo, sem que se esqueça da influência de outros fatores, como a guerra e as migrações. A pressão exercida pelo princípio da comunidade foi responsável por este maior equilíbrio Estado/mercado, pois pode-se encontrar naquele relações políticas horizontais entre indivíduos e grupos sociais e uma solidariedade participativa e concreta, socialmente contextualizada.

Assim, conforme Santos (1999), nos países centrais, o Estado Providência aconteceu quando do equilíbrio entre os princípios do mercado e o do Estado sob pressão do princípio da comunidade. Mas as conseqüências de obter estes direitos sociais foram graves... Segundo Santos, o compromisso social-democrático assumido sob a égide da democracia liberal, tolheu a autonomia e a criatividade dos trabalhadores e da população em geral, porque "a obrigação

política horizontal do princípio da comunidade só foi eficaz na medida em que se submeteu à obrigação política vertical entre cidadão e Estado" (Ibid., p. 245)

Como este processo significou a integração política das classes trabalhadoras ao Estado capitalista, a regulação aprofundou ainda mais sua supremacia em relação à emancipação, legitimando o Estado capitalista via luta dos trabalhadores pela cidadania social! Restou um capitalismo mais hegemônico do que nunca... E a tensão entre subjetividade e cidadania ficou mais agravada.

Durante a integração citada acima, deu-se um processo lento de desradicalização das reivindicações operárias, pois as organizações de trabalhadores participaram cada vez mais da concertação social, nas políticas de rendimentos e preços, na gestão de empresas. O que se define por neocorporativismo, na visão de Santos (1999), não foi suficiente para o equacionamento entre direitos sociais e as desigualdades sociais.

Portanto, a cidadania social, tal como foi tão bem expressa por Marshal, constituída no binômio cidadania-classe social e que nasce nas relações tensionais no capitalismo, para Santos (1999), não pode mais ser repostada, particularmente após a emergência dos novos movimentos sociais, eclodidos com o movimento estudantil nos países centrais e com a crise do regime fordista que fragilizou o Estado Providência.

Em contrapartida, a luta pelo desenvolvimento com justiça social e solidariedade deixa de ser prioritariamente protagonizada pela classe operária e, passa, particularmente no nível local e regional a ser travada em múltiplas batalhas, das quais participam diversos atores sociais, reinventando a cidadania e a ação política da sociedade como um todo.

Assim que, no marco das conquistas da cidadania, os excessos de regulação têm convivido nos últimos vinte anos com movimentos emancipatórios importantes, levando a inovações e transformações sociais. Os novos movimentos sociais – NMS – de certo modo intersectam a relação entre regulação e emancipação e a relação entre subjetividade e

cidadania. Para Santos (1999), estão representados na América Latina pelos movimentos populares ou novos movimentos populares - diferentemente do que ocorre nos países centrais, de onde os novos movimentos sociais derivam da 'nova classe média'. A partir de Scherer-Warren e Krischke, o autor refere como alguns dos novos movimentos sociais as Comunidades Eclesiais de Base - CEBS - o novo sindicalismo urbano e rural, o movimento feminista, o movimento ecológico, o movimento pacifista, setores do movimento de jovens. Podemos encontrar em Karner a referência, dentre diversos novos movimentos sociais, na América Latina, do "movimento operário democrático e popular surgido no Brasil, liderado por Luís Ignácio da Silva (Lula), e que logo derivou no Partido do Trabalhadores (...) os movimentos de ocupações ilegais de terrenos em São Paulo; as tentativas de autogestão nas favelas das grandes cidades como Caracas, Lima e São Paulo; os comitês de defesa dos Direitos Humanos e as Associações de Familiares de Presos e Desaparecidos (...)" (SANTOS, 1999, p. 257).

Os novos movimentos sociais constituem uma crítica tanto da regulação social capitalista, quanto da emancipação social socialista. Identificam novas formas de opressão, que extravasam as relações de produção, como guerras, poluição, machismo, racismo, advogando um novo paradigma social, fundamentado muito mais na cultura e na qualidade de vida, do que na riqueza e no bem-estar material. Eles denunciam não só o modo como se trabalha e produz, mas como se descansa e vive; as assimetrias das relações sociais, a pobreza, como faces ocultas da alienação e do desequilíbrio interior dos indivíduos; acima de tudo, eles mostram que essas formas de opressão atingem grupos sociais independentemente da classe social, chegando á sociedade como um todo. Denunciam também, de certa forma, os movimentos que passaram ao largo dessas formas de opressão, incluindo aqui o movimento operário tradicional que viu como emancipação prioritariamente o progresso material.

Portanto, o cotidiano deve ser o local privilegiado para a ação, um campo de luta por um mundo e vida melhores e isto tem que se dar aqui e agora, não pode esperar por um futuro longínquo. Articulando subjetividade e cidadania, é preciso dar lugar a novos protagonismos pessoais e grupais na luta por interesses coletivos localizados, mas potencialmente universalizáveis. "A emancipação ou começa hoje ou não começa nunca" (SANTOS, 1999, p. 259).

O protagonismo dos novos movimentos sociais no interjogo globalização-localização no âmbito da emancipação, constitui-se pela possibilidade de expansão que eles têm desde o local, como aqui, na América Latina, para o mundo como um todo, principalmente os países centrais. Isto está expresso em Santos (1999), que vê uma novidade fundamental nos NMS na América Latina: ao alargarem a ação política para além do marco liberal da distinção entre Estado e sociedade civil, repõem a questão do princípio da comunidade. Dessa forma, um novo equilíbrio dinâmico pode ser repositivo das energias emancipatórias.

Através da idéia da participação e da solidariedade concretas na formulação da vontade geral, com obrigação política horizontal entre cidadãos, tal como no princípio da comunidade, seria possível fundar uma nova cultura política, com uma nova qualidade de vida pessoal e coletiva, baseadas na autonomia, no autogoverno, na descentralização, na democracia participativa, no cooperativismo e na produção socialmente útil. A atualização destes princípios, através desses novos movimentos sociais tende a se dar sob uma nova forma político-jurídica, localizando e personalizando as competências interpessoais e coletivas, atenta às novas formas de exclusão - que só aprofundam ainda mais a exclusão baseada na classe social. Ao mesmo tempo, os novos movimentos sociais tendem a ações descentralizadas, desburocratizadas e, na ação política, afastam-se da institucionalidade, preferem ações de protesto, confiando na mobilização de recursos através delas - um tanto à semelhança dos velhos movimentos sociais (SANTOS, 1999).

O impacto desses movimentos sobre as possibilidades de emancipação é significativo, portanto, seja por recolocar em pauta a prática política, a intersubjetividade, a socialização; seja por buscar o equilíbrio entre subjetividade e cidadania, compatibilizando desenvolvimento pessoal e coletivo e fazendo da "sociedade civil" uma sociedade política, em que o Estado é um ator privilegiado, mas não único.

Pode-se dizer que o ambiente democrático proporciona espaço para a construção dos direitos sociais, constituindo uma condição mais ampla de cidadania (MENDES, 1999) e vê-se que, no Brasil, tal construção vem se dando de forma consistente a partir do processo de democratização e, de forma particular, é possível reconhecê-la no processo de implementação do SUS.

A dúvida e a certeza

São Tomé - que todo mundo sabe, foi o precursor da dúvida cartesiana - jamais perdeu a obsessão das verdades palpáveis e por isso foi parar no Inferno. Ora, os mais infelizes dentre os infernados são os arrependidos e um destes censurou tristemente a Tomé:

- Viste? Só de teimoso tu perdeste o Céu...

E Tomé:

- O Céu? Não sejas doido... Só existe o Inferno!

Mário Quintana

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA

A metodologia utilizada na investigação científica deve ser adequada ao objeto em estudo. Em busca de metodologias apropriadas ao universo conceitual e prático das questões sociais, principalmente pensando em nossa realidade local e regional na implementação das ações de vigilância dos processos e ambientes de trabalho, o pesquisador defronta-se com

elementos consideravelmente complexos. As opções feitas na presente investigação seguem posições correntes na literatura atual, ressaltando-se que há sempre outras possibilidades de abordagem do objeto em estudo.

De modo sucinto, a investigação consiste em um estudo descritivo e avaliativo do processo de implementação da vigilância à saúde nos ambientes e processos de trabalho ocorrido no Rio Grande do Sul, entre 1999 e 2002. Tendo como horizonte teórico a dialética, a pesquisa valeu-se da consulta à legislação e documentação pertinente, bem como de entrevistas com funcionários públicos e representantes sindicais que participaram das ações de vigilância.

2.1 A dialética como horizonte da investigação

Buscando um quadro de referências, representações, valores e atos que fundamente e onde se baseie a investigação científica, um paradigma, na acepção de Paim & Almeida Filho (2001), optou-se por buscar uma fundamentação teórica que montasse um todo coerente e pudesse balizar os achados empíricos. Entre as várias concepções teóricas presentes na literatura, a dialética pareceu a mais adequada para o objeto em estudo, pois o fenômeno estudado remete às contradições entre capital e trabalho, às complexas articulações entre diferentes níveis da realidade social (local, regional e global) e variadas dimensões do desenvolvimento (econômico, cultural, político).

A dialética, aliás, continua sendo uma das concepções metodológicas preferidas pelos cientistas para analisar a realidade social. Demo (1989, p 88) afirma que a dialética, particularmente a dialética histórico-estrutural, equilibra a contento o jogo das condições

objetivas e subjetivas presentes na realidade social sob o horizonte da historicidade. Becker e Silva (2000, p.43) apresentam a dialética como possibilidade para realizar uma compreensão dinâmica da questão do desenvolvimento contemporâneo, e citam Minayo, que diz que a dialética “abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhes atribuem significados”.

Além disto, a dialética pressupõe, ao mesmo tempo, a desconstrução e a reconstrução da totalidade social concreta e assume a inseparabilidade e a interdependência entre o quantitativo e o qualitativo. Assim, como a dialética trata do conhecimento da realidade, enquanto uma totalidade compreensível somente a partir da integração, na relação, entre as partes e o todo e em movimentos que vão do abstrato ao concreto e vice-versa, nem os conceitos construídos passam de modo intacto no processo do conhecimento.

Becker & Silva (2000) consideram como mais apropriado à contemporaneidade o entendimento de que duas forças dão movimento e desenvolvimento à realidade; a estrutural, de base, onde estão as contradições e os conflitos sociais e econômicos, e a superestrutural, a força das mudanças e de transformações, e/ou de permanências e continuidades, decorrente da possibilidade de superação das contradições e de resolução de conflitos. É neste nível que se encontra a totalidade concreta, onde o movimento determina o sentido e a dinâmica dos processos de transformações econômicas, sociais e políticas.

Apoiado em Paim, segundo o qual "a pesquisa científica, ao contrário da abordagem positivista convencional deve respeitar a complexidade inerente aos processos concretos da natureza, da sociedade e da história" (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2001, p.26), adota-se a noção de não-linearidade, rejeitando o causalismo simples, abrindo-nos para a consideração da existência de paradoxos e de que a realidade concreta se estrutura de modo descontínuo. É preciso lidar com a determinação dos eventos de um modo novo, vislumbrando a

possibilidade da emergência, o surgimento de algo que poderia não estar na síntese dos determinantes.

Por fim, a proposta metodológica deste estudo encontra-se fundamentada na concepção de que o homem se produz no social, a partir de seu modo de existência. Em consequência, considera a construção deste a partir dos significados produzidos na dinâmica inter-relacional (dos homens consigo mesmos, dos homens entre si, dos homens com sua produção material, dos homens com as instituições que ele mesmo cria).

2.2 Da ação à investigação: a pesquisadora e seu objeto de estudo

A opção pelo objeto de estudo por parte da pesquisadora não ocorreu por razões de cunho teórico. O início da observação, que levou a construir o objeto de pesquisa, deu-se pela participação em reuniões da Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - CPAIST – na condição de funcionária pública responsável pela tarefa de acompanhar a implementação dessa política na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Os dados obtidos em reuniões e as conversas informais, iniciados em julho de 2000, levaram a questionar a viabilidade da ação de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, o que levou ao intento de aprender sobre ela em leituras e cursos. Durante os anos de 2002 a 2004, a pesquisadora participou de diversas atividades do Controle Social no SUS, e as observações e a vivência obtidas principalmente junto ao Conselho Gestor do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales e da CIST estadual foram fundamentais para alimentar um apaixonamento pela área estudada.

Portanto, a vinculação, como sanitarista, ao projeto em questão, assim como com o Núcleo Regional de Estudos em Saúde Coletiva - NURESC – retira da pesquisadora a

condição de “neutralidade” afirmada por certos autores. Concorde-se com Boaventura de Souza Santos quando diz:

Pela minha parte, coloco-me no campo daqueles que sentem uma dupla obrigação científica e política de não se furtarem ao tratamento dos problemas fundamentais, de o fazerem conhecendo os limites do conhecimento que mobilizam e aceitando a diversidade e a conflitualidade de opiniões como sendo a um tempo reflexo desses limites e meio da sua sempre incompleta superação. (SANTOS, 1999, p.282)

Não só na prática em saúde coletiva, mas inclusive na pesquisa assume-se aqui a forte influência do pensamento estratégico de Carlos Matus (1996, 1997) e sua concepção de que as situações de saúde são altamente indeterminadas e que os atores sociais têm maior ou menor poder e força para realizar determinadas ações, que jogam a partir de avaliações situacionais e que são guiados por seus marcos ético-ideológicos.

Ao tentar iniciar a coleta de dados, em março de 2003, os grupos encontravam-se envolvidos em situações especiais, pelas quais passavam pela primeira vez – a vigilância aos ambientes e processos de trabalho tinha sido impedida pela ADIN (ver discussão dos resultados), ao mesmo tempo em que a equipe do Centro de Referência de Porto Alegre estava em fase de transição, negociando a regionalização do serviço; a equipe da CPAIST - Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - adaptava-se ao novo governo estadual, eleito para o período 2003 a 2005, iniciando uma nova estruturação administrativa, pois passava a fazer parte do projeto de construção do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2003 b). Foi possível perceber, pelas falas dos técnicos estaduais, as suas incertezas. Neste momento - março a maio de 2003 - foram apenas coletados dados em documentos da CPAIST e iniciado um relacionamento com os técnicos do centro de referência, para conhecê-los, tratar das possibilidades de eles serem entrevistados, mostrar-lhes os objetivos da pesquisa, enfim tornar possível a sua participação num processo de investigação científica.

Durante esses meses, as pessoas aos poucos foram se disponibilizando para as entrevistas, as informações de uns auxiliavam a chegar a outros, alguns mostravam/falavam mais do que outros, uns aceitaram a proposta da entrevista individual, outros iniciaram numa abordagem grupal, houve os que optaram por fazer todo o trabalho em grupo. O acesso aos sindicatos foi possível através das informações dos técnicos.

2.3 A pesquisa empírica: legislação, documentação e entrevistas

A proposta de fazer a *análise documental* e as *entrevistas semi-estruturadas, individuais e coletivas* pretende contemplar o instituído na lei e os movimentos instituintes da prática da implementação da política pública de saúde.

O pensar dialético se institui na medida em que se faz o confronto da realidade construída – nos documentos e na prática efetiva – com os princípios históricos e ideológicos que a sustentam e que são continuamente construídos e reconstruídos pelos atores sociais por força das tensões e contradições do contexto social.

Através da análise documental foi possível conhecer aspectos da política formulada. Focalizando a investigação no amparo legal à participação dos representantes dos trabalhadores no processo de vigilância e no que está preconizado como método de abordagem, análise e intervenção do técnico, foi possível compreender o sentido da vigilância no contexto institucional, ao mesmo tempo analisar coerências, contradições e apontar lacunas entre a implementação da ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho e seu amparo legal; reconhecer as características da prática dos atores sociais; refletir sobre seus efeitos quanto ao desenvolvimento regional.

Visando conhecer as bases oficiais da ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho, buscou-se reconstruir o processo da formulação da política de saúde do trabalhador

no SUS, através do estudo da legislação nacional e estadual referente ao tema, bem como do Código de Saúde do município de Porto Alegre e de documentos e relatórios das ações de vigilância que ocorreram no Estado do Rio Grande do Sul de 1999 a 2002. No ANEXO C vê-se um apanhado feito pela equipe do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Porto Alegre. Foram ainda consultados: o livro de registros das vigilâncias do CRST, onde consta a primeira visita realizada nos locais de trabalho; os processos administrativos e os relatórios da equipe da Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador na Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador do Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CPAIST/DVST-CEVS; além de questionários produzidos por três sindicatos, que serviram para a investigação dos locais de trabalho e/ou levantamento do tipo de adoecimento dos trabalhadores.

Os critérios de inclusão/exclusão de entrevistados foram relacionados ao objetivo da pesquisa, visando obter uma descrição variada e de certo modo representativa do modo como aconteceram as vigilâncias conjuntas aos processos e ambientes de trabalho, efetivadas pelo SUS, assim como conhecer as percepções que os técnicos e sindicalistas têm em relação à própria vigilância e aos seus efeitos. A análise centrou-se nos efeitos relacionados à proteção da saúde nos ambientes de trabalho e à criação de possibilidades de participação democrática, a qual associamos neste estudo, a partir de aportes teóricos, ao incremento do desenvolvimento regional. Em função destes objetivos, entendeu-se que uma amostragem satisfatória seria aquela que possibilitasse "abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões" (DESLANDES, 2002, p.43).

Dessa forma, foram entrevistados somente representantes dos sindicatos e técnicos de vigilância em saúde que participaram de todos os momentos (preparação, intervenção, acompanhamento/avaliação do processo) das ações de vigilância, em mais de duas empresas,

promovidas pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou pelo Centro de Referência de Porto Alegre, no período de julho de 1999 a dezembro de 2002.

Dentre os profissionais dos órgãos públicos - estadual e municipal - foram entrevistados quatro médicos (de um total de cinco que exerciam esse tipo de ação), dois fisioterapeutas, dois técnicos de segurança, dois engenheiros, duas assistentes sociais (perfazendo o total de profissionais envolvidos dessas especialidades) e uma enfermeira (de duas envolvidas). Todos os técnicos desenvolveram ações de vigilância em que participaram os sindicatos, investigando mais de duas empresas/estabelecimentos com cada um.

Quanto ao gênero, dos treze técnicos do serviço público entrevistados estavam seis mulheres e sete homens, sendo cinco concursados pelo estado, sete pelo município e um cargo em confiança, que atuou no estado entre 1999 e 2002.

Em termos de representatividade das ações desenvolvidas nas regionais, a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede em Porto Alegre, foi a que desencadeou o maior número de ações com a presença do mesmo técnico e dos mesmos sindicatos, sendo escolhido um técnico dessa região para as entrevistas. Assim, as informações obtidas sobre as vigilâncias conjuntas realizadas na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde e na 3ª CRS, com sedes em Osório e Pelotas, foram obtidas somente com os técnicos estaduais, por terem se realizado em um evento único, servindo como ilustração sobre o modo de fazer definido pela CPAIST enquanto órgão estadual - e que, portanto, deve desenvolver ações complementares nos municípios e fornecer a retaguarda técnica para os mesmos. Devido à importância dessa atribuição estadual, buscou-se incluir uma série de outras ações, dirigidas ao incremento do controle social no SUS, à formação e capacitação de recursos humanos, encontradas nos documentos oficiais da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - SES/RS que tiveram relação direta com o processo de vigilância em saúde ou especificamente com a vigilância dos processos e ambientes de trabalho. As ações de vigilância dos processos e

ambientes de trabalho feitas com a participação da CPAIST foram desenvolvidas nas três regiões citadas acima, além da 1ª CRS, com sede em Porto Alegre, da 5ª CRS, com sede em Caxias e da 17ª CRS, em Ijuí (o estado está dividido em dezenove CRSs).

Os sindicatos participantes da pesquisa foram escolhidos pelo critério da continuidade da participação, considerada a partir da presença nos vários momentos do processo em mais de duas empresas, bem como pela representatividade dos diversos setores econômicos, como indústria, comércio, serviços (incluindo aqui sindicatos de trabalhadores no setor privado e privado de caráter público). Desse modo, os representantes sindicais entrevistados vinculados à vigilância estadual pertencem a um só sindicato. No total, foram entrevistados nove representantes, de sete sindicatos diferentes. Os representantes sindicais de dois sindicatos optaram por realizar a entrevista em grupos de três pessoas, incluindo o profissional da área médica contratado pelo sindicato e que participou das vigilâncias. Em outro caso, os entrevistados optaram por fazer a entrevista a dois. Em um terceiro sindicato a profissional técnica recebeu a pesquisadora, sem a presença do representante eleito, por decisão deste.

Todos os sindicalistas faziam parte da diretoria sindical e estavam na diretoria em torno de um a quatro anos, quando iniciaram sua participação nas vigilâncias, exceto dois sindicatos, que mantinham um quadro diretivo do início da década de noventa. Dentre os diretores sindicais havia somente uma mulher.

As entrevistas buscaram captar a percepção da experiência vivida através das falas dos atores sociais. O método utilizado levou em conta, em todos os momentos, o respeito ao entrevistado, de modo a evidenciar a sua opinião e a análise feita pela pesquisadora, o sigilo em relação às opiniões emitidas, assim como o direito do entrevistado de não se manifestar sobre assunto do qual não quisesse falar.

Antes de iniciar a entrevista foi apresentado o *Termo de Consentimento Informado*, momento em que também foram dadas informações gerais sobre a pesquisa, sendo assegurado

o sigilo e combinadas as condições em que a entrevista se realizaria, como tempo previsto de duração, formas de devolução dos resultados do trabalho, etc.

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro orientador, confeccionado com base em consulta bibliográfica e em conhecimentos prévios da pesquisadora sobre as ações de vigilância da saúde. Houve um esforço permanente de evitar o direcionamento na ordem das perguntas ou de limitação às respostas oferecidas, mas foram respeitados os objetivos básicos da pesquisa. Um dos aspectos importantes da técnica de entrevista, ao qual foi preciso ficar atento, foram as possíveis manifestações dos entrevistados, que tinham relação com a pesquisa e que não estavam previstas pelo entrevistador, enquanto temas ou perguntas objetivas da entrevista e, quando analisadas no todo das respostas e relacionadas à teoria, vieram abrir caminhos inusitados para as considerações finais.

As possibilidades de emergência de novos conteúdos foram sempre consideradas e, após definido o campo sobre o qual se daria o diálogo, foi dada abertura para a expressão dos entrevistados, tendo sido usadas as técnicas de entrevista não-diretivas, encontradas em Rogers (HESS, 1979), assim como as intervenções que priorizassem um contato genuíno entre as pessoas em situação de entrevista, conforme Perls (PERLS, HEFFERLINE & GOODMAN, 1997) e Ribeiro (2000). A idéia freiriana de que o conhecimento é construído a partir da comunhão das pessoas, mediatizado pela realidade vivida, foi importante para a postura da pesquisadora, buscando dialogar com cada pessoa entrevistada, com base no saber/conhecimento construído que sustenta a sua prática de vigilância (FREIRE, 1979). Há os que explicitaram este conhecimento verbalmente e os que o expressaram através de outras formas, como metáforas, ou deixaram-no nas entrelinhas de seus relatos, cabendo à pesquisadora a tentativa de explicitar o seu significado. Na forma de questionamentos, pedidos de esclarecimentos e, por fim, em intervenções nas quais a entrevistadora apresentava, com as suas palavras, o que havia compreendido sobre o tema abordado, buscou-

se conferir com o entrevistado a compreensão/impressão obtida pela entrevistadora. Durante as entrevistas este “acompanhar o ritmo” do entrevistado foi uma postura almejada e intencionalmente procurada pela pesquisadora.

Assim, no início da coleta dos dados, nas falas que iam aparecendo nas entrevistas, a partir das perguntas orientadoras, foi deixado em aberto a possibilidade de emergirem conteúdos relacionados ao tema, aqueles considerados inclusivos do modo de fazer e da participação democrática. Desse modo, das primeiras entrevistas obtiveram-se dimensões a serem estudadas, que deram forma às categorias citadas. Assim foi que apareceram as questões da interdisciplinaridade e intersetorialidade, a aprendizagem/construção de instrumentos e a sua especificação. Houve o cuidado de não se aprofundar aspectos trazidos que não diziam respeito ao tema. Emergiram, por exemplo, conflitos entre serviço e gestor público, entre diferenças de proposta política de uma gestão a outra, falta de valorização profissional, enfraquecimento do movimento sindical, análises sobre a política federal atual, com frustrações e expectativas positivas, etc. Esses outros aspectos são relevantes, mas não para os objetivos deste trabalho e, por isso, ficam como possibilidades de temas para outras investigações.

Na medida em que se foi avançando nas entrevistas e confrontando alguns dados, pôde-se observar que as falas se entrecruzavam e davam sentido umas às outras. Os dados se repetiam ou, quando diversos na aparência, convergiam para o mesmo significado. Todas as entrevistas têm um sentido de continuidade entre si, apesar das diferenças individuais, e isto se expressa na apresentação dos dados.

Além disso, a cada entrevista as situações apresentadas e as falas de cada um sugeriam perguntas a serem feitas ali mesmo ou a outros entrevistados, não só porque os entrevistados faziam referência aos colegas de trabalho ou a algum representante sindical que sabiam ter participado e teria algo a contribuir na investigação, mas também porque após cada entrevista

era feita uma análise do seu significado dentro da pesquisa e garimpadas as falas que iam fazendo sentido no 'todo' investigado. Dúvidas extraídas daí eram dirimidas nas entrevistas seguintes, de modo que os entrevistados eram considerados por grupos, como os trabalhadores do centro de referência, os representantes de sindicatos que atuavam com eles, etc. Na caracterização dos entrevistados e na exposição dos dados, optou-se por não divulgar a profissão de cada técnico ou o sindicato representado, para manter o sigilo, pois o pequeno número de entrevistados em cada local, tornaria imediata a identificação das pessoas.

As entrevistas foram gravadas, exceto duas, e transcritas. As duas entrevistas que não foram gravadas, por opção dos entrevistados, foram descritas e entregues aos mesmos para que confirmassem a adequação da descrição.

Paralelamente às entrevistas, foi sendo refeita a pesquisa bibliográfica, que esteve presente do início ao fim da pesquisa, buscando analisar os dados pelo olhar dos autores e repensar as teorias pelo fazer dos atores. Assim, desde o projeto inicial de pesquisa, novos autores foram incluídos, dentro de uma linha de pensamento que pretende ser coerente com a emancipação social.

Considerando a saúde como campo de conhecimento e âmbito de práticas (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2001) é que passamos a descrever a prática desses atores sociais na implementação da vigilância dos processos e ambientes de trabalho, atentando para os efeitos produzidos, sua coerência e discrepâncias com o marco teórico e ideológico de sustentação do SUS, assim como observando as compatibilidades com a proposta de desenvolvim regional.

"Meu olhar, como qualquer outro, não é neutro e, por isso, não coincidirá com o de muitos de meus leitores. Coisas da democracia".

Eugênio Vilaça Mendes

3 A RELAÇÃO SAÚDE/TRABALHO: IMPORTÂNCIA E POSSIBILIDADES DA AÇÃO DE VIGILÂNCIA DOS PROCESSOS E AMBIENTES DE TRABALHO

No terreno das políticas públicas, é imprescindível falar em formas de ação que possam ampliar as capacidades humanas e redirecionar o desenvolvimento para aspectos como garantia de direitos e exercício de poder nos grupos onde cada um se encontra. Obter possibilidades de expressão de idéias e sentimentos, ser capaz de realizar ações que sejam reconhecidas como promotoras de qualidade de vida, por exemplo, podem gerar autoconfiança e favorecer a participação e o aperfeiçoamento democrático.

Schmidt (2001c) lembra que uma concepção global da política é fundamental para a abordagem consistente das políticas públicas, o que inclui (i) a concepção de democracia; (ii) o Estado desejável, possível e necessário; (iii) a articulação entre mercado, sociedade civil e Estado, e aqui incluímos as formas de participação dos cidadãos e (iv) a natureza e o projeto de poder das elites políticas. Esta última pode ser expressa pela postura e ação dos governantes na tomada de decisões, ou seja, o projeto de poder da facção dominante.

No Brasil, um ponto que tem sido pautado por governos de matizes diversos diz respeito à participação. O discurso da participação está disseminado nas instituições nacionais e internacionais, permeando posições à direita e à esquerda, o que leva a ambigüidades e contradições entre a fala e a prática. O atual discurso do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 1997), por exemplo, propõe a participação política do cidadão e sugere a

redistribuição do poder de decisão em relação aos assuntos coletivos de relevância, enquanto sua prática é intensamente criticada por autores como Sen (2000), que se mostra cético em relação à possibilidade de uma organização como essa contribuir de modo significativo para a expansão das liberdades substantivas dos indivíduos enquanto agentes de mudança e não como mero receptores passivos de benefícios. O autor foi membro da presidência do Banco Mundial durante o outono de 1996. Também Yunus (2000) criticou a organização, dessa vez por seu posicionamento em favor dos mais ricos, colaborando com a continuidade das desigualdades entre os povos. De todo modo, a defesa da participação é imprescindível para o aperfeiçoamento da democracia.

Na área da saúde poderemos encontrar a expressão dessas idéias na proposta do SUS, principalmente se tomarmos a concepção de saúde na amplitude proposta pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, para a qual não basta ter acesso a tratamento por ter adoecido, é preciso ser capaz de lutar por mudanças em tal condição, em busca da proteção da saúde, e até da transformação social.

O SUS, no espírito da reforma sanitária em que foi gerado, indica que um dos aspectos fundamentais para que possa ser construído e posto em prática, enquanto política pública, é a participação dos usuários do sistema. Desta forma, pode configurar-se como espaço de construção de cidadania, pois remete a um tipo de Estado caracterizado pela participação social – por exemplo, através das conferências e conselhos de saúde – e que busca garantir direitos aos indivíduos. Além disto, postas em andamento, estas formas de participação podem, elas mesmas, tornar-se um campo de práticas que leva ao desenvolvimento de posturas democráticas e à vivência de liberdades possíveis somente nas relações horizontais entre as pessoas.

Quando pensamos na questão do desenvolvimento regional, isto torna-se particularmente importante, pois é a partir das experiências protagonizadas pelos atores locais que se pode alcançar objetivos próximos de suas realidades e de suas necessidades.

3.1 Na conjunção saúde e trabalho, a construção de uma política pública emancipatória

Sabemos que as condições de trabalho no sistema capitalista de produção têm produzido graves conseqüências à saúde dos trabalhadores, principalmente pela forma como o trabalho está organizado. No entanto, abordar o adoecimento do(a) trabalhador(a) é tarefa difícil, pois, conforme Harvey (1998) o regime de acumulação capitalista e o modo de regulamentação social e político nele estruturado tem condicionado a expressão social de toda uma época, e uma das variáveis que precisa ser controlada para que o capitalismo seja viável é a 'força de trabalho'. O autor, em estudo onde aborda as transformações do capitalismo, observa a grave insatisfação do(a) trabalhador(a), desde o *fordismo* até o período atual, da *acumulação flexível*, e o quanto são difíceis as condições sociais em geral e as de trabalho em particular, sendo que nos últimos tempos a precarização das relações de trabalho tem gerado uma imensa massa de excluídos do sistema produtivo.

Em nosso país, questões básicas - como as que dizem respeito à própria subsistência - "que nos países industrializados já foram, em grande parte, resolvidas, juntam-se às questões decorrentes das mais agressivas formas de organização do trabalho, o que torna o quadro muito mais complexo" (FERREIRA, 1986, p. 7). Atingidos tanto na sua integridade física quanto psíquica, os trabalhadores brasileiros sofrem igualmente com danos físicos como com danos mentais, não sendo possível dizer que os de um tipo sejam mais relevantes do que os do outro.

Segundo Dejours (1986), na relação entre saúde e organização/condições de trabalho, mesmo que os cientistas possam trazer uma contribuição necessária, ela terá limitações, pois tanto o que concerne ao trabalho quanto à saúde, deve estar inspirado e controlado pelos trabalhadores. Dejours (Ibid, p. 8) refere que "a saúde das pessoas é um assunto ligado às próprias pessoas. Essa idéia é primordial e fundamental: não se pode substituir os atores da saúde por elementos exteriores". O autor critica a definição de saúde da OMS, pois diz que o "perfeito estado de bem-estar" a que o conceito se refere, além de ser impossível de definir, é algo que não existe! Na interpretação de Ferreira (1986), para Dejours, o que predomina no funcionamento humano é a mudança e não a estabilidade e, para que se promova a saúde dos indivíduos, é importante respeitar essa variabilidade.

Na concepção de Dejours (1986) a saúde não é algo que vem do exterior; é algo que conquistamos, que enfrentamos e de que dependemos, "é algo onde o papel de cada indivíduo, de cada pessoa, é fundamental" (Ibid., p. 11). Além disto, a saúde não é estável, é algo que muda o tempo todo, é uma sucessão de compromissos que assumimos com a realidade (do ambiente material, afetivo, relacional, social). Saúde implica em possuir os meios para alcançar o bem-estar; estes meios incluem liberdade para regular as variações que aparecem no estado do organismo (cansaço, sono, etc), liberdade ao desejo de cada um na organização de sua própria vida e, inclusive, liberdade de "agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si" (Ibid., p. 11).

O trabalho exerce um papel fundamental em relação à saúde, pois tanto as condições do ambiente físico, quanto a própria organização do trabalho (onde o desejo do indivíduo é excluído e são reprimidos seus comportamentos livres), podem provocar nos trabalhadores, além de doenças físicas e acidentes, o sofrimento psíquico. Dejours (Ibid.) argumenta também que o "não-trabalho" é igualmente prejudicial: a falta de emprego, ou de atividades, pode

engendrar doenças. No entanto, nem sempre o trabalho é nocivo à saúde, pois “há organizações do trabalho que levam a tarefas cujo conteúdo é justamente um meio de equilíbrio. Essa situação é favorável à saúde das pessoas (...) ela oferece um campo de ação, um terreno privilegiado para que o trabalhador concretize suas aspirações, suas idéias, seus desejos” (DEJOURS, 1986, p.10).

Tittoni (1994, p. 169), ao pesquisar as formas de vivenciar e de expressar as experiências no cotidiano de trabalhadores no setor petroquímico gaúcho, constata que o trabalho em si possui um significado importante para a vida e, a forma como ele está organizado, marca a vida dos trabalhadores, construindo "modos de ser, de pensar e de agir", instituindo referências importantes nas práticas sociais por ele delimitadas. Conforme a autora, podemos considerar o trabalho, em seu significado mais íntimo, como elemento que inscreve o ser humano nas relações com seus semelhantes e com o mundo (realizado por ele mesmo, humano), através da produção de bens e valores que constroem a sociedade. O sujeito, nessa produção pode se "re-conhecer", realizar-se e apresentar-se à sua sociedade, produzindo uma condição que é efetivamente sua. Ao mesmo tempo, construído e construtor, "o trabalho possui um significado que perpassa a estrutura sócio-econômica, a cultura, as necessidades, os valores e a subjetividade daquele que trabalha" (Ibid., p. 12).

Existe um tipo de relacionamento, acrescenta Tittoni, que com o processo produtivo, o desenvolvimento de uma capacidade em "ler" e "escutar" equipamentos e dedicar-se ao exercício das atividades, que só pode ser entendido do ponto de vista subjetivo. Ao mesmo tempo, o "reconhecimento desse 'saber', produzido no cotidiano de trabalho, certamente por estar implicado diretamente com o ser trabalhador é fundamental para o exercício da subjetividade”. Conclui ser fundamental "considerar o trabalhador como dotado de uma subjetividade que representa as experiências de seu cotidiano de trabalho e a expressa nas formas afetivas e emocionais de relacionamento interpessoal e na atividade que realiza" (Ibid.,

p. 173). Neste sentido, podemos compreender a negação do risco em locais onde ele está presente de forma mais aguda, como estratégia defensiva subjetiva, ao mesmo tempo que faz parte da "cultura do trabalho" (Ibid., p.173) que, no caso brasileiro, não levou em conta o saber dos trabalhadores. O conhecimento específico sobre os equipamentos, o local de trabalho e sua organização, bem como a adaptação à atividade, servem para controlar os riscos inerentes ao processo produtivo.

Nessa linha de raciocínio, o conhecimento apropriado pelos trabalhadores ao desenvolver ações coletivas de proteção no ambiente de trabalho caracteriza-se como uma forma de cuidado de saúde entre eles, pois pode possibilitar o compartilhar de estratégias em defesa da vida.

Ao considerar-se as falas de trabalhadores e técnicos, pode-se observar a presença de uma possibilidade deste controle através da ação coletiva da vigilância, que pode considerar a subjetividade presente no mundo do trabalho, pois a todo momento é trazida a importância do saber próprio dos trabalhadores, saber este, como vimos, que é construído a partir da experiência, da vivência subjetiva do trabalhador em seu processo de conhecimento sobre o trabalho e de sua adaptação a ele.

3.2 Elementos para a análise de políticas públicas

Antes de aprofundar a discussão em torno do SUS e das questões envolvendo a política de saúde do trabalhador no Brasil, é preciso estabelecer alguns parâmetros da análise das políticas públicas em geral.

Ao considerar a política sob três dimensões – como organização, como atividade e como resultado – funcionando de forma sistêmica, Vallès (2002) aponta que os *outputs*

gerados no sistema político são as políticas públicas. Assim, uma política pública pode ser definida, de forma simplificada, como resultado da atividade política e, mais precisamente, como

un conjunto interrelacionado de decisiones y no decisiones, que tienen como foco un área determinada de conflicto o tensión social. Se trata de decisiones adoptadas formalmente en el marco de las instituciones públicas – lo cual les confiere la capacidad de obligar –, pero que han sido precedidas de un proceso de elaboración en el cual han participado una pluralidad de actores públicos y privados. (Vallès, 2002, p. 377).

O autor sugere que se analise a política pública a partir de um ciclo, que leve em conta a sua dinamicidade enquanto processo complexo: (i) a construção do problema e incorporação à agenda, (ii) a formulação da política, (iii) sua implementação e (iv) a avaliação e continuidade da política. Propõe, ainda, a descrição de um modelo em rede para compreendermos as relações entre os diferentes atores que circulam por este processo, bem como uma análise do estilo da política pública e sua relação com a orientação ideológica de um governo ou com o marco político-institucional de um sistema político.

A implementação é o momento do processo, segundo Vallès, em que é fundamental considerar a adequação da proposta formulada à realidade. Para o autor, a avaliação do processo de implementação de uma política deve levar em consideração os movimentos internos do aparato burocrático estatal e os aportes dos atores envolvidos. Deste modo, os objetivos traçados e a execução prevista na formulação são modificados, às vezes profundamente, durante a fase de implementação, afetando os resultados previstos inicialmente.

Silva & Melo (2000), na mesma linha, mostram que o *policy cycle* deve ser visto como um campo estratégico, onde as políticas públicas são implementadas através de redes de agentes governamentais e também por diversos outros nelas interessados, ocorrendo mecanismos de concertação e negociação entre eles e, principalmente, um processo de aprendizagem. A sua interação dá sustentação à política (*policy*) e há, durante o processo,

pontos no tempo, chamados "nós críticos", em que são fortalecidas ou modificadas posições e forças políticas de atores, revistas ações e recompostos recursos. Os autores, apoiados em Lipsky, apontam a importância dos *street level bureaucrats*, executores diretos da política pública - fiscais, médicos e enfermeiros em unidades básicas de saúde, agentes administrativos - que tem forte poder decisório na implementação de modo que sua adesão aos princípios da *policy* é variável decisiva para seu sucesso.

Carlos Matus (1996) mostrou como os atores sociais constroem estratégias, que são padrões de ação, percebidos ou não, e as articulam de acordo com seus interesses. Atores sociais agem a partir de avaliações situacionais, que dizem respeito à individualidade de cada um e à posição que ocupa em determinado cenário. O lugar que cada ator ocupa permite com que vislumbre certas coisas, enquanto lhe oculta outras, gerando uma *cegueira situacional*. Os atores sociais que reconhecem tal condição e consideram a posição dos outros atores, podem aprender a influir nos resultados de uma política pública através do exercício inteligente do poder, utilizando recursos políticos, econômicos, organizativos, cognitivos. A prática social, inclusive a saúde, é vivida em sistemas de "incerteza dura", isto é, não é possível fazer previsões e a previsão de possibilidades será sempre limitada, exigindo que os atores sociais montem suas estratégias, considerando a posição e a força dos outros atores envolvidos. De forma sistemática, as noções de jogo, situação, decisão, cenários possíveis de ação e interação entre atores sociais culminam na concepção do planejamento estratégico situacional, instrumento que Matus acha indispensável para um governo democrático, tendo em vista a necessidade de desenvolverem os governos, principalmente na América Latina, a sua capacidade para governar (HUERTAS, 1996). O planejamento estratégico situacional contrasta com o planejamento normativo tradicional, superando a visão de diagnóstico presente neste e a conseqüente definição de objetivos, geralmente feita por técnicos

'capacitados' e que não serão os executores da ação, que desenham um 'deve ser', sem considerar a existência do outro (MATUS, 1997).

Justamente devido à dinamicidade dos atores sociais, a implementação adquire um caráter evolutivo, de modo que podemos falar em *adaptação mútua*, entre a política e o meio onde está ocorrendo, principalmente quando se trata de descentralização para o nível local (BROWNE & WILDAVSKY, 1998). É muito provável que desde o domínio da decisão - nível federal, por exemplo - até o domínio dos operadores - regiões estaduais e municípios - aconteçam muitas conseqüências involuntárias. "Los implementadores forjan nuevos eslabones en medios no pronosticados. Son como exploradores" (Ibid., p. 331).

Browne e Wildavsky (Id.) remontam à interpretação de Eugene Bardach sobre o determinante do êxito ou do fracasso de uma *policy*, localizando-os nos aspectos políticos do projeto. As políticas públicas podem alentar ou desalentar a participação de pessoas que estejam envolvidas com o processo da implementação - ou até das que não estejam - como os beneficiários de programas, os organismos particulares e as diferentes áreas do Governo. A interação entre vários jogadores é conflitiva, problemática, ocasionando demoras, desperdício de recursos, pouco rendimento e conseqüências que nem se poderia prever. Para os autores, partindo de um mapa traçado previamente, porém flexível, utilizando-se da avaliação para aprender com os erros e modificar a política conforme a necessidade dos atores locais, vai sendo produzida uma aprendizagem, que é essencial para a continuidade da política sem a rigidez das propostas formuladas no estilo *arriba-abajo*.

Ao mesmo tempo pode ocorrer um melhor desempenho da política, sempre que ela venha a estar mais coerente com os anseios dos grupos aos quais se dirige prioritariamente, já que não fica restrita às normas. Neste ponto, o que se pode apontar como necessário é o processo de avaliação mais sistemático, para que possa imprimir maior agilidade, ao mesmo tempo em que, propositadamente, busque-se a permanência dos atores sociais no processo.

Para Browne & Wildavsky (Id.) é interessante que a avaliação aconteça durante a implementação.

Na verdade, a cultura política – a maneira pela qual os cidadãos percebem a política, constituída por sistemas de valores, experiências históricas, formas de institucionalidade e de participação dominantes – leva os atores a atuar politicamente de acordo com determinados estilos (VALLÈS, 2002). Portanto, as políticas públicas sofrem influência tanto da estrutura política quanto da cultura política dominante em uma sociedade. Para Vallès, "la política – entendida como *politics* y como *polity* – cuenta en el momento de la *policy*, es decir, cuando se trata de formular y aplicar políticas públicas sobre los problemas colectivos de una comunidad." (VALLÈS, 2002, p. 393).

Referindo-se ao ambiente institucional, alguns autores, valendo-se da vertente histórico-sociológica do neo-institucionalismo para a análise de políticas públicas, têm demonstrado em trabalhos empíricos a importância das organizações estatais na determinação dos resultados da *policy*, porque além do confronto – ou da aliança – entre os diferentes interesses dos diversos atores sociais, os resultados dependem também da forma como os procedimentos executados naquelas organizações reforçam ou inibem as iniciativas tomadas pelos atores. Coelho (1998, p.119), por exemplo, ressalta que a possibilidade do Estado assumir adequadamente novas políticas é “largamente determinada pelas políticas prévias, que criaram certas capacidades administrativas, definiram uma distribuição de recursos, incentivaram alianças e consolidaram procedimentos burocráticos”. Assim, o contexto institucional é fundamental, pois, ao lado da determinação e da força dos atores sociais e das pressões que possam fazer, a ação do Estado é também “função de diferentes graus de autonomia, centralização, burocratização e diferenciação associados à sua estrutura” (Ibidem).

Especificamente no Brasil, conforme Vianna (1989), a análise de políticas públicas vem se constituindo como um campo de pesquisa e produção teórica própria a partir do final da

ditadura militar, pois é aí que se faz possível constituir um sistema de proteção social, acompanhando o processo de democratização. É, portanto num cenário de um país que constrói sua caminhada democrática, com instituições políticas democráticas ainda nem tão fortes, mas também nem tão frágeis quanto em tempos de autoritarismo, que vamos observar a implementação de uma ação específica da política pública de saúde.

3.3 Compreendendo a vigilância dos processos e ambientes de trabalho como um processo de construção social

Na condição de ação da política de saúde, é preciso compreender a vigilância dos processos e ambientes de trabalho no contexto maior em que está inserida. O SUS é o continente da vigilância, em termos institucionais, e a ação específica a ser analisada adquire seu significado dentro desse conjunto mais amplo.

Há no Brasil um modelo de saúde plural, que inclui o SUS como subsistema público único, composto por serviços estatais e privados conveniados e/ou contratados pelo poder público, ao lado do subsistema de atenção médica supletiva e do subsistema de desembolso direto, conforme a caracterização proposta por Mendes (1999).

O SUS, compreendido como processo social em construção, acontece em campos sociais de diferentes dimensões. Em sua *dimensão política*, está sendo construído em ambiente democrático, sendo que na arena sanitária apresentam-se os mais diversos atores sociais, que têm projetos diversificados, originados nas diferentes avaliações situacionais que fazem de suas realidades. Em sua dimensão ideológica, o SUS parte de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, sob novo paradigma sanitário, com característica de mudança social. Em sua *dimensão tecnológica*, o SUS necessita produzir e utilizar conhecimentos e técnicas que sejam coerentes com seus pressupostos políticos e ideológicos.

Mendes (Ibid.) observa que diante de uma crise da saúde que não se constitui em 'privilégio' brasileiro, mas tem caráter universal, surgem propostas de reforma para o setor aqui e em diversas partes do mundo. É importante avaliar que, ao lado da proposta racionalizadora de reforma setorial, é fundamental a superação dos determinantes estruturais. Assim, é necessário que também o SUS seja repensado; que se construa, a partir de discussões na sociedade e da adoção de um novo sistema coletivo de crenças, uma nova agenda para a saúde que, "sem rejeitar os generosos princípios do SUS, reconheça que sua materialidade depende de um conjunto de transformações, tanto gerenciais quanto assistenciais, referidas por um novo paradigma sanitário" (Ibid., p. 13).

O autor indica dois tipos de reformas: as reformas processuais e as reformas discretas. Estas são formuladas a partir de diagnósticos da crise por grupos restritos, altamente técnicos, que formulam planos no estilo *topdown*, levando para aprovação pelos órgãos representativos oficiais, mas que passam por uma discussão seletiva e um período muito curto de maturação; a sua racionalidade é "marcadamente economicista". As reformas processuais também derivam de diagnóstico, mas, ao contrário das reformas discretas, apresentam a proposta após uma ampla discussão na sociedade e o tempo de maturação é lento, "até que a reforma possa corporificar-se em lei" (Ibid., p. 49). Para o autor, a partir da elaboração de Contrandriopoulos,

parece indubitável a superioridade das reformas processuais. De um lado, porque obedecem a preceitos democráticos que têm valor intrínseco, ao colocar a reforma sanitária como parte do aperfeiçoamento da democracia; segundo, porque as mudanças na saúde, num ambiente democrático, dão-se em permanente tensão entre três pólos: o pólo tecnocrático, expressão da racionalidade de um sistema; o pólo corporativo, em que se manifestam os interesses de profissionais e de produtores de bens e serviços; e o pólo dos consumidores, em que se estruturam as necessidades e as demandas dos usuários do sistema. Esses pólos operam, no jogo social, com lógicas distintas que respondem às racionalidades dominantes nesses atores sociais em situação" (Ibid., p. 49).

Em função dessa diversidade, na medida em que se exige maximizar os espaços de negociação, é preciso mais tempo, o que permite a criação de bases sociais mais estáveis.

Portanto, dar continuidade ao processo de reforma sanitária brasileira é a opção mais conseqüente, segundo Mendes, não sendo possível aceitarmos propostas de mudanças em outras lógicas, que, pelo padrão neoliberal dominante na reforma de estado, tenderiam à reforma discreta, com valorização do pólo tecnocrático ou do pólo corporativo, com pouca base social para implantação, muitas vezes à revelia de grupos sociais significativos.

O SUS, como um "processo legal e legítimo" (Ibid., p. 64) e estando ainda em marcha, passa pelos reveses da crise do Estado brasileiro, sofrendo ele próprio uma crise institucional. Uma reforma de Estado é necessária, mas pouco vem acontecendo na direção daquilo que Mendes define como a busca de um Estado mais forte na capacidade de regulação e na condução política, transformado, em relação a nosso atual Estado, "demasiado grande e extremamente débil" (Ibid., p. 65).

A reforma do Estado tem tomado rumos incompatíveis com a implementação efetiva do SUS, ou outra política de proteção social, visto que se orienta por uma abordagem neo-institucionalista com forte viés liberal, que se preocupa prioritariamente com a funcionalidade do mercado, utilizando como critério para as mudanças do Estado a eficiência do funcionamento econômico, ao invés do princípio de justiça social (MISOCZKY, 1999). No entanto, o SUS configura-se como um alavancador da reforma do Estado, em um sentido diverso do exposto acima, pelo intenso processo de descentralização que vem encabeçando, pela extinção de organismos dispendiosos e ineficazes, como o INAMPS, contradizendo interesses clientelistas e corporativos, gerados a partir de uma institucionalidade política particular³. Para Mendes

(...) esse processo tem muito que avançar e aprofundar, a fim de que o Estado brasileiro possa adquirir governança sobre as políticas de saúde. Mas o que já se fez é um bom começo. Daí que o SUS transcenda, em muito, a si mesmo, uma vez que demarca as possibilidades e os caminhos de uma imprescindível reforma do aparelho

³ Nunes (1999) propõe um arcabouço interpretativo para que compreendamos as relações entre sociedade e instituições políticas formais no Brasil contemporâneo. Para o autor, "a introdução do capitalismo moderno no Brasil interagiu com a criação de um sistema institucional sincrético, agora nacional e multifacetado, e não mais regional e dualista" (p.19), citando a presença de quatro gramáticas: ao clientelismo já existente, incorporam-se o *corporativismo*, o *insulamento burocrático* e o *universalismo de procedimentos*.

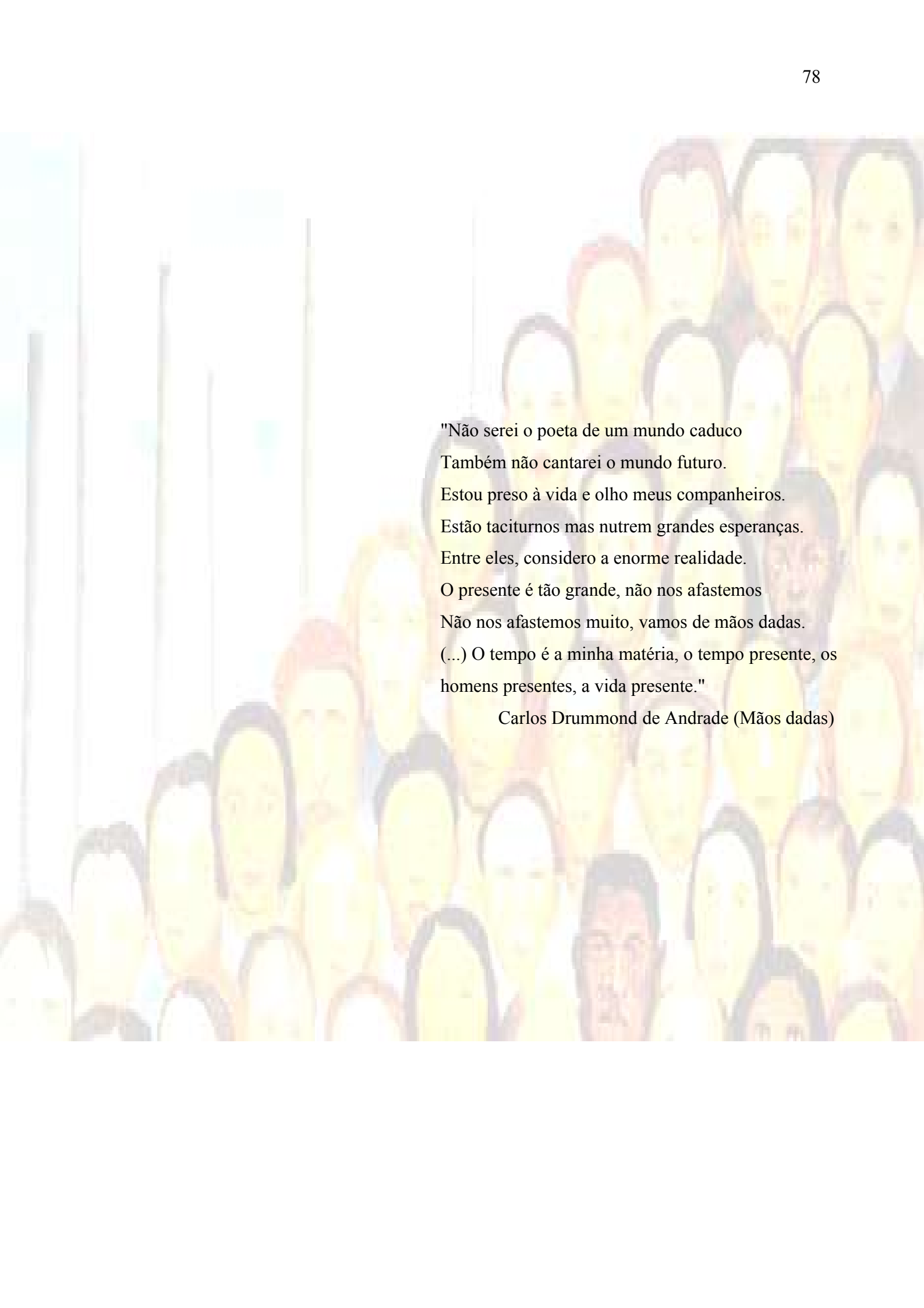
do Estado brasileiro, porque explicita os papéis federativos, redistribui as competências, descentraliza os recursos, democratiza as decisões e procura romper com as clássicas relações de intermediação clientelistas ou corporativas que estão na medula do nosso Estado. (MENDES, 1999, p. 66)

A crise institucional por que passa o SUS tem também um condicionante interno: a incoerência entre os métodos e estruturas vigentes no Ministério da Saúde e nas secretarias municipais e estaduais e o novo objeto por ele instituído. Transitando em via de mão única com o aperfeiçoamento do SUS, deveriam estar as transformações na estrutura e funcionamento do Ministério da Saúde, que estabelece relações nada emancipatórias com os municípios, pretensamente empoderados, e os estados, que ainda não conseguiram construir sua identidade em relação ao sistema. Aliás, vemos as unidades federativas como fundamentais na articulação da rede hierarquizada, cabendo-lhe um papel crucial nas estratégias de regionalização.

É, portanto, fundamental a discussão sobre a nossa realidade sanitária, da qual resulte uma nova concepção sobre o fazer saúde, que seja coletivamente partilhada, e que esteja coerente com os princípios do SUS. A observação de práticas efetivas onde seja possível observar a busca dessa coerência pode servir como contribuição neste sentido. Mendes considera fundamental a discussão sobre a nossa realidade sanitária, da qual resulte um novo sistema coletivo de crenças, "que alicerce a reforma da reforma" e propõe uma nova agenda para a saúde, que "sem rejeitar os generosos princípios do SUS, reconheça que sua materialidade depende de um conjunto de transformações, tanto gerenciais quanto assistenciais, referidas por um novo paradigma sanitário" (MENDES, 1999, p. 13).

Enquanto política pública, a área de atenção em saúde coletiva designada como saúde do trabalhador insere-se no SUS e, tal como este, expressa a mobilização e a luta dos trabalhadores em busca de melhores condições de existência individual e coletiva. Assim, a política de atenção integral à saúde do trabalhador e as suas propostas de ação são parte desse

processo social que está em construção, orientando-se pelos seus princípios e diretrizes e, ao mesmo tempo, sofrendo os reveses relacionados às dificuldades de sua implementação.



"Não serei o poeta de um mundo caduco
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.
(...) O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os
homens presentes, a vida presente."

Carlos Drummond de Andrade (Mãos dadas)

4 A BUSCA DA PROTEÇÃO E DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS AMBIENTES DE TRABALHO

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito fundamental do ser humano, a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas, de acesso universal e igualitário. Posteriormente, na Lei 8080, de 1990, estão previstas as ações de promoção, proteção, recuperação e vigilância da saúde do trabalhador, inclusive definindo o ambiente de trabalho como inserido na categoria meio ambiente (SES; CES-RS, 2000) .

Esta mesma lei define a saúde do trabalhador no parágrafo terceiro, do artigo sexto como

um conjunto de atitudes que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I – assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco para a vida ou saúde dos trabalhadores. (SES, CES-RS, 2000, p.24)

Pautando-se nos princípios do SUS, a *vigilância da saúde do trabalhador* acrescenta ao conjunto de ações da vigilância da saúde como um todo, as estratégias de produção de conhecimentos e os mecanismos de intervenção nos processos de trabalho/produção em sua relação com a saúde.

A *vigilância da saúde*, como indicado no primeiro capítulo, veio inovar na visão tradicionalmente conhecida de saúde pública, caminhando na construção do campo da saúde coletiva, onde um âmbito de práticas se desenha na implementação do SUS (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2001). Visa à introdução de uma abordagem integradora, com intervenções em três níveis: nos danos à saúde, nos riscos e nas causas, procurando alcançar os determinantes sócio-ambientais e as necessidades sociais. A proposta articula as vigilâncias tradicionalmente postas, entre si e com as ações de saúde, sem perder de vista a integralidade (PAIM, 2001).

Proteção da saúde - redução ou eliminação de riscos - e promoção da saúde⁴ - incremento da saúde e do bem-estar - superam a simples busca da prevenção - evitar o adoecimento -, mas para uma prática efetiva é preciso não perder de vista a especificidade local. Daí que a abordagem da vigilância da saúde e, portanto, a *vigilância da saúde do trabalhador* exija posturas estratégicas, com a participação plena do controle social, integrada à ação dos trabalhadores de saúde e do gestor governamental.

Desse modo, a vigilância da saúde do trabalhador, necessita ser

⁴ O marco histórico e conceitual da promoção da saúde foi a Conferência de Ottawa, em 1986. Como pontos essenciais, apresentou a saúde como parte de políticas públicas "saudáveis"; atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; reorientação dos sistemas de saúde; ênfase na mudança dos estilos de vida (PAIM, 2000).

contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los (BRASIL, 1998 a).

Portanto, a vigilância em saúde do trabalhador lida com a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas de adoecer. Pressupõe uma rede de articulações que, necessariamente, passa pelos trabalhadores e suas organizações, assim como pela área de pesquisa e formação de pessoal. A sua abordagem implica uma mudança conceitual e institucional tradicionalmente posta, que é a separação entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária e busca a articulação dessas com a área de planejamento, assistência, avaliação. (BRASIL, 1998a).

A busca da proteção e promoção da saúde nos ambientes de trabalhos é reivindicação dos trabalhadores e de suas entidades representativas, que têm sido força expressiva na implementação do SUS. O Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT – refere-se à "nova vertente ou momento de luta dos trabalhadores pela saúde do trabalho (e não apenas no trabalho)" (DIESAT, 2001, p. 2), que propõe a superação das propostas prevencionistas clássicas e do enfoque "sanitarista, ambientalista e de segurança" e adota a intervenção na raiz do conflito capital-trabalho como forma de "preservar a saúde e as próprias vidas dos que trabalham."

As condições de trabalho no Brasil e as relações entre trabalho e saúde do trabalhador configuram-se a partir de uma diversidade de situações que se refletem sobre os modos de vida, adoecimento e morte dos trabalhadores, além de conseqüências para toda a população, seja pela exposição a riscos originados na produção de bens ou pelo reflexo das tecnologias e da relação predatória entre o sistema produtivo e a natureza. Obviamente essas condições relacionam-se à conjuntura política e econômica.

O desemprego e a precarização do trabalho estão associados ao aumento do subemprego, do trabalho informal, das terceirizações e da "fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência coletiva e/ou individual dos sujeitos sociais". (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 19) Nessa condição pode ser vista a intensificação do trabalho e/ou a ampliação de sua jornada, o acúmulo de funções, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, aumento da instabilidade no emprego. "Tal contexto está associado à exclusão social e à deterioração das condições de saúde" (Ibid., p. 19)

As inovações tecnológicas reduzem riscos em determinadas ocupações, enquanto aumentam e até criam adoecimentos em outras. Percebe-se o aumento das doenças relacionadas ao trabalho estreitamente relacionado aos modos de organização do mesmo, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); estresse e fadiga física e mental e outras, exigindo pesquisas com vistas à intervenção adequada. O aumento de casos de doenças ocupacionais, dentre os dados registrados pela Previdência Social, de 1992 a 1998, deu-se às custas de LER/DORT, apesar da subnotificação. Dados coletados em serviços de saúde demonstram que essas pessoas são em sua maioria mulheres jovens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 a).

No Rio Grande do Sul, ainda que apenas parcialmente implantado, o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST) registrou até junho de 2002 um total de 4.800 agravos relacionados ao trabalho, em cerca de 120 municípios de todas as regiões do estado, sendo 91% de acidentes do trabalho e 9% de doenças relacionadas à atividade produtiva. "Destacam-se os agravos ocorridos nos setores agrícola, de fabricação de calçados, construção civil e serviços de saúde" (SES, 2002, p.2). Essa superioridade numérica de acidentes em relação às doenças do trabalho, provavelmente se origina da maior dificuldade de

reconhecimento das mesmas. Porém o desocultamento dessa situação não dependerá somente da implementação do sistema de informações, mas principalmente de uma profunda mudança de concepção da relação saúde-trabalho-doença.

Nos *Observatórios de Acidentes e Violências* do SIST relativos aos serviços de urgência e emergência de 15 hospitais gaúchos os acidentes de trabalho, típicos e de trajeto, foram a primeira causa de acidentes no estado, dentre as 8 500 ocorrências registradas de novembro de 2001 a maio de 2002 (Ibid., p. 3).

Além do grande número de trabalhadores que estão sem trabalho regularmente remunerado em nosso país, a informalidade reduz as possibilidades de receberem uma atenção qualificada, em termos de seguridade social. Segundo dados do ano de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população empregada com carteira de trabalho assinada, em 1999, era de 19,6 milhões de trabalhadores e a população ocupada - incluindo empregados sem carteira, estatutários, domésticos e autônomos – totalizava 71,6 milhões de trabalhadores. Assim, a cobertura da notificação de acidentes e doenças do trabalho à Previdência Social, através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), fica restrita a um pouco mais de um quarto dos trabalhadores (BAHIA, 2002).

Todos esses dados somente vêm corroborar a urgência da intervenção adequada, em busca de melhores condições de saúde no e do trabalho em nosso estado.

4.1 Um processo sujeito à dinâmica dos atores locais

Pode-se dizer que a vigilância em saúde do trabalhador encontra sua força em parte no amparo legal, sendo reconhecida a partir dele como uma instituição oficial de controle do Estado sobre cidadãos e estabelecimentos, e em parte pela força da prática desenvolvida pelos atores sociais envolvidos trazendo, em seu bojo, além da informação oficial/legal, as

possibilidades de exercício de cidadania e construção social, na medida em que associa ao poder coercitivo do Estado a negociação/articulação proporcionada pela ação política dos movimentos sociais, inclusive de trabalhadores organizados em seus sindicatos.

Os documentos legais que instituem a política de saúde do trabalhador no SUS e que oficialmente habilitam a ação de vigilância dos ambientes e processos de trabalho estão muito bem expostos no *Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Uma coletânea da legislação e de instruções normativas que a organizadora⁵ apresenta no Anexo 2 do *Manual* serve como referência a ser consultada pelos serviços de saúde. Ali podemos encontrar um acervo de portarias do Ministério da Saúde, acrescidas de várias outras do Ministério do Trabalho e Emprego, que podem ser utilizadas pela saúde, assim como algumas portarias interministeriais, envolvendo as pastas da saúde, do trabalho e da previdência, com conteúdos direcionados ao cuidado com a saúde dos trabalhadores, evitando riscos, tratando da assistência aos acidentados, do repasse financeiro para a área da saúde. No entanto, nenhuma, até o momento, define claramente a realização da vigilância dos processos e ambientes de trabalho, de modo a possibilitar que a ação aconteça com suficiente amparo legal, efetivada pela esfera administrativa municipal - ou estadual, quando for o caso - com a participação de representantes de trabalhadores.

A legislação nacional - e as normas operacionais dela decorrentes - até hoje instituída para a ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho alcança em parte o espírito da reforma sanitária, ao contemplar as bases teóricas, ideológicas e metodológicas pelas quais técnicos e trabalhadores têm lutado já algum tempo e que vieram confluir no nascimento do SUS. Condiz com este na definição das linhas gerais de ação, mas passa atribuições a estados e municípios sem dispositivos consistentes que os capacitem para a ação e, até o final do ano de 2003, não apresentaram espaços para discussão mais ampla, avaliação e redefinições, como

⁵ Obra organizada por Elizabeth Costa Dias, com a colaboração de Idelberto Muniz Almeida e outros - este um dos introdutores no Brasil de abordagens relevantes não só para a investigação como para a prevenção de acidentes de trabalho. Sobre este aspecto ver Binder (1996).

seria, por exemplo, a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que tem sido adiada desde 2002.

Na verdade, com relação ao binômio saúde-trabalho, certamente vamos encontrar legislações e normas muito mais antigas que as do SUS e que, de certa forma, chegam a conflitar com a legislação atual, conforme demonstra Lenir Santos (2000), gerando um aparente conflito de competências. Para a autora, sendo mantida na lei a competência

privativa da União em organizar, manter e executar a inspeção do trabalho, ao mesmo tempo em que é conferida às três esferas governamentais através do SUS, a tarefa de executar ações e serviços de vigilância em saúde do trabalhador requer

tornar os dois comandos constitucionais conciliáveis entre si, conferir-lhes uma compatibilidade (...) se deve reinterpretar os conceitos, até tão pouco tempo em vigor no nosso ordenamento jurídico, da inspeção do trabalho, integrando os princípios, interrelacionando preceitos e harmonizando textos para ajustar a vontade do constituinte de garantir ao indivíduo o direito a uma vida saudável, protegendo-o dos riscos do processo produtivo, mediante o respeito às normas de saúde voltadas para o ambiente de trabalho. (SANTOS, 2000, p. 19)

Assim, para Lenir Santos, mesmo que o conteúdo escrito na lei ainda não tenha sido ajustado, a sua interpretação estaria tanto mais adequada quanto mais próxima da realidade vivenciada, tantas e tantas vezes transformada pela ação dos atores sociais.

Esta não tem sido a postura de alguns juízes, como no caso da medida liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1893-9, proposta pela Confederação Nacional da Indústria (CNI), discutindo a constitucionalidade da Lei nº 2702/97 do Estado do Rio de Janeiro ou da situação semelhante vivenciada em Porto Alegre, com outros atores sociais, no caso a Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul (FIERGS), contestando o Código Municipal de Saúde, instituído pela Lei Municipal 395, também através de uma ADIN, julgada procedente pelo tribunal gaúcho.

No início da coleta de dados para o presente estudo, em março de 2003, foi encontrado no serviço municipal de saúde do trabalhador de Porto Alegre, mais precisamente no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), um grupo de técnicos preocupados e, de certo modo, sem rumo, com relação ao trabalho de vigilância: sob o efeito da liminar que favorecia a ADIN, vigente desde o final do ano anterior, questionavam não só as formas de dar continuidade às ações de vigilância dos processos e ambientes de trabalho, mas a própria identidade do serviço pelo qual eram responsáveis, já que exerciam há alguns anos os poderes da vigilância e obtinham bons resultados nas intervenções diretas nos ambientes de trabalho e entendiam como um retrocesso ocupar-se somente da assistência e da vigilância epidemiológica.

Os técnicos reconhecem na ADIN o embate próprio do campo em que atuam, onde as ações que provocam de algum modo o fortalecimento do poder dos trabalhadores sobre o mundo do trabalho despertam reações do empresariado em defesa da manutenção do *status quo*. Explicam, em parte, a ADIN a partir da interferência efetiva que faziam no local de trabalho.

Durante muito tempo o Centro de Referência funcionou aqui, capenga, podemos dizer (...) teve um período que o Centro de Referência funcionou com um engenheiro e dois médicos e essas fiscalizações elas eram esporádicas e quando começou novamente, que foi na época em que nós entramos, é que começou a atuar em empresas maiores. Existia um projeto que foi trabalhado, isso antes de nós entrarmos (...) nunca houve fiscalização sistemática em grandes empresas, sempre era em empresas menores, então, isso é a consciência que a gente tem, no momento em que nós passamos a incomodar... aí veio a ação. (D., técnico)

Foi quando começou esse negócio que a gente começou a denunciar e que o CEREST [modo de se referir ao centro de referência] começou a atuar junto com a gente. No caso a própria A.V. (empresa) deve ter consultado essa, a FIERGS (...). Dificuldade dos empresários, ninguém quer gastar por conta. Eles preferem fazer uma rotatividade do trabalhador, que investir (...). Esse negócio de LER/DORT é uma grande rotatividade que dá, justamente por causa disso aí, colocam pra rua, pegam outro (...). Então, depois que começamos a atuar nessa área aí, o pessoal já começou a falar com a federação, com essa FIERGS. (N., sindicalista)

Para alguns entrevistados, a ADIN fez ver a importância do que faziam e provocou questionamentos e dúvidas:

A gente vai tentando fazer, vai tentando descobrir a prática mesmo, mas não começa a questionar muito. Quando começou a confusão toda de que a gente perdeu, aí que a gente começa a ver. Ah, realmente, vê a diferença e porque, realmente, é uma coisa... que está sendo observado (...). Então, daí que a gente começa a questionar a importância... como é necessário mesmo. (...) Agora sinto bastante falta de ver os ambientes de trabalho, para tratar as pessoas. E isso, assim, não que não dê para tratar, mas é bem mais fácil o tratamento, quando tu sabes, quando tu tens a imagem de como é que são os ambientes de trabalho, de como é que as pessoas estão trabalhando. E isso é bem difícil, a gente vê que o trabalho pode ser bem melhor quando se faz a vigilância. (H., técnica)

(...) não sei, como as coisas mudam, se nós voltássemos a fazer, se seria seguido exatamente isto (...) [disse isto mostrando o fluxograma que utilizavam à época da interrupção das vigilâncias]. (M., técnico)

Diferentemente da ação feita pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), através das Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs), no SUS a vigilância dos processos e ambientes de trabalho, além de ser descentralizada, passa pela diretriz do controle social, potencializando não só a ação coletiva da classe operária, mas também de diversos movimentos sociais que dirigem suas forças emancipatórias para um maior equilíbrio social.

No entanto, parece que, na sua grande maioria, a população ainda considera a fiscalização dos ambientes de trabalho como competência exclusiva do MTE, desconhecendo a proposta da vigilância em saúde do trabalhador.

Essa concepção está relacionada à carência de poder político do trabalhador sobre o mundo do trabalho e remonta historicamente à regulamentação das relações de trabalho e da ação sindical, implantada na era getulista, que buscava favorecer o crescimento econômico capitalista (IOKOI, 1989). Ao mesmo tempo, a cultura política referente à cidadania foi, por muito tempo, bastante restrita, levando à expressão *cidadania regulada*, que consiste "numa cidadania embutida na profissão, pela qual os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que o indivíduo ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei" (VIANNA, 1989, p. 9). Assim, as dificuldades atuais em conceber de forma diferente a inspeção do trabalho, além de localizar-se no conflito capital-trabalho, estão mais profundamente

vinculadas à raiz do conflito entre Estado e Sociedade Civil e na forma de constituição da cidadania em nosso país.

Os diferentes discursos que permeiam a relação saúde-trabalho foram observados por Nardi (1999) que, traçando um paralelo entre a abordagem preexistente ao SUS e a atual proposta de saúde do trabalhador, demonstra que esta traz consigo os avanços da inter e transdisciplinaridade, da conjunção técnico-política e uma proposta de transformação social. Em seu estudo mostrou que a forma discursiva centrada no modelo médico, na valorização do técnico em detrimento do saber dos trabalhadores e na culpabilização destes pelo adoecimento ainda é relevante entre os técnicos que fiscalizam os ambientes de trabalho e os que fazem perícias para o sistema de seguro social.

Na verdade, a trajetória da *medicina do trabalho* (modelo centrado na atuação do médico nos locais de trabalho e adaptação do homem à atividade), passando pela *saúde ocupacional* (controle de riscos no ambiente de trabalho, em que o trabalhador continua a ser *objeto* das ações de saúde), até a constituição da área de *saúde do trabalhador* dá-se como um processo social complexo e contraditório (MENDES & DIAS, 1991). Esse processo depende em grande parte da mobilização e participação dos próprios trabalhadores, estando intimamente vinculado à constituição da cidadania e à possibilidade de existência de espaços de exercício da democracia participativa.

Não sendo objetivo deste trabalho fazer comparações entre a vigilância feita pelo CRST e a inspeção feita pela DRT, mas não deixando de apresentar os argumentos dos atores sociais envolvidos, são apresentadas algumas falas de representantes sindicais em relação à parceria com o SUS e com a DRT. Um representante sindical revela que em termos de mudanças nos ambientes de trabalho somente obteve bons resultados com a DRT, o que pode ser interpretado como demonstração da importância de um formato legal consistente:

Na verdade o Ministério do Trabalho tem pouco fiscal e não consegue fiscalizar muito. E aquela fiscalização do Ministério do Trabalho é meio complicada, ela só

vai lá, autua, pega o dinheiro e termina por ali. Não é que nem o centro de referência, que na época foi lá, autuou, mas além de autuar deu um prazo pra empresa melhorar, voltou lá pra ver se a empresa melhorou o ambiente de trabalho e a gente sabe também logo que, que deu resultado. E o Ministério do Trabalho, autua, vai uma denúncia, ele vai lá e autua, fica com a multa e terminou por ali, se a empresa não quiser, continua na mesma coisa. (N., sindicalista)

(...) tem uma prática, 'sou fiscal da DRT' e pronto, ninguém tem nada a dizer. Agora, o Centro de Referência... É tudo novo. Novo pro Centro de Referência, novo pro movimento sindical, novo pros empresários (...). Nós não conseguíamos trocar uma cadeira com o centro de referência. (...) Mas aí vai, vai uma questão de que: com quem é da DRT que tu tá conversando. Quem é, porque daí tá no indivíduo, não na instituição. No SUS a gente trabalha com a instituição. Tanto faz se for o Z., a K., o G., qualquer um dos técnicos de lá, eles vão ter a mesma formação, vão conversar com a gente, tá, na boa. Agora, na DRT, não é a instituição que a gente tá vendo. (...) São as pessoas. (S., técnica em um sindicato)

(...) essa DRT que nós temos no Rio Grande do Sul até então, e é inoperante. (...) A gente chegou, digamos assim, ao cúmulo de dizer assim: 'eu vou com aquele fiscal porque eu sei que aquele fiscal tem uma visão interessante, enquanto que eu não vou com aquela fiscal ali, porque aquela ali só dá tudo a favor dos empresários'. E é a DRT que é o órgão específico pra fiscalizar o local de trabalho! (I., sindicalista)

Assim, técnicos e representantes de trabalhadores distinguem a força da institucionalidade presente na ação de cada um deles: a universalidade e integralidade do SUS – considerado em geral mais confiável, mais acessível, porém com menor poder de coerção – e a particularidade da ação da DRT, com forte poder coercitivo sobre a empresa, feita por técnicos bem treinados, mas com iniciativa e credibilidade à mercê de características pessoais do profissional, que pode interagir ou não com os sindicatos, no sentido de fazer parceria, mesmo quando procurado por eles. Deve-se também levar em conta a história mais longa da ação da DRT, além do acúmulo que esse órgão possui na formulação de normas regulamentadoras e no treinamento de seus quadros técnicos, o que é ainda muito recente no SUS, como se verá adiante. Convém salientar que as diferenças de postura entre técnicos do SUS e fiscais da DRT provêm de concepções dominantes na área de conhecimento sobre segurança no trabalho, como mostra Almeida (2003), com base em sua experiência na capacitação de auditores fiscais do trabalho para a análise de acidentes de trabalho sob novo referencial teórico e metodológico.

Além disto, é fundamental lembrar que o arcabouço institucional sobre o qual foi construída a concepção de segurança e saúde nos ambientes de trabalho e a própria estrutura das delegacias regionais do trabalho, é proveniente de relações construídas em uma época em que "dava-se a ação combinada entre os diferentes setores do capital na estruturação de um Estado que deveria controlar as massas operárias urbanas, para limitar sua ação e articular seu apoio político" (IOKOI, 1989, p. 96).

Certamente uma definição legal mais precisa, em relação às atribuições interministeriais, que seja coerente com a nossa carta constitucional atual, colocaria em movimento tanto a interação técnico-política e intersetorial, quanto abriria os caminhos para a revisão de conceitos e capacitação adequada para o enfrentamento das condições atuais no mundo do trabalho.

Ocorre que no momento em que aspectos do mundo do trabalho, como o próprio processo produtivo, seus modos de organização, bem como os ambientes onde ele se desenvolve, passam a ser alvo de atenção da saúde, através do SUS, ampliam-se significativamente as possibilidades de intervenção, assim como de participação, visto que o sistema produtivo pode passar a ser considerado como um todo.

Diferentemente, os alvos das políticas do Ministério do Trabalho e Emprego e do Ministério da Previdência estão limitados a organizações formais e aos trabalhadores que possuem vínculo empregatício, considerando mais seus postos de trabalho do que a organização produtiva. O SUS, devido particularmente aos princípios de universalidade, gratuidade e equidade, amplia a toda a população as possibilidades de ser alvo de atenção, o que inclui na atenção integral à saúde do trabalhador toda uma gama de trabalhadores "informais", pequenos proprietários de terras, homens e mulheres, da área urbana ou rural, empregados e desempregados, inclusive crianças e adolescentes. Enfim, a partir da concepção do SUS, o Ministério da Saúde (2001, p. 17) define como trabalhadores "todos os homens e

mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia".

Partindo da observação de que o Ministério da Saúde tem se ocupado muito mais em discutir e coordenar os serviços de assistência à saúde do que em articular-se aos diversos setores públicos e privados, buscando prevenir os riscos de agravo à saúde, Lenir Santos (2000) propõe que os ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e o da Previdência e Assistência Social firmem termo de compromisso objetivando a construção de normas sobre saúde, segurança e acidente de trabalho e que, além de editar suas conclusões em portarias, as três pastas opinem em projetos de lei e decretos relacionados ao tema.

É necessário, segundo a autora, reinterpretar o conceito de inspeção do trabalho, a partir da mudança constitucional de 1988, passando este termo a designar a fiscalização das relações de trabalho - contrato de trabalho, horário, recolhimento de impostos, etc – reafirmando para esta tarefa a ação do MTE, através das DRTs, ao mesmo tempo em que se considera as questões de saúde e segurança no meio ambiente de trabalho como atribuição do SUS. Estrategicamente, Lenir Santos (Ibid.) sugere, também, que seja firmado convênio entre o Ministério do Trabalho e Emprego e os estados e municípios de modo que o agente inspetor do trabalho das DRTs e o agente da vigilância sanitária realizem ações conjuntas, conforme já recomenda a CLT em seu artigo 159.

Sabemos, considerando tudo isto, que essas ações dependem de medidas administrativas e legislativas tomadas a partir de vontade política. A proposta do SUS viu-se confrontada pela Reforma do Estado que vinha sendo posta em marcha até 2002, pois esta, apesar de propor a descentralização das ações, não estabeleceu financiamento suficiente, não iniciou qualquer processo mais efetivo de mudança no estilo administrativo do Ministério da Saúde, das secretarias municipais e estaduais de saúde, além de não definir de modo mais claro as

estratégias e/ou os instrumentos que levassem a uma publicização do espaço privado que atende o SUS. Daí que mergulhamos novamente na necessidade de articulação e luta dos setores interessados na mudança...

Considerando a importância da sinergia Estado/Sociedade Civil e a realidade latino-americana e brasileira, em que é fundamental a ação planejada de governo para a efetivação das políticas públicas, vê-se a importância da abertura dos espaços para a participação do controle social e até a promoção estratégica de momentos em que a Sociedade Civil possa realizar a articulação acima citada.

A cultura política baseada na democracia representativa tende a direcionar o debate para os órgãos estatais e de representação, inserindo-se nele somente as pessoas com atuação política mais definida. Isto pode dificultar processos de mudança na estrutura pública responsável pela *policy* no seu âmbito mais central, gerando contradições que são fortemente sentidas nos locais de implementação, como temos visto no caso do impedimento da vigilância aos processos e ambientes de trabalho no município de Porto Alegre.

Concretamente, apenas nos dois últimos anos, pode-se observar um movimento de abertura no Ministério da Saúde, por exemplo, pelos seminários promovidos na área de saúde do trabalhador e pelo estímulo dado ao desenvolvimento dos conselhos de saúde, através de alocação de recursos para realização de encontros com uma metodologia participativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b). No entanto, pode-se considerar estas iniciativas ainda muito tímidas.

Em novembro de 2003 foi iniciada uma discussão sobre a inter-relação entre saúde e trabalho, com acesso aos movimentos populares e sindicais e para os trabalhadores de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). No encontro, enquanto entidades representativas de trabalhadores adoecidos pressionavam em direção à necessidade da intersetorialidade entre previdência, trabalho e saúde, a força do contexto institucional determinava uma extrema

dificuldade de interação, por conta de questões corporativistas dos trabalhadores públicos e da dificuldade de mudar uma estrutura governamental até certo ponto incompatível com a proposta constitucional cidadã de 1988.

Enquanto isto, o Projeto de Lei 1.011, de autoria do Deputado Roberto Gouvêa (reedição do Projeto de Lei 1.377, do Deputado Eduardo Jorge, arquivado em 2002), que retorna ao debate, parece contemplar, quase totalmente, as demandas dos movimentos sociais e dos técnicos interessados em mudanças para a área de proteção à saúde do trabalhador (PÈREZ, 2003). Resta averiguar se a matéria está sendo suficientemente discutida pela população interessada, de forma a contribuir para a conformação da cultura democrática, que só pode ser constituída na medida em que as pessoas estão inseridas nos debates sobre as questões que definem os rumos de suas vidas.

De todo modo, as ações de vigilância em saúde do trabalhador a serem realizadas pelo setor saúde condizem com a concepção do Estado voltado ao desenvolvimento humano e social, que deve contemplar em suas políticas públicas aspectos que certamente não serão desenvolvidos, se deixados à mercê da auto-regulação do mercado. Neste sentido, o SUS se configura como possibilidade de construção de cidadania e de ampliação de direitos dos trabalhadores, no caminho inverso das iniciativas de flexibilização (des-regulamentação) das relações de trabalho e de precarização dos direitos dos trabalhadores.

4.2 Da prática à norma: uma longa caminhada

Dois pontos fundamentais devem ser considerados a fim de que possamos lidar com a complexidade do tema saúde do trabalhador: a necessidade do resgate, junto aos trabalhadores, do saber acumulado por eles sobre o seu trabalho, os riscos e as conseqüências para a saúde; e a criação de uma abordagem filosófica, antropológica e sociológica da questão

saúde/trabalho, em busca do resgate do papel do trabalho na vida dos homens, para além do fator puramente econômico, “de modo a permitir que o trabalhador, que constrói o progresso, possa partilhar plenamente de seus frutos” (DIAS, 1994, p. 154).

Uma mudança nascida pela força do embate da sociedade sobre as questões que lhe dizem respeito, pode ser observada fazendo um breve inventário da inserção das práticas de saúde do trabalhador no SUS. Acompanhando um pouco mais a sua trajetória de oficialização, e aqui se inclui a vigilância dos processos e ambientes de trabalho, percebe-se que a participação de técnicos e, principalmente, dos trabalhadores organizados, que vêm a compor no setor saúde as instâncias de controle social, garante a legitimidade desse processo de transformação que é o SUS.

A evolução das concepções sobre a relação saúde e trabalho passou necessariamente pela mobilização social e pela construção de conceitos que levaram a novas formas de organização dos serviços. Em 1984, delineava-se o conceito de saúde do trabalhador na esfera pública. Nogueira (1989) refere o reconhecimento da OMS quanto à importância da proteção à saúde dos trabalhadores principalmente dos países em desenvolvimento e das faltas geradas pela dicotomia existente entre a saúde ocupacional e a saúde pública. Nasce assim, por parte da OPAS/OMS, a proposta da inserção da saúde ocupacional na política de saúde dos países latino-americanos, através da “rede geral de saúde”, buscando superar as limitações da atenção aos trabalhadores adoecidos por diversas formas de trabalho, ampliando a compreensão sobre o adoecimento, não se restringindo ao elenco de doenças profissionais já conhecidas e favorecendo o acesso dos trabalhadores de pequenas e médias empresas e do trabalhador rural a serviços e ações de proteção à sua saúde. Para o autor, apoiado em Sandoval (Ibid, p. 226), a estratégia de desenvolvimento adotada por “países em desenvolvimento” gerou marginalização de grupos populacionais, aumentou o risco para os

trabalhadores e favoreceu a cobertura de saúde e das ações de prevenção somente a um grupo reduzido da população economicamente ativa.

Várias iniciativas, contando inclusive planos-piloto anteriores a esta proposta da OPAS, revelaram-se eficazes na proposta de saúde ocupacional integrada à rede pública, mas não sobreviveram por muito tempo. Na avaliação de Nogueira (Ibid), quase todos os projetos frustraram-se por divergências na condução política. Aproximadamente entre 1974 e 1984 foram criados e encerrados diversos planos-pilotos, dentre eles, o do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda; o do Centro de Saúde da Secretaria do Município de Londrina, no estado do Paraná; o do Hospital Souza Aguiar, da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; o do Centro de Saúde do bairro de Cangaíba, em São Paulo, o plano elaborado pela Secretaria da Saúde do Município de Campinas, que não chegou a ser implementado, também por questão política.

A partir de 1984, conforme Costa et al (1989) foram postos em prática com mais efetividade um novo projeto em Campinas, os programas de Salto, no ABC, Bauru, Baixada Santista, Vale do Ribeira e da Zona Norte, São Paulo. Para os autores, o insucesso daqueles primeiros planos deu-se principalmente pela falta de participação dos trabalhadores, pela fraca organização sindical na área da saúde, pela falta de clareza da sociedade quanto à “falência” das políticas patronais e do próprio regime militar e porque as políticas públicas nessa área ainda permaneciam, prioritariamente, sob o jugo dos interesses do capital. Ao mesmo tempo, estas experiências posteriores desenvolveram-se devido ao “alargamento do espaço democrático conquistado pelas lutas dos trabalhadores” e à percepção da ineficácia das políticas públicas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, que através de dados subnotificados e de uma estrutura pública perpassada pelo interesse de mercado, davam a falsa idéia de melhoria das condições de trabalho (Ibid, p. 20). Porém, ainda fazia-se notória a falta de formação adequada dos profissionais para lidar com a relação saúde/trabalho.

Cabe destacar a luta dos trabalhadores no salto de qualidade que foi obtido nesse processo que toma fôlego realmente a partir da democratização do país. Dias (1993, p. 148) aponta a importância da criação do DIESAT, em 1981, e o apoio técnico que propiciou aos trabalhadores, assim como a busca dos sindicatos por assessorias comprometidas com o resgate do “saber operário”. A formação do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho, ligado à CUT, em 1990, também foi fator de fortalecimento e organização do movimento sindical. Para a autora, a contribuição dos sanitaristas foi também fundamental, pelo desvelamento de problemas e novas formulações conceituais, de modo que, junto aos trabalhadores, foram atores sociais marcantes na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1986, e na formulação de propostas para a Assembléia Nacional Constituinte de 1987.

É assim que, calcada numa prática inovadora, nasce a Saúde do Trabalhador como política pública, mas que vem construindo um lento e árduo caminho. Foi somente em março de 1997 que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 220 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), recomendou ao Ministério da Saúde que fizesse publicar, de modo simultâneo, portarias que instrumentalizassem o SUS para ações em saúde do trabalhador e, em 1998, aconteceu uma definição maior do que deveria vir a constituir, dentro do SUS, a política de atenção integral à saúde do trabalhador.

Com uma prática instituída/instituinte alguns estados, principalmente São Paulo, Bahia e Minas Gerais, além do Rio Grande do Sul, são chamados a contribuir na construção das normas, que resultam na *Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador* e na *Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST/SUS)* (BRASIL, 1998a, 1998b). O Rio Grande do Sul levou a sua contribuição através da participação de profissionais ligados ao Centro de Referência de Porto Alegre.

(...) a NOST foi construída com os estados e com as equipes, com as coordenações de saúde do trabalhador nas suas diferentes experiências. É o que mais nós tínhamos

aqui no Rio Grande do Sul - porque a maioria era ou da academia, ou eram os mestres e doutores na área de saúde do trabalhador - e Porto Alegre ia muito por conta da experiência. A gente sempre compôs esse cenário nacional por conta da experiência. (T., técnica)

Na Instrução Normativa (BRASIL, 1998a) está definida a importância da participação dos representantes dos trabalhadores, pois a vigilância em saúde do trabalhador "ultrapassa o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional. (...) Pressupõe uma rede de articulações que passa, fundamentalmente, pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação". Ao mesmo tempo, está explícita a necessidade de aprimoramento da norma, "com a maior brevidade", na medida em que for utilizada pela rede de serviços, devido ao fato de ser a "primeira de uma série de publicações normativas e orientadoras" específica em saúde do trabalhador.

A Instrução Normativa elenca os passos a serem seguidos durante a vigilância dos processos e ambientes de trabalho. Assim, as orientações colhidas das práticas desenvolvidas em diversos estados hoje retornam na forma de normatização oficial, de um modo geral, para a orientação dos técnicos e trabalhadores que passaram a fazer a vigilância, como explica um técnico:

A instrução normativa, ela é quase como um roteiro de vigilância. Ela tem uma seqüência de eventos que deve ser seguida. A decisão de como fazer o reconhecimento do local é por meio do relato de quem lá trabalha. O objetivo dessa conversa prévia com o sindicato ou com quem lá trabalha é, antes de entrar, saber o *lay-out* do lugar e fazer o roteiro de inspeção. (R., técnico)

Cabe destacar que a NOST-SUS (BRASIL, 1998b), editada três meses após a Instrução Normativa, define as ações a serem realizadas pela União, estados e municípios e, em seu artigo décimo, recomenda a criação de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), "com a participação de entidades que tenham interfaces com a área de saúde do trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de

assessorá-lo na definição das políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador".

Sabe-se da importância do controle social e da ação técnico-política planejada para a efetivação da vigilância em saúde do trabalhador, sendo a CIST um espaço privilegiado de interação entre os atores sociais.

Buscar a proteção e a promoção da saúde nos ambientes de trabalho significa mexer nos modos de produzir, no setor formal ou no informal, guiado por um projeto de desenvolvimento que dê conta dos aspectos humanos, o que certamente colide com o modo tradicional de pensar e fazer o desenvolvimento.

O conjunto dos documentos legais que embasaram a ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho feita pelo CRST até 2002 pode ser visto no Anexo C.

Os técnicos estaduais, apesar de ainda não terem em mãos o Código Estadual de Saúde, visto que este tramita na Assembléia Legislativa desde meados de 2002, utilizam as mesmas leis e normas citadas acima e, como o Código Sanitário do estado, datado de 1977, não está adequado às novas propostas de saúde, os técnicos valem-se da Instrução Normativa para adentrar os ambientes de trabalho acompanhados de representantes dos trabalhadores. As normas utilizadas para vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, que já estão consolidadas, tem sido um importante suporte no momento das ações de vigilância dos processos e ambientes de trabalho, mas é preciso ainda definir e normatizar aspectos cruciais. Exemplos: o uso de derivados do benzeno, como lidar com agrotóxicos, a proibição do uso do amianto, etc.

Podem-se considerar válidas, ainda hoje, as observações feitas por Leticia Nobre, sobre as ações realizadas em âmbito nacional, no Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, promovido pelo Ministério da Saúde, em meados de 1999. Nobre (2001) considerou a área de saúde do trabalhador como instituinte de práticas inovadoras na atenção integral à saúde,

porém com alguns nós críticos a serem estrategicamente abordados: (i) a dificuldade de integração dos centros e unidades de referência com os demais serviços de saúde pública e a não compreensão destes de que o trabalho possa ser um determinante do processo saúde-doença; (ii) escassas ações de vigilância em saúde e de vigilância da qualidade da atenção à saúde, com um mínimo de intervenção nos serviços de saúde, sejam públicos ou privados; (iii) o exercício da intersetorialidade, que, apesar da interação com diversos setores, tem uma séria dificuldade com o setor de Meio Ambiente; (iv) necessidade de critérios e mecanismos de financiamento para a Saúde do Trabalhador pelas esferas públicas federal, estadual e municipal; (v) efetivação da fiscalização e regulação pelo controle social, bem como ampliação do mesmo; (vi) formação de recursos humanos.

Assim, apesar de práticas diferenciadas acontecerem em diversos estados, não chega a se constituir uma rede estadual de atenção integral à saúde do trabalhador, ou mesmo uma rede local, no SUS, com estratégias de referência e contra-referência, com uma visão de vigilância da saúde e com controle social.

Em âmbito nacional a proposta da rede apareceu na Portaria nº 1.679, de 18 de setembro de 2002 (BRASIL, 2002a) e na Portaria nº 656, de 20 de setembro de 2002 (BRASIL, 2002b). A primeira dispõe sobre a estruturação da *rede de atenção integral à saúde do trabalhador* no SUS (RENAST), propondo os centros de referência em saúde do trabalhador, responsáveis pela articulação entre assistência e vigilância, financiados pelo Ministério da Saúde. A portaria define as atribuições e ações dos centros de referência, que podem ser estaduais ou regionais, a população abrangida e a equipe mínima, que deve ser multiprofissional.

A segunda portaria citada estabelece as normas para cadastramento e apresenta três estados com centros habilitados: na Bahia, um centro estadual; em São Paulo, um estadual e cinco metropolitanos, todos na capital; e no Rio Grande do Sul, um metropolitano e dois regionais, em Porto Alegre, Ijuí e Santa Cruz do Sul. Posteriormente mais quatro centros são

cadastrados no estado e o de Porto Alegre fica classificado como "regional c". A portaria propõe o desenvolvimento de "projetos estruturadores" a serem executados pela RENAST, com a definição de cinco áreas prioritárias de ação: problemas de saúde coletiva e ambiental relacionados ao uso de agrotóxicos; acidentes do trabalho fatais e graves; LER/DORT; problemas de saúde coletiva e ambiental relacionados com a exposição aos metais pesados e solventes orgânicos; e pneumoconioses. Os critérios de escolha das áreas de intervenção foram: (i) a dimensão do contingente de trabalhadores atingidos; (ii) a gravidade do agravo produzido; e (iii) a repercussão em outros segmentos populacionais, não diretamente expostos.

Nas áreas citadas acima é grande a organização da comunidade, através de associações de portadores de problemas relacionados à exposição a fatores de risco, ou grupos organizados que lutam por um desenvolvimento que integre aspectos econômicos, ambientais e humanos, tal como se concebe neste estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Esses grupos tensionam as relações políticas, pressionando o setor público para a ação, demonstrando que o desenho da *policy* vai além de um Estado organizado e que uma das formas de equilíbrio entre o princípio da comunidade e o do Estado - que pode chegar a atingir os excessos do princípio do mercado - pode dar-se na dinamicidade das oposições provenientes do exercício da cidadania.

Quando a RENAST foi editada, o processo de regionalização por *Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador* (CRRSTs) no Rio Grande do Sul já caminhava a passos largos, principalmente por conta do estímulo do projeto político do governo estadual e o engajamento dos representantes de trabalhadores, em diversos pontos do estado.

Unidades responsáveis pela interação entre assistência/vigilância, produção/aplicação de conhecimento, coleta de dados/avaliação, planejamento/prática na relação saúde-trabalho, os Centros de Referência foram idealizados para o Rio Grande do Sul, a partir da experiência de São Paulo e da Bahia, e aqui assumiram uma característica diferenciada: a de regionalizar a

atenção à saúde numa rede hierarquizada, composta de modo a atender o estado como um todo e implementar as ações em acordo com as características regionais e locais, desenhando estratégias a partir do perfil produtivo de cada lugar. Os centros gaúchos contam com conselho gestor do serviço, respaldado nos conselhos de saúde estadual, regionais e municipais e em suas comissões de saúde do trabalhador. Com isso, foram criadas condições para o controle social contido na proposta do SUS, o que, de certo modo, garante a continuidade da política de atenção integral à saúde do trabalhador, que não fica completamente exposta às possíveis diferenças de concepção dos diversos governos que se sucedem no exercício do poder no estado.

4.3 A vigilância dos processos e ambientes de trabalho no RS (1999 a 2002)

4.3.1 Do centro de referência municipal à ação estadual

No estado do Rio Grande do Sul, as primeiras ações de vigilância de processos e ambientes de trabalho aconteceram no município de Porto Alegre, sob a gestão do Partido dos Trabalhadores, a partir do final do ano de 1992, através do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).

Conforme informações obtidas junto aos entrevistados, a vigilância era feita por um médico, uma enfermeira e um engenheiro contratado. Desde o início, a ação foi vinculada aos sindicatos, que puxavam esse movimento desde o centro do país.

O centro de referência de Porto Alegre, ele foi assim, ele partiu de uma demanda do movimento sindical. Principalmente os metalúrgicos foram os maiores colaboradores na construção, na própria efetivação de recursos humanos. Muitos dos técnicos que vieram pro centro de referência de Porto Alegre eram assessores do Sindicato dos Metalúrgicos, ou médicos do trabalho, que fizeram uma opção de trabalhar com o movimento sindical. Então esse grupo de trabalhadores, médicos, psicólogos e enfermeiros, naquela época, estruturaram junto com o movimento sindical a proposta pro centro de referência de Porto Alegre. (...) E quando surgiu o centro de referência, ele já surgiu com a estruturação da assistência, da vigilância, da educação em saúde e com Conselho Gestor.(T., técnica)

Então, na época, não era isolado este trabalho daquele sindicato, existiam outros sindicatos, existia todo um movimento desde a década de 80. Existiam vários sindicatos que se preocupavam, que tinham como bandeira esta questão da saúde do trabalhador. Até porque as doenças estavam se acumulando e não eram diagnosticadas, não eram encaminhadas. Era uma tentativa de se começar... se começou em 80, praticamente, a tentativa de começar a levantar estas questões que era, assim, perda auditiva, o início das primeiras LER/DORT, no Pólo [Pólo Petroquímico gaúcho], o risco de leucemia (...) Já existiam na Bahia alguns casos dentro do pólo. Existia um movimento nacional. Existia um departamento intersindical de saúde do trabalhador que se chamava DIESAT, que era ligado a alguns sindicatos: sindicato dos químicos de São Paulo, sindicato dos bancários de São Paulo, alguns sindicatos do ABC, metalúrgicos. Então, tinha todo um movimento nacional que trouxe a questão da saúde do trabalhador. Não só a vigilância, também o diagnóstico das doenças. As duas coisas, acho que até a gente tentou fazer junto isto. Nunca houve uma separação, eu creio, aqui nunca houve. A gente fazia o diagnóstico que era atendimento médico com diagnóstico da situação do trabalhador, ao mesmo tempo em que fazia vigilância do local de trabalho ou tentava alguma forma. (G., técnico)

O entrevistado acrescenta que na secretaria de saúde municipal da época foi organizada uma equipe de trabalho para implementar a política municipal de saúde do trabalhador. Esta equipe atuou junto com os sindicatos e outros grupos e órgãos interessados, realizando momentos de discussão sobre a política de saúde do trabalhador no município; houve trocas com o DIESAT, com os centros de referência de São Paulo e da Bahia e com uma central de trabalhadores italianos, que, segundo o técnico, desde a década de 80, além de trazer a proposta do modo de organizar a atenção em saúde, financiou alguns projetos em São Paulo e na Bahia. Quando foi fundado o CRST de Porto Alegre todas essas influências estavam presentes e, no contexto da saúde, buscava-se a implementação efetiva do SUS. Assim como na Bahia, aqui havia o apoio da universidade.

No Rio Grande do Sul, no início da década de noventa, as idéias proliferavam inclusive no governo do estado, que criou o Centro Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador (CIAST), também havendo a participação dos trabalhadores e iniciando vigilâncias dos processos e ambientes de trabalho. Com o tempo, este serviço passou a fazer mais a assistência aos trabalhadores adoecidos e até hoje mantém algum tipo de atendimento, numa unidade de saúde de Porto Alegre, mas não mantém as ações de vigilância, nem relações com o CRST. As razões desse quadro não são objeto deste estudo, mas de um modo geral estão

relacionadas com a falta de apoio institucional à iniciativa dos técnicos que fundaram o CIAST, amparado no conhecimento de poucos atores sociais, ao mesmo tempo em que, distanciado ideológica e politicamente dos atores que historicamente lutavam pela implementação da saúde do trabalhador, não teve apoio político significativo das bases sindicais.

Como foi citado anteriormente, o conselho gestor do CRST de Porto Alegre foi criado junto com o serviço, consolidando a participação dos sindicatos, tanto na organização do mesmo, quanto na vigilância.

Uma grande maioria no início do serviço era os sindicatos. Os sindicatos participavam muito, a gente teve, assim, na primeira reunião do conselho gestor (...) eu acho que tinha uns trinta sindicalistas. Em 93, por aí, 92. Porque já se formou dentro deste princípio (...) como era um serviço novo e vinculado ao SUS e o SUS sempre tinha preconizado isto, que deveria ter um conselho (...) o meio propiciava também. Porque o pessoal tinha interesse em participar (...). Estes sindicalistas nunca foram figuras, assim, de ficar só mesmo (...) eles queriam atuar, queriam determinar. E como o governo era petista e o Olívio era um sindicalista e o Olívio sempre deu muita... muita guarida, vamos dizer, aos sindicalistas... e o pessoal sempre participou, não existia nenhuma... interferência do município ou do gestor municipal. Ao contrário, tinha sempre o incentivo. Então foi muito rico o início. (G., técnico)

É, Porto Alegre, além da cidade ter uma história de participação popular e dos trabalhadores, a Central Única dos Trabalhadores, a CUT, na época tinha um movimento muito forte em defesa da saúde do trabalhador e de discutir com o gestor a estruturação do centro de referência e tinha sindicalistas, naquela época, extremamente atuantes na área de saúde do trabalhador. Então isto determinou o movimento pró-saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul. (T., técnica)

Os entrevistados sustentam que a proposta de saúde do trabalhador fundamenta-se no Modelo Operário Italiano e mantém princípios que são coerentes desde o início com a proposta do SUS, reconhecendo na efetivação do mesmo a importância dos movimentos sociais e sindicais e de trabalhadores de saúde.

(...) a Itália tem o chamado modelo operário italiano. Isto é desenvolvido na Itália, em nenhum outro lugar, porque havia toda uma participação dos trabalhadores no diagnóstico das situações, dos riscos, dos agravos, nas doenças. Eles têm todo um longo histórico disto e o movimento sindical se apropriou disto(...) junto com o pessoal da saúde pública, do SUS deles lá, assistentes sanitários que eles tinham, (...) e aperfeiçoou esse modelo operário italiano. E então utilizavam muito isto, eles faziam fiscalizações, o que a gente tentou fazer aqui e de alguma forma fez, utilizando informações dos trabalhadores, né. (...)Utilizando esta metodologia que é muito difícil, né. A gente fez com o desejo de ter um grau assim... que aí entra também a questão da cidadania, da consciência, da apropriação das coisas. Então um

dos *slogans* desse modelo sempre foi não delegar as coisas aos técnicos. (G., técnico)

O Modelo Operário Italiano (MOI) configurou-se em uma importante via de estudo da relação trabalho-saúde, que teve uma extraordinária força nos anos setenta, na Itália. Tornou-se a proposta metodológica mais provada no terreno da investigação-ação, por ter sido um instrumento prático usado por milhares de trabalhadores para investigar as condições de trabalho e lutar pela sua transformação. A força do movimento operário italiano naqueles anos foi fundamental para sua aplicação, obtendo a ampliação da possibilidade de reivindicação operária.

Quatro conceitos dão suporte a esse método de produção de conhecimento-ação: o grupo homogêneo, a experiência ou subjetividade operária, a não-delegação e a validação consensual. O processo parte da observação espontânea dos operários de certo local - e não dos técnicos ou mesmo de representantes (por isso “não-delegação”) - que compartilham as mesmas condições de trabalho "e têm laços orgânicos entre si", constituindo um grupo homogêneo, que vai sistematizar a experiência-subjetividade, esquematizando em quatro grupos de fatores de risco, que dão conta das condições do ambiente e da organização do processo de trabalho, bem como dos efeitos subjetivos, que passam pela validação consensual, resultando na expressão da experiência coletiva. Assim, "o sujeito e o condutor do processo de investigação não é o cientista, mas o grupo operário homogêneo auxiliado pelos especialistas" (LAURELL & NORIEGA, 1989, p. 87).

No caso brasileiro, o MOI foi inspiração e, na busca de conhecer para transformar, "os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade" (MENDES & DIAS, 1991, p. 347). O processo é contraditório e lento, desigual dentro da

própria classe trabalhadora, dependendo de como é a sua inserção no processo produtivo, no contexto sócio-político, e como tem produzido sua história na luta pela saúde.

Assim, no CRST, a configuração dos sindicatos parceiros – que vinha aos poucos se modificando, alternando as categorias, com a adesão de novos sindicatos e o distanciamento de outros – em 1999 se modifica profundamente. Uma técnica entrevistada, que atuou no CRST e passou a trabalhar na Secretaria Estadual de Saúde, vê a mudança principalmente pela passagem dos quadros sindicais e técnicos do município para o estado, quando o Partido dos Trabalhadores assume a liderança política do estado. Na verdade, parte dos sindicalistas, representantes de movimentos sociais e técnicos que compunham um quadro politicamente ativo no município, passou a implementar em âmbito estadual muitas de suas experiências, ampliando razoavelmente esta ação, mas deixando vazios outros espaços.

No período estudado - 1999 a 2002 - a SES-RS passa a cumprir o que está disposto na legislação federal e propõe uma Política de Atenção Integral à Saúde do(a) Trabalhador(a) para todo o estado, com caráter regionalizado.

A criação da *Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador* (CPAIST) como uma das coordenações de política de saúde da SES-RS, em lugar da Secção de Saúde Ocupacional, foi fundamental para o início da implementação da saúde do trabalhador enquanto política pública de saúde, sob os princípios do SUS, no estado como um todo. Aliás, aconteceu na SES-RS um movimento no sentido de inverter a lógica dos programas de saúde para a atenção integral à saúde, focalizando não mais na doença, mas nos diferentes grupos populacionais e no fortalecimento do controle social (FERLA & FAGUNDES, 2002). A tentativa de reorganização administrativa da SES-RS e a proposta de passar o SUS do papel à prática dentro do modelo de promoção da saúde, foi conduzida por uma abordagem estratégica na gestão estadual da saúde, que pode ser vista em vários

documentos oficiais da secretaria de estado e foi publicada em boletins da própria SES, artigos de revistas e livros (JAEGER et al., 2000).

Foi criado protocolo específico para a regionalização (CPAIST, 2001) e a equipe investiu na formação de trabalhadores para atuação na área, buscando a vinculação com outras secretarias. No documento onde a equipe expressava suas intenções de trabalho para o período de governo 1999-2002, aparecia como centro a integralidade da atenção, a descentralização das ações (que passariam a ser executadas pelos municípios, cabendo ao estado alavancar o processo de implementação), a responsabilidade pela formação e a execução das ações somente em caráter suplementar (CPAIST, 2001). Houve financiamento específico para a área de saúde do trabalhador: através de convênios, a SES/RS repassou a alguns municípios gaúchos recursos financeiros e equipamentos para a implementação dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador. Também foi criada uma fração, dentro do programa de financiamento Municipalização Solidária da Saúde para contemplar, com recursos oriundos do orçamento estadual de 2001, todos os municípios com o valor de R\$ 0,54 (cinquenta e quatro centavos de real) per capita/ano, considerada a população do município com idade igual ou maior de 14 anos (Ibid.). Essa medida do governo foi ao encontro do cumprimento da função de cooperação financeira com os municípios, os quais ficaram encarregados de desenvolver as ações municipais, a partir de discussões do Conselho Municipal de Saúde. A importância do controle social pode ser observada na exigência de sua participação, feita pelo documento que oficializou o financiamento, discutindo o plano de aplicação de recursos, o plano de trabalho, com proposta de ações, metas e impacto a ser obtido, que deveriam estar em acordo com o Protocolo de Implementação da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da CPAIST/SES-RS e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2001). Este valor foi orçado, mas não foi empenhado e, por decisão tomada no Comitê de Articulação das Relações Estado-Municípios, em 2003, não foi repassado aos municípios na

forma originalmente proposta (RIO GRANDE DO SUL, 2003a). Aos mesmos serão destinados recursos através do projeto Município Resolve, criado pela gestão estadual que assumiu em 2003, que inclui diversas ações, mas não prevê, neste projeto, especificamente as de saúde do trabalhador. No entanto, continuam vigentes os objetivos de regionalizar a atenção em saúde do trabalhador, implementar a vigilância em saúde, inclusive a vigilância dos processos e ambientes de trabalho. O governo atual prevê, para o ano de 2004, em torno de R\$ 309 000,00 (trezentos e nove mil reais) mensais para os CRRSTs, em busca de incrementar a regionalização da atenção em Saúde do Trabalhador (RIO GRANDE DO SUL, 2003c). Em termos de financiamento, a esfera federal não prevê aportes diretos aos municípios, além dos que já oferece regularmente. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que atualizou a Norma Operacional Básica de 1996, não contempla a saúde do trabalhador, ficando a cargo do cumprimento da RENAST a divulgação das propostas em saúde do trabalhador. Neste sentido, os CRRSTs configurar-se-ão como elementos fundamentais na estratégia de efetivação da *policy*.

Tendo em vista que a distribuição de recursos federais e estaduais será concentrada na esfera regional, quais serão as disponibilidades de financiamento para o nível municipal? A resposta para essa pergunta passa pela atuação dos conselhos municipais de saúde e do seu entendimento da importância de uma política de atenção integral à saúde do trabalhador.

Assim como o primeiro Centro de Referência em Saúde do Trabalhador a funcionar no estado inicia com ações de âmbito municipal, também é nesse mesmo âmbito que a primeira unidade básica municipal de referência para a área foi criada. Cabe destacar o esforço conjunto entre a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul, sindicatos e movimentos sociais e secretaria municipal de saúde para a criação da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador no município de Santa Cruz do Sul (MACEDO & SANTORUM, 2000). Mesmo sem o porte de um centro de referência, tem sido

capaz de executar ações de média complexidade e/ou de encaminhamento adequado das mesmas. Inaugurada em dezembro de 2001, traz a proposta de realizar, além da vigilância epidemiológica, da capacitação da rede básica e da assistência em saúde, também a vigilância dos processos e ambientes de trabalho em âmbito municipal, objetivo ainda não alcançado, mas que se desenha no horizonte, devido ao credenciamento do centro de referência para esta região, fato que ocorreu em consequência da mobilização dos atores locais. Esta iniciativa insere-se no rol das ações promotoras de desenvolvimento regional.

Apesar da prática de gestão vigente no CRST de Porto Alegre desde 1992 os conselhos gestores de serviços, no Rio Grande do Sul, somente neste ano de 2003 estão sendo devidamente regulamentados. Estão amparados na legislação do SUS, pela Lei 8080/90 e pela Lei 8142/90, mas não há uma especificação mais clara em âmbito nacional. No estado gaúcho, em dezembro de 2003, a resolução nº 14 do Conselho Estadual de Saúde oficializou o modo de gestão dos CRRST, mas ainda é preciso aguardar a edição de portarias estaduais, nomeando os membros dos conselhos gestores - que já foram eleitos em plenárias por segmento que representam, como secretários municipais de saúde, usuários, governo estadual, trabalhadores de saúde.

Neste sentido, podemos ainda destacar a importância da Comissão Estadual de Saúde do Trabalhador, que mantém uma atuação constante no sentido da implementação dessa política. Por sua atuação, os representantes de trabalhadores e de técnicos obtiveram espaço no embate político atual, fiscalizando a implementação dos CRRSTs, propondo estratégias junto ao novo governo, garantindo financiamento para a área de saúde do trabalhador e encaminhando diversos conselheiros à XII Conferência Nacional de Saúde (CIST - RS, 2003, CES, 2003a).

Cabe também salientar, na breve história que estamos traçando, a criação do *Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador* (SIST), elaborado em 1999 pela equipe técnica da CPAIST e implantado nos municípios do Rio Grande do Sul através da atuação das

coordenadorias regionais de saúde, mais amplamente na Programação Pactuada e Integrada de 2001 (um dos instrumentos de organização e negociação do SUS). Este instrumento, usado para a vigilância em saúde do trabalhador, consta de um relatório individual de notificação de agravo (RINA), em dois modelos – um em papel e um *on-line* – e uma ficha de notificação de suspeita (FIS), a ser emitida pelo controle social. Nascidos a partir do SIST, há o *sistema de geo-referenciamento de informações* (GEO-SIST) e o *Observatório de Acidentes e Violências*. O primeiro é um sistema de geo-referenciamento que possibilita, através de página na internet a visualização, por regional de saúde e por município, dos dados obtidos no SIST e o cruzamento com dados de outros programas do sistema de informações em saúde, como o *sistema de informações de mortalidade* (SIM), o levantamento de autorizações de internações hospitalares (AIHs) e outros; o segundo faz um levantamento detalhado dos casos de agravos externos que chegam aos atendimentos de urgência e emergência, implementado atualmente em 27 hospitais gaúchos (CPAIST, 2002).

O sistema de informações, mesmo não estando em pleno funcionamento no estado todo, utiliza dados coletados pelos municípios, compondo bancos de dados estaduais de um sistema descentralizado, numa iniciativa pioneira no Brasil, que tem sido adaptada para outros estados, como é o caso do projeto de combate à violência na capital do Amapá, cujo sistema de informações foi inspirado no SIST gaúcho.

No Rio Grande do Sul, a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede em Osório, através de planejamento e ação de técnicos responsáveis pela saúde do trabalhador naquela região, criou Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador em todos os municípios, o que posteriormente possibilitou a implementação bem sucedida do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SES & CES, 2002). Nessa região, por conta da parceria técnicos/movimentos sociais, foi possível a realização de vigilância de ambientes de trabalho informal, a partir da notificação do sistema de informações. O trabalho, apresentado em 2003

no congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) recebeu menção honrosa em sua categoria (DAPPER et al, 2003).

Desse modo, o SIST, as CISTs e os Conselhos Gestores são elementos/espços de atuação técnico-política que fortalecem a política de saúde do trabalhador como um todo, inclusive a vigilância dos processos e ambientes de trabalho.

A implementação da política de atenção integral à saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul, comparada com os resultados da avaliação nacional da RENAST (Ministério da Saúde, 2002c), indica um avanço significativo no Estado nos últimos cinco anos, por conta do exposto acima, principalmente pelo processo de implementação de centros regionais, com a presença das instâncias de controle social desde os primeiros passos da negociação com os municípios-sede.

Percebe-se, assim, que ao lado de ações propostas pela administração pública e seu projeto político, é fundamental a presença e a articulação da comunidade, mas faz-se necessário que ambos objetivem a construção criativa de instrumentos que ampliem a cultura da participação. Os CRRSTs não se farão uma realidade num modelo de *vigilância da saúde* se a sua concepção não passar pela criação de espaços de promoção de *sinergia* entre o Estado e a Sociedade Civil.

4.3.2 O modo de fazer a vigilância dos processos e ambientes de trabalho no Rio Grande do Sul

Através dos depoimentos dos técnicos e dos trabalhadores podemos perceber que a implementação da vigilância dos processos e ambientes de trabalho evoluiu no interjogo dos atores sociais, em movimentos de aprendizagem, adaptação a regras e normas existentes, bem como a elaboração de novas regras: protocolos foram criados, leis editadas e projetos de lei

encaminhados, cursos oferecidos e realizados, promovendo um movimento constante de aprendizagem e de trocas efetivas com atores sociais de outros estados.

O modo como a vigilância foi organizada desde o início da década de 90 passou por várias mudanças, sendo feitas e refeitas parcerias. Foi bastante variável o grupo de sindicalistas que participou da implementação da ação junto aos técnicos do CRST. No entanto, as mudanças não desrespeitaram os princípios sob os quais o serviço foi originalmente organizado, assim como não o fizeram as diversas trocas de chefia e as mudanças no quadro funcional.

O Governo de Olívio Dutra (autodenominado de Governo Democrático e Popular) ao assumir a gestão estadual 1999-2000, era apoiado por grande parte dos sindicatos gaúchos e decidiu cumprir as demandas de saúde já amplamente discutidas pelos trabalhadores, sendo a vigilância dos processos e ambientes de trabalho uma das mais esperadas, com a expectativa de ação direta dos trabalhadores em seu próprio local de trabalho e de prevenção de agravos relacionados ao trabalho. Enquanto buscava a organização da rede, com a criação dos CRRSTs, a CPAIST definiu a atuação nas vigilâncias de acidentes graves e fatais, principalmente por reconhecer a impossibilidade de atuar em todos os tipos de vigilância de processos e ambientes de trabalho, pois além do quadro técnico não ser suficiente para atender toda a demanda, o objetivo principal era descentralizar para as coordenadorias regionais de saúde e municípios e, para tanto, era preciso centrar esforços na capacitação.

(...) foram três pontos, em relação à vigilância em saúde do trabalhador, que foi de manter a integralidade das ações, não constituir serviço estadual e se transformar de fato em coordenação da política pro estado, então, assumindo o papel intersecretarias e definindo as políticas públicas de proteção à saúde do trabalhador no Desenvolvimento, na Agricultura (exemplificando a relação com as demais secretarias). (T., técnica)

Cumprindo o dispositivo legal, na ausência dos serviços municipais, efetuaram as vigilâncias em caráter complementar. No interior do estado não havia equipes para realizar esta ação, assim, a CPAIST montava-as unindo aos seus técnicos, os das regionais e os dos

municípios. Também os representantes de movimentos populares e sindicatos estiveram presentes.

Cabe destacar aqui um elemento organizativo importante para a articulação política com os sindicatos e outros movimentos sociais, qual seja, a criação, no quadro de contratados pelo governo para compor o gabinete da secretaria de saúde do estado, do cargo de assessor sindical. O assessor, verdadeiro intelectual orgânico, vindo do movimento popular e do sindicalismo, exerceu um papel importante na formulação da política de saúde do trabalhador e atuou durante os processos de vigilância, fazendo principalmente a mediação política entre os sindicatos e o governo, com conhecimento técnico da área da saúde. Este ator, aliado à CPAIST, trabalhou intensamente para a elaboração do novo Código de Saúde Gaúcho, o qual, se aprovado, possibilitará a ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho em todo o estado, em acordo com os princípios e diretrizes do SUS. (CES;SES/RS, 2002)

Na CPAIST, a estrutura disponibilizada era a da SES-RS. Não havia equipamentos próprios, uma rede organizada para exames complementares em casos de investigação, mas havia a concepção da interdisciplinaridade, da ação intersetorial e, para tanto foram buscadas as parcerias, fundamentais para o bom desempenho nas vigilâncias. Os sindicatos eram propositores e parceiros e, no nível de governo estadual, além das Coordenadorias Regionais de Saúde, braços da Secretaria de Saúde, descentralizada em 19 regiões, atuaram a Secretaria Estadual de Meio Ambiente, a Secretaria Municipal de Indústria e Comércio de Porto Alegre, várias secretarias municipais de saúde, a polícia civil, universidades.

Na verdade, quanto à proposta geral da vigilância, não houve diferenças significativas entre a atuação do CRST e a da CPAIST, ou de um técnico para outro, mesmo considerando diversidades por conta das características pessoais, mas que não perderam a institucionalidade que já foi observada anteriormente. O trabalho em equipe multiprofissional, com caráter

interdisciplinar, a presença dos representantes de trabalhadores e a escuta dos trabalhadores dos locais investigados estiveram sempre presentes.

E daí tu vai vendo como a gente tinha estratégias diferentes. A gente seguiu um pouco o processo de aprendizado de Porto Alegre. Porto Alegre tinha vários jeitos de fazer vigilância e dependia da situação ou do que que a gente podia 'tá criando, pensando na intervenção. Por exemplo, quando a gente não tinha como fechar, ou ter uma atitude mais drástica pra modificar as condições, nós fazíamos ações em conjunto com o Meio Ambiente, que daí tinha a legislação deles e toda uma outra prática; nós fizemos ação conjunta com a SMIC, em Porto Alegre, com a indústria e comércio (...). (T., técnica)

A Instrução Normativa (BRASIL, 1998 a) definiu a metodologia para a vigilância dos processos e ambientes de trabalho de acordo com o princípio da "pesquisa-intervenção", buscando estabelecer um *diagnóstico situacional*, avaliar permanentemente os resultados e buscar as mudanças de modo a aprimorar a qualidade de vida no trabalho (Ibid.). Segundo a Instrução Normativa, as etapas devem ser todas feitas em equipe interdisciplinar, com a presença de trabalhadores.

A seguir apresenta-se a metodologia proposta na Instrução Normativa, na mesma estrutura e com os mesmos títulos dos itens com que é apresentada no documento original, resumindo-se as idéias principais:

a) *fase preparatória* - identificação da demanda e planejamento da ação. Busca-se aprofundar o conhecimento do processo e do ambiente de trabalho, através de análise conjunta com os trabalhadores da empresa⁶ e com seus representantes sindicais, considerando o saber operário. Utilizar consulta bibliográfica especializada e informações locais disponíveis acerca do caso em questão.

b) *intervenção* - a responsabilidade administrativa é da equipe da secretaria estadual ou da municipal de saúde, que se faz acompanhar pelos representantes dos trabalhadores ou por outras instituições; observar normas e legislações que regulamentam a relação entre o trabalho e a saúde, "de qualquer origem, especialmente na esfera da saúde, do trabalho, da previdência,

⁶ Foram sublinhadas palavras e expressões na instrução normativa que se avaliou estarem presentes no modo de fazer dos serviços estudados.

do meio ambiente e das internacionais ratificadas pelo Brasil" (Ibid.). Neste momento deve-se considerar inclusive o que ainda não esteja previsto em legislação, mas seja passível de causar dano à saúde, seja pela observação direta da equipe de vigilância ou por "questões subjetivas referidas pelos trabalhadores na relação de sua saúde com o trabalho realizado" (Ibid.). Os instrumentos administrativos são os mesmos usados pela Vigilância Sanitária para o registro da ação, fazer as exigências e tomar outras medidas, como por exemplo a Notificação, o Auto de Infração, etc.

c) *análise dos processos* - utilizar instrumentos que inventariem o processo produtivo e a sua forma de organização. Instrumentos metodológicos devem ser entregues no ato da inspeção para serem preenchidos pela empresa; o roteiro de vigilância é outra forma de conhecer os processos; ele é construído e aplicado pela equipe, no momento da ação.

d) *inquéritos* - a equipe interdisciplinar e os representantes sindicais e/ou dos trabalhadores, podem organizar inquéritos, para aplicar ao conjunto dos trabalhadores, a fim de conhecer a sua "percepção da relação entre trabalho e saúde, a morbidade referida (sinais e sintomas objetivos e subjetivos), a vivência com o acidente e o quase acidente de trabalho (incidente crítico), consigo e com os companheiros, e suas sugestões para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza" (Ibid.). É investigação associada à intervenção.

e) *mapeamento de riscos* - podem ser utilizadas técnicas de mapeamento de riscos dos processos produtivos, sempre com a participação dos trabalhadores e na medida em que a intervenção se consolide e as mudanças forem ocorrendo. Sugere-se a metodologia de árvore de causas nos casos de acidentes graves e fatais, para a investigação dos fatores determinantes e publicação posterior. É importante também mapear as chamadas cargas de trabalho e as formas de desgaste do trabalhador, além dos riscos já conhecidos.

f) *estudos epidemiológicos* - aplicar estudos epidemiológicos, buscando técnicos das universidades e centros de pesquisa para assessorar a equipe de vigilância.

g) *acompanhamento do processo* - após a intervenção deve ser elaborado pela equipe, com a participação dos trabalhadores, um relatório detalhado que servirá como parâmetro de avaliações futuras. Avalia-se a necessidade de envolvimento de outras instâncias, como por exemplo o Ministério Público, com o objetivo de garantir as mudanças requeridas. Por fim, ressalta-se que a intervenção deve ser um processo de acompanhamento e avaliação que se dá ao longo do tempo e no qual se deve buscar a negociação com as diversas instâncias para que seja alcançado o objetivo de aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

A Instrução Normativa trata ainda da vigilância epidemiológica através dos sistemas de informações existentes no SUS e na Previdência Social e pelo estudo de eventos-sentinelas - observar casos de adoecimento para chegar à causa do problema e intervir. Por fim, define que estados e municípios podem acrescentar metodologias e outras informações à vigilância em saúde do trabalhador, bem como sugeri-las para incorporação em publicações de âmbito nacional e conclui: "a construção do Sistema Único de Saúde pressupõe um esforço permanente na afirmação de seus princípios e na ampliação das redes solidárias institucionais com a sociedade organizada" (Ibid.).

Destaca-se a participação dos representantes de trabalhadores e, em alguns casos, os próprios trabalhadores do local investigado, durante a avaliação situacional, planejamento conjunto, execução (no momento da execução os trabalhadores do local que antes haviam sido contatados, através do sindicato, permaneciam em seus postos de trabalho).

De um modo geral, a metodologia não é rígida. É um modo de fazer que os envolvidos aprendem fazendo e sempre com possibilidades de inovação. Portanto, a norma é orientadora, mas não limita as possibilidades estratégicas dos atores sociais em situação.

O início de uma vigilância acontecia a partir de denúncia, feita ao CRST ou à CPAIST, ou a partir do sistema de vigilância epidemiológica e do Observatório de Acidentes e Violências. Mesmo de modo ainda incipiente, este sistema considerava os casos atendidos no CRST, de acordo com a gravidade e/ou frequência de casos notificados no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador - SIST - em outros serviços de saúde ou por investigação de óbito relacionado ao trabalho.

De acordo com os técnicos, principalmente do CRST, onde a vigilância dos processos e ambientes de trabalho une-se à vigilância epidemiológica e à assistência, qualquer dado poderia ser utilizado para iniciar o processo:

A vigilância, digamos, ela é mais abrangente. A vigilância em Saúde do Trabalhador é, eu acho, uma coisa mais completa, o termo, na verdade, considera a vigilância (gesto, como um todo) tu pode dividir em vigilância epidemiológica, tu pode chamar o ato de fiscalização como ato de vigilância, o próprio contato com os sindicatos, fluxo de informação, levantamentos, isto faz parte também da atividade da vigilância em si (...) quando eu tava organizando a vigilância, quem recolhia o material, quem aglutinava isto era eu. De vez em quando eu ia no HPS pegar informações dos acidentes relacionados ao trabalho que tinham acontecido lá, como internação, mortes, a gente sentava, discutia, fazíamos uma agenda mensal, víamos aqueles dados... É vigilância. (M., técnico)

Sempre foi feito o convite, por parte do órgão público, por escrito ou oralmente, para a representação dos trabalhadores participar do processo de vigilância, fosse este iniciado por denúncia, ou por conta de informação do SIST, ou outros.

Todas as empresas em que eu fiz vigilância, a gente já fazia daqui um contato com o sindicato. Se tinha denúncia, por exemplo, tu já trabalhava encima da denúncia. Se não tinha uma planta baixa, ou um desenho dos setores, a gente pedia pros sindicatos, se eles tinham como providenciar e sempre eles mandavam. (...) com a escrita deles, bem caseirão, assim, mas fazendo o relato dos setores. (...) a gente já agendava com os sindicatos o dia. (E., técnica)

No período 1999-2002, os sindicatos que participaram com o CRST vieram a convite dos técnicos, e logo passaram a fazer denúncias, exceto um Sindicato, que já tinha um projeto no centro de referência e até foi diminuindo as ações conjuntas, por sentir pouca resolutividade. Alguns desses sindicatos ainda hoje participam do conselho gestor, com pouca

frequência, mas sentem-se vinculados ao CRST. Com a CPAIST as parcerias foram desencadeadas por denúncias diretas dos sindicatos, além da investigação nos acidentes fatais, informações do SIST, observações da própria equipe ou de outros setores do governo, em áreas que exigiam atenção. Essa aproximação dos sindicatos com a CPAIST está provavelmente relacionada às expectativas depositadas no Governo Democrático e Popular para o atendimento de demandas de trabalhadores. Na visão dos sindicatos entrevistados, o processo era participativo desde o início, tanto quando foi promovido pelo CRST, quanto pela CPAIST.

(...) começou por causa de muitos acidentes, muitos casos dos trabalhadores que procuravam direto o centro de referência e aí as pessoas lá, o J.O., não me lembro o nome do outro, parece que o médico do trabalho mesmo lá do centro de referência, ligou pra gente e fez uma reunião lá. (...)ele perguntou pra gente qual é, quantas CATs a gente emitia, qual é o procedimento que a gente fazia, porque 'tava muitos trabalhadores indo direto lá procurando o centro de referência. Aí a gente começou a fazer um trabalho. Quando esses trabalhadores dessas empresas começavam a procurar, eles mandavam pra gente, pra gente fazer um mapinha, alguma coisa neste sentido, e aí mandava pra eles lá e eles faziam (a vigilância). (...) a gente fez uma denúncia da A.V. (empresa) e o centro de referência foi lá. (N., sindicalista)

Tem que haver a denúncia. Tu precisa fazer a denúncia pra vigilância, pra secretaria estadual. E através dessa denúncia depois vem a vigilância e o sindicato acompanha a vigilância sanitária. (...)se tem dirigente sindical dentro da empresa, o próprio dirigente faz o mapa. Ele faz o mapa pra levar e também pega os rótulos dos produtos usados. (F., sindicalista)

Os técnicos buscavam informações sobre o processo de trabalho, ou especificidades do ramo produtivo, além do contato com o sindicato, através de estudos teóricos e buscas de dados em outras secretarias - como Meio Ambiente, Indústria e Comércio, Planejamento - e em bancos de dados oficiais.

Tu vais ao local de trabalho, tu podes levar, assim, um mapa elaborado pelos trabalhadores, quando eles conseguem se reunir no local e fazer isto, ou no sindicato. Tu levas um mapa de riscos elaborado por eles e tu já vais a alguns pontos e tu já sabes onde ir dentro de uma fábrica, dentro de uma empresa. Coisas que tu sozinho, tu vai levar não sei quanto tempo, vai levar o dobro, o triplo do tempo para chegar àqueles pontos que os caras te dizem. Outra coisa é isto, é eles poderem acompanhar se há modificações nesse processo. (G., técnico)

Técnicos e trabalhadores decidiam juntos o roteiro de vigilância e foram utilizados instrumentos metodológicos como cadastro para identificação da empresa, inquéritos para

investigação das condições de trabalho a partir da percepção dos trabalhadores. Três sindicatos relataram ter feito levantamentos importantes entre os trabalhadores, que geraram mudanças nas condições de trabalho. Estudos epidemiológicos serviram para decidir o local da intervenção, para o acompanhamento sistemático, mas ainda não se pode dizer que refletem as mudanças já percebidas subjetivamente.

A inspeção contava, no CRST, com equipes montadas com a presença de pelo menos um técnico de segurança ou um engenheiro, acompanhando outras especialidades. Na CPAIST, eram feitas duplas ou trios e o engenheiro era chamado sempre que fosse necessário fazer determinados procedimentos específicos de sua área, além de também compor os pequenos grupos.

(...) a gente não tem essa divisão, de que o médico só faz assistência (...) a gente sempre calcula no tripé do técnico de segurança e no engenheiro de segurança. (...) a gente procura nunca ir sozinho. Sempre com um colega e sempre em contato com o sindicato. Essa nossa parceria sempre existiu. (K., técnica)

(...) no nosso setor, todos fazemos vigilância (...) quando a gente fazia a vigilância e tinha dúvida de alguma coisa, a gente sempre sentou com a equipe (...) pra ver que tipo de orientação eles davam. (...) Então, assim, tem essas coisas do detalhe da profissão de cada um, mas o aprender, o executar a vigilância, qualquer um de nós faz. (E., técnica)

No momento da inspeção, os trabalhadores do local sempre eram ouvidos, com discrição, evitando constrangimentos e retaliações da empresa.

O instrumento formal é a notificação, onde os dados são colocados e apresentados à empresa. Dentre os instrumentos criados para as vigilâncias a pesquisadora teve acesso a alguns protocolos e formulários, fluxogramas e roteiros de visita, feitos no CRST; a modelos de notificações e roteiros de relatórios de vigilância e processos desencadeados nas ações de vigilância pela CPAIST; questionários elaborados pelos sindicatos, ou por eles com o apoio do CRST, que serviam para a investigação.

Conforme um sindicalista, o questionário foi criado pelo seu sindicato. “É genuíno da companheirada”, (I., sindicalista), ao que a médica complementa: “A base é a NR 9. Nós

pegamos a convenção coletiva e a experiência própria, então já fazia um *check-list*, quais são as condições de toda a [empresa] porque as pessoas adoecem primeiro no trabalho." (J., técnica do sindicato)

Pelo Código Municipal de Saúde de Porto Alegre, era garantida a participação dos representantes de trabalhadores durante o processo. Devido ao código, os técnicos podiam atuar de modo firme, com a possibilidade de usar qualquer legislação, inclusive internacional, no caso de omissão da lei municipal, estadual ou federal, com a finalidade de modificar as condições adversas no ambiente de trabalho. Quanto às normas regulamentadoras do MTE, os técnicos tinham esse conhecimento, valiam-se dele, mas não podiam citar as NRs em suas notificações, antes da vigência do Código Municipal de Porto Alegre. Da vigência do código até 2002, além das normas do Ministério da Saúde, foram utilizadas as normas regulamentadoras do MTE e todas as que se fizeram necessárias para a proteção à saúde. Os técnicos estaduais, por sua vez, admitem a importância das normas, mas apontam como fundamental a escuta do trabalhador e a preparação prévia com o sindicato.

O modelo das notificações segue o padrão usado na vigilância sanitária em geral, tanto no serviço municipal, quanto no estadual, conforme exemplificou um dos entrevistados, mostrando também a postura adotada diante da empresa:

Terminada a vigilância, reúne as pessoas de novo. Em algumas a gente já deixava a notificação com todos os itens, explicava uma a uma, naquela reunião, pra que eles pudessem já a partir daquilo tomar providências. Em outras, a gente chamava as pessoas dizia que estava encerrada naquele momento, que a gente retornaria pra Política (CPAIST) e que lá, então, faria as orientações e que retornaria na empresa pra levar a notificação. O ideal, assim, a gente sempre optou por voltar lá pra levar a notificação, porque daí gerava aquela coisa assim: 'não, o pessoal vai voltar, então já que eles vão voltar, já vamos melhorar alguma coisa'. E daí, quando retornávamos: 'isso aqui a gente até já fez, vocês querem ir lá olhar?'. (E., técnica)

Havia a visita ao local, eram observados os problemas a serem solucionados, dado um prazo à empresa. Este prazo poderia ser prorrogado, sem haver ainda multa. Mais prazo pode ser fornecido quando é percebido que há 'boa vontade' por parte da empresa. Mas quando esta não faz nada, há um retorno do técnico de vigilância ao local. Se, ainda assim, nada for feito no sentido de solucionar os problemas, acontece a multa. (B., técnico)

Todo esse processo tem prazos definidos em portarias (Anexo C), mas as dificuldades em caso de aplicação de multas foram muitas: as multas eram irrisórias e, ainda assim, algumas empresas valeram-se de influência política ou econômica, pressionando os técnicos através de queixas aos seus superiores e fazendo ameaças. Os processos foram encaminhados a outras instâncias de defesa de direitos e alguns ainda tramitam. No entanto, conforme foi possível averiguar junto aos técnicos, a opção é sempre pela negociação e pela ação conjunta do sindicato, que usa da mobilização da categoria e das diferentes formas de pressão de que dispõe para conseguir resultados efetivos a partir das vigilâncias.

Os relatórios finais da vigilância não foram feitos sempre com os trabalhadores, mas foram sempre enviados aos representantes sindicais. As empresas sempre receberam por escrito a notificação, que podia ser feita no local da inspeção ou no serviço, enviada posteriormente por correio ou entregue pela equipe de técnicos no local vigilado, conforme descrito acima pela técnica entrevistada.

As mudanças nos locais de trabalho foram menos observadas pelos técnicos em alguma visita posterior, de acompanhamento, e mais pelo próprio sindicato, que acompanhava principalmente através dos relatos dos trabalhadores do local.

Conforme preconizado na Instrução Normativa, as vigilâncias seguem um certo padrão, realizado tanto pela equipe do CRST, quanto pela da CPAIST. Os técnicos da CPAIST, exceto uma, iniciaram a ação na vigência da instrução normativa, mas somente um deles fez referência à norma e uma técnica fez referência a documentos em geral que procurou para estudar e aprender o processo, além de aprender com colegas. Todos os demais técnicos que iniciaram o trabalho entre 1998 e 2000 citaram espontaneamente em primeiro lugar a aprendizagem com os técnicos mais antigos, que foram as suas referências, para depois falarem nos cursos de capacitação. Vários técnicos citam a importância de terem sido operários ou técnicos em sindicatos ou em empresas privadas.

Os técnicos mais antigos referem os aspectos ideológicos, procurando explicar os fundamentos da ação. Esse tipo de aprendizagem parece ter favorecido a flexibilidade no trabalho, que se pode observar nos relatos.

Interessante observar que *aprender a fazer, fazendo* foi praticamente uma característica comum a todos. Os membros mais antigos na equipe repassam as informações e levam junto na ação de vigilância o novo técnico, ensinando-o. Depois esse passa a fazer de seu jeito, sendo que há um padrão de fazer que segue as discussões freqüentes da equipe. Toda vez em que a pesquisadora foi ao CRST de Porto Alegre para fazer as entrevistas pôde constatar a regularidade semanal da realização da reunião de equipe. O mesmo acontecia na CPAIST que, mesmo em período de adaptação à nova gestão estadual, manteve a equipe e a prática das reuniões sistemáticas, apesar de não estar realizando vigilância dos processos e ambientes de trabalho no mesmo ritmo que anteriormente.

Dentre os técnicos que participaram das entrevistas há unanimidade sobre as deficiências na formação acadêmica, que por vezes nem chega a tangenciar as relações saúde/trabalho, ou, quando o faz, adota a postura mais vinculada aos interesses patronais. Os que trabalharam em empresa privada também tecem críticas à formação e ao próprio discurso circulante de quem está trabalhando para o empregador, que desvaloriza o saber operário.

(...) tu aprendes a ver durante toda a tua formação, eu em medicina sempre vi isto, primeiro esta parte, assim, esta questão de saúde do trabalho que é renegado a um plano, a uma última instância. Isto aí não existe. Agora que os currículos começaram a mudar, mas eu saí da faculdade, uma coisa absurda, assim, que não pode acontecer, desconhecendo que existia o livro aquele do Ramazini, né, *Tratado de Medicina do Trabalho*, que foi escrito em mil quinhentos e pouco na Itália, né. Saí da faculdade sem conhecer o livro do Ramazini. As próprias... tem relatos, assim, principalmente na Itália isto... relatos de músicas, canções dos trabalhadores, de mil quinhentos e poucos, que eles falavam já de doenças que acometiam a eles. Músicas populares, canções que foram recolhidas e isto aí. Aí tu vê que a medicina, o saber científico, né, se tu fores por ele, tu vais... tu corres o risco de afastar outras hipóteses. (...) Não reconhece por uma questão política. (...) Por uma questão de dominância mesmo, né. Sempre foi exercida por gente da classe dominante. (...) durante toda a faculdade isto é muito pouco tocado pelos professores. Aquela coisa de poder, uma coisa mesmo, assim, de ser poderoso, de poder. E na verdade não é isto (...) aprendi nos sindicatos (...) me formei em 85 e aí eu fiz em 86, 87, eu fiz Medicina Geral Comunitária (...) Trabalhei numa empresa, numa indústria do vestuário. Só costureiras. E aí eu também comecei a ver que a coisa... que elas começaram a ter LER/DORT. Não tinha diagnóstico, ninguém sabia o que era isto. Existia uma coisa meio acusatória,

assim, a pessoa era a responsável pela situação, ou queria tirar proveito daquela situação. E aí comecei a perceber outras coisas assim que eu não tinha aprendido. Eu vi que eu não tinha condições de fazer aqueles diagnósticos, de entender aquela situação e comecei a me preocupar com isto. Aí, um pouco depois, eu fui trabalhar no Sindicato P. E, aí sim, aí eu... como o pessoal tem um acúmulo muito grande e tinha muito contato com esse pessoal de São Paulo, a gente ia a São Paulo, eles vinham pra cá. Aí tu realmente aprende, abre um pouco. (G., técnico)

Pode-se dizer que o predomínio da racionalidade cognitivo-experimental, em detrimento da racionalidade estético-expressiva e da moral-prática, tem direcionado a formação profissional mais para atender as necessidades do mercado. Na medida em que a prática da vigilância dos processos e ambientes de trabalho estabelece outras formas de aprender, mais vinculadas ao equilíbrio entre as racionalidades citadas, pois inclusiva de saberes até então desprezados, podemos também falar em outras formas de construir o conhecimento.

Todos os técnicos se referem à necessidade de mais cursos para a sua capacitação, pois reconhecem a importância do conhecimento de instrumentos para a vigilância, mesmo entendendo o processo de aprendizagem como parte da dinâmica do dia-a-dia do trabalho que desenvolvem.

De um modo geral, o trabalho em equipe foi considerado enriquecedor para os técnicos, servindo também como apoio a faltas na questão da capacitação. Ao mesmo tempo, a proposta interdisciplinar garante a qualidade da intervenção, que obviamente ganharia muito com a capacitação continuada, mas que tem desencadeado várias situações de aprendizagem e a superação do modelo disciplinar.

A questão da pesquisa dentro do próprio serviço, que fez parte da constituição do CRST, mas que não tem tido a mesma continuidade, e que na CPAIST não chegou a se constituir numa ação concreta, já que a proposta é que seja desencadeada a partir dos centros regionais de referência, deverá ser aspecto importante na construção do conhecimento em saúde do trabalhador e na formação dos técnicos.

(...) serviço também produz conhecimento, portanto ele pode e deve fazer pesquisa, e que a pesquisa não deve se utilizar das pessoas como mero instrumento ou objeto,

então, e precisava também qualificar o saber das pessoas que estavam compondo o centro de referência (...) a história donexo de relação de causalidade, determinação do adoecimento, dos acidentes, dos agravos relacionados ao trabalho, então, as pesquisas, elas eram fonte de informação, aprendizado, dentro do centro de referência e também elas faziam o exercício da integralidade (...) e elas resultavam em ação (...) nós não assumíamos nenhuma pesquisa se ela fosse meramente pesquisa. Tem que saber que nós íamos intervir na situação. (T., técnica)

A experiência do CRST mostrou a importância da vinculação entre pesquisa e ação, com a produção de novos conhecimentos e a formação de uma identidade para a saúde do trabalhador em nosso estado, tanto que a proposta de vigilância da saúde tem se mantido e estendido a diversos municípios, buscando a interação entre diferentes setores e parcerias com as universidades.

Consistentemente, a ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho, apesar de não estar rigidamente normatizada - e justamente por isso -, mantém-se através do tempo, mesmo com as mudanças de esfera administrativa - município ou estado - ou com os revezes do serviço, pois permite um espaço para o planejamento local que, dependendo dos atores sociais envolvidos pode tomar os ares de um planejamento participativo, pode envolver novos protagonistas na ação, pode redirecionar as prioridades. Neste sentido, aponta para as mesmas características das mudanças processuais e da constituição da cidadania emancipatória, devido ao ambiente democrático participativo e das relações horizontalizadas, próprias dos mesmos, que vem a se estabelecer no modo como é aprendida/construída e no modo como se efetiva.

4.3.3 Os efeitos percebidos para a proteção à saúde

Representantes sindicais e técnicos avaliam positivamente a vigilância dos processos e ambientes de trabalho, com relação à proteção da saúde dos trabalhadores, principalmente por três aspectos: em primeiro lugar, pelas mudanças nos ambientes de trabalho, que foram as mais significativas; em segundo lugar, pelas mudanças na organização do trabalho, mais raras,

mas que levaram a uma redução do adoecimento; e, por fim, associado ao processo de vigilância, houve maior acesso ao serviço de saúde, assim como maiores possibilidades de reconhecimento do adoecimento e os efeitos disto junto a empresas e ao INSS.

As mudanças mais significativas que foram relatadas disseram respeito aos ambientes de trabalho, com relação à higiene e segurança das áreas de produção/atividades (linhas de produção de alimentos, lavanderias de hospitais, mudanças de prédios inadequados tanto na área de prestação de serviços, quanto na indústria), assim como em refeitórios (em alguns casos, a criação de espaços adequados à alimentação), sanitários e áreas de descanso.

(...) os trabalhadores que nós representamos eles dizem que aquela atuação estava muito boa. Aquilo ali tava conseguindo, porque tem lavanderias e tem refeitórios de trabalhadores que é uma vergonha e isso a gente conseguiu, sabe? É tipo um lixo. E isso a gente conseguiu. Várias empresas a gente conseguiu fazer fiscalização. (...) esses dois setores é onde ninguém quase entra, a não ser os trabalhadores e é ali que tem os maiores problemas. Então é ali que a gente começou o trabalho em conjunto com o centro de referência. (W., sindicalista)

(...) nós conseguimos também tirar esse prédio velho que tava aqui (mostra a direção), tava caindo, os caras não reconheciam, botavam lá 200 trabalhadores debaixo de um prédio quase caindo (...) o outro prédio lá também que não tinha ventilação, a gente conseguiu tirar eles de lá, e aí chovia mais dentro do prédio que fora. A gente conseguiu várias coisas através do centro de referência (...) os C. [empresa] tinham que largar os documentos pro centro de referência e aí a gente começou a conhecer mais o serviço dentro dos C. (...) nós temos tudo arquivado aqui. (P., sindicalista)

(...) um cano enferrujado num contexto pode não ser nada, pra gente, mas pra ele, que toma água todo o dia (...) te coloca no lugar dele (...) às vezes são pequenas mudanças que vão trazer benefício imediato. (E., técnica)

(...) nessas outras empresas pequenas... e aí que é a dificuldade que a gente tem, porque é empresa pequena, com pouco recurso (...) Ela melhorou um pouco. Deu um prazo, eu me lembro na época eles deram um prazo na questão da higiene, mais era nos banheiros, onde o pessoal, assim, ficava ao meio-dia, não tinha refeitório pra almoçar. Então, o pessoal ficava junto ao vestiário, o vaso sanitário, esses negócio tudo, então não tinha uma higiene, o cara até tirou umas fotos, aí eu sei que melhorou um pouco. (N., sindicalista)

(...) o centro de referência, que na época foi lá, atuou, mas além de atuar deu um prazo pra empresa melhorar, voltou lá pra ver se a empresa melhorou o ambiente de trabalho e a gente sabe também logo que, que deu resultado. (O., sindicalista)

Os exemplos acima mostram que a vigilância desnudou situações que necessitavam de mudanças, obteve melhoras em diversos locais de trabalho do mesmo ramo de atividade, como nos primeiros depoimentos - em que se percebe que o sindicato é parceiro em posição de igualdade. Também através de ações simples foram obtidos efeitos positivos para os

trabalhadores. Mesmo empresas pequenas promoveram algum tipo de mudança após a fiscalização, apesar de nem sempre serem duráveis. Vê-se, neste sentido, a importância da continuidade do trabalho dos sindicatos, com suas formas de pressão em convenções coletivas, na continuidade do contato com os trabalhadores e na atuação dos representantes que permanecem nos locais de trabalho. No entanto, percebe-se ainda que para alguns sindicalistas o poder está no centro de referência, o que fragiliza a continuidade da ação.

A promoção da saúde, que busca a mudança do estilo de vida das pessoas, no trabalho tem sua expressão maior na organização dos processos e em como se dão os vínculos dos trabalhadores entre si e com as tarefas que executam. Nota-se que a partir da vigilância foram desencadeadas algumas mudanças na organização do trabalho, como alterações no uso de determinadas substâncias nocivas à saúde (curtumes, fábricas), inclusão de cuidados como assentos, pausas, revezamento em tarefas, diminuição do peso carregado pelos trabalhadores e adequação de equipamentos. Os relatos abaixo mostram a percepção de mudanças, às vezes sutis, mas que tiveram importância para técnicos e trabalhadores:

Muito positivos. Sim, principalmente neste trabalho do calçado, coureiro-calçadistas, nós conseguimos fazer uma reversão, não tão sensível, mas conseguimos mexer com aquela estrutura arraigada que já estava ali, que os patrões, eles só visam o lucro, eles não querem ver o benefício e querem até desconhecer. (V., técnica)

Nós tivemos uma coisa bem séria em R. (município do interior). Foi quando uma trabalhadora explodiu uma lata de cola e ela se queimou: o colo, as mamas, parte do pescoço. E o patrão (...) pediu que ela não fizesse nenhum alarde, que ele pagava tudo, nem entrasse em licença, que ele não podia perder a ISO, que ele estava entrando na linha de exportação. (...) não conseguia amamentar o filho, já não recebia o salário (...) Então, nesta hora que a gente vê como é importante a gente estar presente. (...) Eles eram uma empresa de mais de setenta funcionários, eles não tinham refeitório, eles não tinham local pra repouso. Tinha várias aberrações. Os compressores dentro do próprio ambiente de trabalho, o que aumentava muito o ruído, menores fazendo trabalho, assim, até trabalhando à noite. Bom, a gente conseguiu reformular esta situação. Foi bom, a gente fez uma coisa boa. (V., técnica)

Pelo menos a gente sentia o lado bom, conseguia instrumentalizar as partes e a gente conseguia fazê-los ver que existia uma preocupação nisso aí. Que existe. Alguma coisa ficou. (...) Recebi muitos bilhetes de pessoas agradecendo, porque a gente conseguiu tirar um compressor de dentro. Fazia um ruído imenso: 'isso aí é só colocar pro lado de fora'; um local pra eles comerem, que eles levavam a comida, eles queriam um lugarzinho, a gente conseguiu. Banheiros, sem aquela coisa de tá fazendo horário. E que aumentou a produção, foi o caso incrível, assim, que a satisfação dos funcionários aumentou a produção... (V., técnica)

(...) eles foram lá na empresa, fizeram atuação e a empresa dali pra cá começou a investir encima do trabalhador, trocar a rotatividade dos trabalhadores. Antes não

trocavam de função... E dali pra cá nós tivemos até um, não tivemos muitos casos de LER, reduziu bastante. Até a gente tá marcado uma reunião com o médico da empresa e a parte do RH pra explicar lá como eles fizeram um melhoramento, fizeram melhoria em todo o sistema lá. (O., sindicalista)

Esse curtume... foi feita a vigilância na época e houve uma mudança considerada (...) Agora, precisa mudar muito ainda. (...) Hoje já tão com um projeto tudo pronto pra ter um local adequado pro depósito dos produtos químicos, inclusive alguns setores eles mudaram ele todo (...) hoje nós temos um dirigente sindical lá... Ele, além de dirigente sindical, ele tá no segundo mandato da CIPA. Então ele tá fazendo um trabalho muito grande nesse curtume. (...) A CIPA antes não funcionava, agora tá funcionando. Nós estivemos no curtume K e estivemos no curtume S. (...). Nos três houve uma mudança significativa. (F., sindicalista)

Aqui em Porto Alegre, nas agências, a gente conseguiu mudar quase todos os móveis de todas as agências, com a vistoria do centro de referência.(P., sindicalista)

Por fim, um efeito considerado muito importante pelos sindicatos para a proteção da saúde dos trabalhadores foi a obtenção de assistência de forma mais imediata aos trabalhadores adoecidos, assim como a abertura da possibilidade de reintegração de trabalhadores demitidos e que estavam com doença relacionada ao trabalho, podendo dar continuidade ao tratamento de forma adequada.

Aqui se destaca a inter-relação assistência-vigilância dos processos e ambientes de trabalho e o estabelecimento do nexocausal pelos profissionais do CRST ou de outros serviços especializados e vinculados à proposta de saúde do trabalhador, que levou à reavaliação da situação de diversos trabalhadores, pois os sindicatos, amparados por suas assessorias jurídicas, puderam modificar o curso dos acontecimentos, que via de regra terminaria em desamparo do trabalhador, tanto por parte da empresa, que demite, quanto da seguridade social, que nega o benefício ao descaracterizar o acidente do trabalho.

Então o trabalho foi excelente, só que foi só no início. É isso que a gente lamenta. (...) 2001 e 2002. Se houvesse a continuidade, seria, pra nós seria excelente. (...) Além da vigilância sanitária foi pego alguns trabalhadores e foram encaminhados pro centro de saúde em Porto Alegre pra fazer exames e ter um acompanhamento pelo centro de saúde, que é único. Hoje, aqui, essa região, aqui todos vão pra esse centro no Hospital das Clínicas. (F., sindicalista)

(...) esses médicos de empresa, quando eles vão encaminhar é tudo como auxílio-doença, nada é do trabalho. Eles não fazem CAT, nada. (...) o centro de referência solicita pra nós uma emissão de CAT, porque a empresa já se negou a assinar. O sindicato preenche, assina e encaminha lá, porque daí a própria médica que já avaliou, ela vai preencher o laudo da CAT e aí é encaminhada pro INSS e aí tem dado resultado. (O., sindicalista)

Vê-se que a possibilidade de estabelecimento donexo-causal em casos de adoecimento relacionado ao trabalho e que na empresa, e mesmo na seguridade social, não foram reconhecidos como tal, é um dos pontos mais sensíveis, onde percebe-se que a diferença de paradigma, por parte do técnico torna-se decisiva, ao mesmo tempo em que é fundamental a atuação sindical.

Também os técnicos sentiram como fundamental a interação vigilância-assistência, tanto para o diagnóstico adequado, quanto para o tratamento de trabalhadores que chegavam ao CRST. No sub-item 4.1 em que foram feitas observações sobre a ADIN, foi possível perceber a valorização que o técnico faz sobre o conhecimento dos locais de trabalho, para tratar os pacientes já adoecidos. Ao mesmo tempo, a vigilância pode melhorar sua performance em diagnósticos, tendo em vista que à anamnese ocupacional, ao exame clínico e aos demais instrumentos de diagnóstico de que se vale o profissional, acrescenta-se a experiência *viva* dos locais de trabalho, onde este se coloca, de modo geral, ao lado do trabalhador, ampliando seu conhecimento sobre o processo produtivo nos mais diferentes ramos.

Ao sindicato cabe um papel definitivo, pois nestes casos eles são os acolhedores da demanda do trabalhador e devem oficializar isto, pressionando a empresa a emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho, e diante da negação desta, fazê-lo eles mesmos.

Muitas vezes os trabalhadores tem algum problema de LER/DORT e vários outros problemas que envolvem a saúde do trabalhador, que é doença do trabalho (...) O médico do trabalho pergunta: 'quando é que começou a dor?'. Aí o trabalhador: 'ah, quando eu cheguei em casa e fui lavar roupa'. 'Ah, mas esta tua dor não é proveniente do trabalho, é proveniente do trabalho em casa. Tu tem dupla jornada. Então isto é do teu serviço dentro da tua casa e não referente ao trabalho'. Então, neste sentido a gente começou na vigilância (...) nas lavanderias e na nutrição (...) que tem os maiores problemas (...). Hoje quando um trabalhador adoecer de doença do trabalho, eles não preenchem CAT, não, eles enviam pro INSS como auxílio-doença. E não é. E a maior parte das empresas faz isso.(...) tem esse elo também da gente enviar o trabalhador pro centro de referência e lá o próprio médico do trabalho, ele envia esse trabalhador pra empresa dizendo: 'não, é doença do trabalho, tem que emitir uma CAT'. (...) em alguns casos o médico do trabalho (na empresa) não vai, não quer (...) e aí o centro de referência encaminha pra nós, a gente emite a CAT e aí, então, o médico do trabalho (na empresa) emite a CAT. (W., sindicalista)

A partir do relacionamento com o CRST e das vigilâncias ampliou-se o número de casos atendidos em parceria sindicato-centro de referência. Não que seja sempre necessária a vigilância para que a situação comentada se efetive, mas ela é fator agregador fundamental, aproximando técnicos e sindicalistas, garantindo a confiança mútua, o que fornece segurança na ação técnico-política, já que vai se dar no campo de luta criado entre a força de controle do capital sobre o trabalho e a necessidade de cuidado do trabalhador.

Pode-se citar aqui também, a experiência da técnica de um sindicato, que sentiu sua ação potencializada a partir da parceria com o CRST e com a participação ativa do sindicato, tanto nas vigilâncias quanto no conselho gestor do CRST e nas ações coletivas de informação e divulgação propostas pela CPAIST. Houve um fortalecimento da imagem do sindicato, perante os trabalhadores e empresas, aliado à seriedade com que eram feitas as avaliações dos casos de trabalhadores que estavam em situação irregular na seguridade social. A técnica acompanha peritos do INSS em casos onde buscam estabelecer, ou descartar, o nexó técnico - a ligação entre adoecimento e trabalho feita pelo perito do INSS que leva ao reconhecimento do direito do trabalhador de ser incluído no sistema de seguro de modo a garantir estabilidade no emprego e recebimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, o que não acontece no caso de doenças não relacionadas ao trabalho, que dão direito à pessoa de receber o auxílio-doença. Neste caso, a presença do técnico sensível à demanda dos trabalhadores é fundamental para o desenrolar favorável da situação de doença, garantindo direitos, principalmente reconhecendo a necessidade de segurança neste momento do adoecimento. Uma assessoria jurídica bem organizada encarrega-se dos encaminhamentos judiciais, quando necessário.

Via de regra os técnicos mostraram-se mais reticentes em reconhecer a efetividade da ação do que os representantes de trabalhadores. Consideraram que os resultados foram positivos, mas levantaram uma série de questionamentos, demonstrando quase sempre que os

resultados podiam ser melhores. Alguns consideraram o tamanho da empresa como uma variável importante nos efeitos obtidos, ou que por vezes justifica a ausência de mudanças mais significativas:

Eu vejo assim, nas empresas menores a gente consegue mais coisas do que nas muito grandes, muito organizadas, que já têm SESMTs.(...) eu acho mais difícil de, através da intervenção, modificar. (...) essas muito pequenas às vezes têm faltas de recursos. (K., técnica)

Outros consideraram as mudanças pontuais e/ou pouco duradouras, lembrando a importância da ação freqüente dos trabalhadores e a sua responsabilidade na promoção de ações para fortalecimento do controle social:

(...) só que é aquela história, o dono não tá lá dentro, então aquilo vai relaxando, não tem mais dinheiro pra fazer aquilo, não tem tempo, às vezes o trabalho acumula aqui e ali, não há programação, aquilo não entra na programação da fábrica e aquilo vai revertendo. O meu objetivo como trabalhador da área de saúde de ajudar os outros trabalhadores não é de nós sermos a força coercitiva, o meu objetivo é de construir uma organização dos trabalhadores, que eles possam fazer essa coerção (A., técnico)

Eu acho que a gente tem alguns resultados positivos, assim, um pouco pontuais no caso dos (categoria do Sindicato) (...) Depois que a gente foi lá pra fazer isto, eles mudaram tudo (...) Isso impediu que outras pessoas ficassem doentes ali naquele local. Isso é pouco? Olha, talvez ali, naquela situação, a gente tivesse tratando de, sei lá, de vinte, trinta pessoas. (Z., técnico)

Ainda dentre os técnicos, duas posições merecem destaque, por trazerem indícios de possibilidades de novos rumos na avaliação dos serviços de vigilância em saúde do trabalhador, em busca de maior efetividade na ação. Uma: a idéia de que não há instrumentos suficientes para medir o impacto sobre a saúde proveniente das vigilâncias dos processos e ambientes de trabalho, de modo que se deveria investir na ampliação de conhecimentos epidemiológicos que pudessem comparar efeitos esperados e efeitos obtidos - seria uma avaliação mais quantitativa.

Qual é o impacto da minha ação? Qual foi o benefício? (...) Como é que eu vou saber quantas pessoas ficaram doentes se eu não tivesse mudado de fato o local de trabalho? É difícil prever. (...) Não tem, na verdade, como fazer nada mais do que estimativas e mesmo assim eu tenho limitações que são muito grandes, porque os números que a gente tem, eles têm vícios de origem que são, olha, danados de importantes. (...) todo mundo nas empresas se recusa a dar dados verdadeiros. (...) Então como é que eu vou chegar ao número de pessoas que ficaria doente se eu não tivesse feito a ação que eu fiz? É difícil de estimar isto. (Z., técnico)

Ao mesmo tempo, de forma coerente com a proposta de saúde do trabalhador, que pode ser capaz de inovar também neste aspecto da avaliação epidemiológica, não se atendo necessariamente à quantificação, foi sugerido uma determinada postura:

Então o que a gente pode dizer é assim. Eu fui num lugar, pedi pra fazer modificações. As modificações foram feitas? Então, o que eu posso fazer é monitorar aquele local depois e ver quem é que me procura, quem é que tem sintoma, se aquilo continua acontecendo. (...) esse é um bom indicador se tu já tem alguma coisa pra comparar, principalmente. É uma amostra pequena do que tem. São números acanhados. (Z., técnico)

Enquanto isso, a equipe do CRST está planejando uma investida na rede básica municipal, territorializando as ações, capacitando os profissionais para a atenção integral à saúde dos trabalhadores, ampliando a implantação do SIST, chegando a estendê-lo à rede privada, por serem de notificação compulsória as doenças relacionadas ao trabalho. É provável que o impedimento provocado pela ADIN tenha posto em movimento a capacidade de jogo dos atores sociais, que aos poucos dão sinais de avanços na proposta de *vigilância da saúde*, porque além de saírem de uma posição centralizada para irem ao encontro dos usuários, irão fazê-lo para além do ambiente de trabalho formal, o que até o momento pode ser considerada uma falha na ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho no CRST.

Outra posição refere-se à adequação das propostas ao que os trabalhadores esperam: uma técnica pergunta se tem sido feita verdadeiramente uma escuta dos trabalhadores ou se tem havido uma certa imposição de valores por parte dos técnicos; avalia que pouco se construiu até o momento quanto ao sofrimento mental relacionado ao trabalho. Questões como alcoolismo, depressão, tabagismo, mudanças comportamentais pelo uso de agrotóxicos e outros produtos usados por trabalhadores em seu trabalho, etc, não tem merecido a devida atenção.

Eu tenho bastante dúvidas, ainda, de que as nossas ações estão respondendo às necessidades dos trabalhadores. (...) Será que isto que a gente está fazendo é o que o trabalhador precisaria efetivamente? (...) Se tu começa a olhar o contexto, tu pode incluir, assim, essa tua análise de ambiente. (...) daqui a pouco, o alcoolismo crônico, que é uma doença mental relacionada ao trabalho e que não é diagnosticada, que nunca conseguem, ou não querem, estabelecer o nexa (...). Muitas vezes ele não sabe que essa é uma necessidade que ele tem, mas quando a gente consegue perceber e a gente consegue trazer pra dentro das nossas propostas de trabalho, aí, sim, eu acho que a gente, enquanto estado, tá fazendo aquilo que o trabalhador precisava. Em algumas ações isto acontece, outras a gente ainda tá um pouquinho longe. Mas um dia a gente vai chegar lá! (E., técnica)

Em relação aos representantes de trabalhadores, somente um dos sete sindicatos entrevistados considerou pouco eficaz a vigilância feita pelo SUS, preferindo atualmente a ação da DRT. Este mesmo sindicato refere que o contato com o CRST levou a efeitos muito positivos quanto à aprendizagem sobre o processo de vigilância e ampliou a concepção, que o sindicato já possuía, de atenção à saúde no mesmo espírito proposto pelo SUS. Esse é um dos efeitos que se considerou sob o aspecto da ampliação de cidadania, como poderá ser visto a seguir.

4.3.4 Os efeitos da ação de vigilância para a participação democrática

No processo de implementação de uma política pública os desdobramentos não são somente nem exatamente os previstos no momento da formulação. Assim, a avaliação dos resultados, ao mesmo tempo que aponta a eficácia e a eficiência da proposta, também informar os novos rumos da política, os reais beneficiários e os propósitos sociais mais profundos está alcançando.

No caso da ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho podem ser vistas de imediato, para usuários e técnicos, as questões de proteção à saúde, que seriam os objetivos explícitos dessa ação, conforme descrito anteriormente. Enquanto os objetivos de promoção da saúde vão sendo também almejados e, por vezes, alcançados nas ações educativas, a ação de saúde aqui abordada pode ser considerada a partir das suas possibilidades enquanto

construtora de cidadania, particularmente por efetivar as diretrizes constitucionais da participação da comunidade e da descentralização, o que tende ao empoderamento dos grupos envolvidos, coerente com o projeto transformador do SUS.

De modo amplo, na área de atenção à saúde do trabalhador, em 1999 iniciou-se o fortalecimento do controle social no SUS, desde a organização e execução de eventos e dos documentos deles originados, até a realização das conferências municipais, regionais e estadual de saúde do trabalhador (RIO GRANDE DO SUL, 2002), passando pela edição de cursos e seminários. A participação de movimentos populares e sindicais em todos os momentos, planejando, executando, assistindo, avaliando, foi o diferencial desse processo. Não se trata de um processo encabeçado pelo Estado; ele foi, desde o primeiro momento a expressão de um estado que interage com a Sociedade Civil, passando ao plano "oficial" as falas daqueles que há muito vinham se organizando em busca de melhores condições de vida em geral - não só nos ambientes de trabalho.

De um modo mais específico e inovador no que se refere à organização dos serviços de saúde com controle social, aconteceu a criação, por todo o Estado do Rio Grande do Sul, de comissões de saúde do trabalhador nos conselhos de saúde e, em determinadas regiões, a constituição dos conselhos gestores dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador, como é o caso de Erechim, Ijuí, Passo Fundo, Porto Alegre e Santa Cruz do Sul.

Ao mesmo tempo, o conjunto das ações de vigilância em saúde do trabalhador também fortaleceu o controle social para o nível local. Parte deste conjunto, a vigilância dos processos e ambientes de trabalho, como atividade cotidiana do serviço de saúde do trabalhador, ajudou a tecer uma rede de olhares sobre a relação saúde-trabalho, produzindo efeitos sobre os modos de compreender a própria participação, que se transforma em atuação conjunta, embora conflitiva, e possibilita o reconhecimento dos papéis de cada um.

Essa atuação conjunta, produzida através do diálogo, ampara-se em modos diversos de produção de conhecimento, articulando de modo equilibrado os três modos de conhecer próprios do pilar da emancipação, explicitados por Santos (1999), ao mesmo tempo que produz uma prática social mais afeita aos princípios da comunidade. O diálogo e o respeito aos diferentes modos de agir e pensar constroem a democracia participativa no interjogo entre os atores sociais.

O I Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador, promovido pelo Conselho Estadual de Saúde, pela então Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, pela FEPAM, pela Secretaria da Agricultura e do Abastecimento e EMATER, e pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi organizado conjuntamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com a Federação dos Trabalhadores em Transporte Rodoviário, com a Federação de Trabalhadores na Agricultura, com a Central Única de Trabalhadores/RS, com a Fundação Estadual de Pesquisa e Produção em Saúde, com a Procergs e o Banrisul. Esse encontro, ocorrido de 27 a 29 de maio de 1999, teve como tema *O SUS na defesa do ambiente saudável - no campo e na cidade* e foi preparado em pré-encontros regionais, de onde foram trazidos assuntos para debate nos grupos de trabalho. Esses grupos de trabalho contavam com um elemento da organização do evento para relatoria, de modo que a coordenação era escolhida no momento mesmo do evento, a partir de critérios do próprio grupo. O encontro citado serve como balizador da proposta do poder público estadual para a área de saúde do trabalhador, pois a SES/RS assumiu o compromisso com a descentralização, propondo-se a assessorar os municípios e regiões na criação dos CRRSTs – o que futuramente se traduziu em financiamento, cursos de capacitação e assessoria técnica - e com o incremento da participação da comunidade no processo. Nas palavras da coordenadora da PAIST/SES-RS,

a construção técnico-política da Saúde do Trabalhador passa pelo exercício da cidadania da população, com ênfase na defesa da vida. Integrando além do movimento sindical, os conselhos locais de saúde e dos consumidores. Saindo de fato do ambiente privado e suas representações classistas para o diálogo com a sociedade como um todo. Passa principalmente pelo avançar destas questões, que

limitam a ação, dificultam o ingresso de outros profissionais e instituições. Há que se implementar ações e atitudes que agreguem os saberes, que potencializem os recursos em prol de uma sociedade harmônica, justa e fraterna. (Corrêa, 1999, p. 32).

Este foi efetivamente o primeiro encontro estadual a tratar das questões de saúde do trabalhador no SUS e, pela sua dinâmica, assemelhou-se a uma conferência de saúde. Mesmo sem este estatuto, produziu resoluções a serem entregues ao Governador do Estado do Rio Grande do Sul e a Carta do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 1999).

Dentre as resoluções do encontro estão as que preconizam a participação dos representantes de trabalhadores nas ações de vigilância aos ambientes de trabalho e estimulam a criação das comissões de saúde do trabalhador nos conselhos municipais e regionais. Na carta acima referida fica clara a proposta de fortalecimento do SUS, sendo considerado como "fundamental para isso o papel político do Governo na articulação de ações com a sociedade, por meio dos movimentos organizados" (Ibid., p. 11), assim como a criação de mecanismos garantidores da participação popular e dos movimentos organizados.

Veja-se aí uma prática de intersetorialidade, bem como a vinculação Estado-Sociedade Civil já no início da gestão estadual 1999-2002, dando sinais de consolidação do processo de participação democrática, ao buscar a transparência na criação da proposta para a saúde do trabalhador, assim como o planejamento conjunto das ações.

A participação democrática observada no processo de constituição de cultura política marcada pelas conquistas de uma cidadania solidária, que se expressa, num primeiro momento, em atitudes de respeito às diferenças de saber e de atuação produzidos no campo profissional dos técnicos e no campo de ação coletiva dos movimentos sindicais, assim como na valorização do saber operário e na necessária interação técnico-política. Num segundo momento, é possível reconhecer - com base na percepção de técnicos e sindicalistas - a ampliação dos espaços onde os cidadãos podem exercer a participação, tomando decisões

sobre as questões de saúde, sobre a organização do trabalho, reivindicando direitos e ampliando sua capacidade - ou do órgão que representam - de ação política em busca de melhor qualidade de vida.

Toda a proposta de saúde do trabalhador está calcada na possibilidade dos trabalhadores assumirem um papel ativo na busca de melhor condição de vida. Significa um avanço sobre a concepção da determinação social das questões de saúde, adoecimento e morte, pois considera a subjetividade-experiência do trabalhador. Deste modo, o mundo do trabalho, ao mesmo tempo em que é um espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, é também um espaço de resistência (MENDES & DIAS, 1991).

A interação entre o Estado e a Sociedade Civil, particularmente aqui observada através da interação entre o trabalhador de saúde - o técnico, como vimos denominando - e o representante dos trabalhadores usuários do serviço - o sindicalista - no âmbito do SUS, não se restringe à troca de informações. Esta acontece e é valorizada pelo técnico e pelo sindicalista, mas ela vai além dessa aparência, pois constitui um reconhecimento do saber operário - que alcança tanto técnicos quanto sindicalistas - e a criação de um clima de parceria, que não se dá sem conflito.

Na construção da política pública de saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul, não é possível separar a ação de técnicos e de trabalhadores, pois foi em conjunto que obtiveram os maiores ganhos: a implantação do CRST, a criação do Código Municipal de Saúde de Porto Alegre, a participação na elaboração da Instrução Normativa e da NOST, os CRRST em diversas regiões, a pressão para a criação da RENAST e para obter financiamento para as ações, a realização de conferências de saúde do trabalhador, a elaboração do Código Estadual de Saúde, etc. Tratando-se de uma interação os efeitos mais fortemente percebidos por uns, dizem respeito a ações e reações realizadas por outros.

Analisando a partir da posição dos técnicos, a interação foi extremamente valiosa para a ampliação do senso de cidadania, por mudanças em seus olhares sobre a sociedade, sobre o movimento sindical e pela valorização concreta do saber operário.

A relação de técnicos com os representantes políticos dos trabalhadores - e com os próprios trabalhadores nos seus locais de trabalho ou em reuniões promovidas nos sindicatos -, tem um impacto positivo sobre os técnicos na valorização do saber operário, levando inclusive a uma escuta mais qualificada.

A visão que eu tinha do sindicato era essa: pessoas que só estavam preocupadas em buscar aumento de salário. É claro que hoje eu percebo que, pela experiência que eu tinha [técnica em empresa privada], talvez a minha visão um pouco limitada da situação (...) Até pela história de luta sindical, que isso tenha se pautado na coisa de buscar mesmo só aumento de salário, a coisa normalmente é escancarada que há problemas. Quando eu vim pra Saúde do Trabalhador do Estado, que eu pude me relacionar com as pessoas de sindicato nos cursos, nas capacitações, no nosso setor, que eles sempre tiveram as portas abertas, sempre vieram, sempre acompanharam os trabalhos, eu comecei a perceber o sindicato de uma maneira diferente. (...) Sempre as falas foram pautadas no ruído, na ventilação, na qualidade da água que as pessoas estavam bebendo, na existência ou não de refeitório, na qualidade de alimentação, da temperatura que as pessoas estavam expostas, do risco que ela estava correndo ergonomicamente por ter que estar levantando mais peso do que o corpo podia suportar, pela contaminação dele com algum produto químico. (...) Aí eu comecei a entender que não, que dava pra fazer uma parceria bem legal e de que os sindicatos eram os aliados porque eles são a representatividade dos trabalhadores, eles é que conhecem o chão de fábrica e o que eles passam no dia-a-dia. (E., técnica)

Alguns técnicos, particularmente os que optaram desde o início de suas vidas profissionais pelo trabalho com o movimento popular e sindical, sentem-se completamente entrosados com o movimento sindical:

Eu tenho isso na minha origem. Eu não coloco nem essa coisa assim como sendo nós e eles. Eu me sinto fazendo parte disso como um todo. Eu tenho uma relação com vários sindicatos muito antiga e até hoje muito sólida, mesmo que do ponto de vista institucional isto não se traduza em ações coletivas. (Z., técnico)

Para todos os entrevistados, a parceria sindicatos-técnicos é considerada extremamente relevante. Os técnicos percebem que não fariam o trabalho sem os sindicatos, pois reconhecem a importância do saber que é inerente à vivência das situações de trabalho, além deles poderem manter as conquistas obtidas nas vigilâncias.

Eu tenho uma visão técnica da coisa. Claro, uma visão técnica entre aspas, não-política, uma questão técnica, uma questão de prestar o serviço pra sociedade. (...) acho que o diálogo é o melhor, porque a gente sempre teve o intuito, nas nossas fiscalizações, de manter uma proximidade até com o proprietário da empresa. De tentar passar pra ele essa visão de segurança do trabalho, o porquê da importância, o que traria de benefício também pra eles. (...) na realidade tu acaba te envolvendo nesta questão política e social quando tu trata com os sindicatos. (...) tu como fiscal, enquanto técnico, tu tem uma visão geral, mas não tem a visão daquele local. Então, assim, tem empresas que tu entras, se tu vai ver tudo, tu vai levar dois, três dias pra ver tudo, então não tem condições de fazer isso. Então tu tens que agir encima daquele problema mais grave. Quem é que vai poder te proporcionar isto? O trabalhador que trabalha ali, através do representante, que é o sindicato. Então eu acho que é importante também essa proximidade. (C., técnico)

Tu vais até o local, tu notificas, faz notificações e tal, baseado na legislação, que também tem esta limitante que é a legislação, mas quem é que acompanha isto aí, esse monte de notificações (...) que pressiona, só (...) ou o sindicato ou quem está diretamente ali. Coisas assim como doenças que tu não imaginas que possa existir, que ninguém acredita que exista, mesmo os médicos. De repente tu aprendes neste processo aí, que, às vezes, eles têm razão. Assim como outras vezes, não. Às vezes tem fantasia no meio, mas isto se desfaz também no meio desta interação. É possível desfazer e dizer as fantasias. Que existem fantasias de dinheiro, indenizações. Mas eu acho que por nós é isto, que as vezes aparecem doenças que se tu não ouvir o trabalhador, tu não acreditas que ela, pelo teu diagnóstico, pelos meios que tu tens, pelos exames complementares, pelo diagnóstico, vamos dizer, científico, não diagnóstica, não faz diagnóstico. (...) quando houve isto, os trabalhadores ou sindicato foi muito mais efetivo. Inclusive outros desdobramentos, para a própria categoria. Acho que um acréscimo, uma qualificação da categoria (...) Isso aí é uma das coisas mais importantes neste acúmulo que eles têm com a gente e que nós tivemos em conjunto. (G., técnico)

Junto com os sindicatos. Bom. Obviamente assim, uma coisa: que eu como fisioterapeuta sei um monte de coisas que eu não sabia. É diferente quando tu vivencia um local e vê. Ah, é bem mais fácil entender como é que um cara que degola pescoço de frango tem uma síndrome de impacto. (...) Trabalhar junto com o sindicato no momento, assim, naquelas reuniões de preparação. (...) conseguir ver alguma atividade, alguma coisa com olhar um pouco diferente, não só ver com olhar de fora. Saber ouvir de uma pessoa que tá, que vivencia aquilo. (...) O cara do sindicato é também um trabalhador, muitas vezes são da mesma fábrica que vem aqui. O pessoal do sindicato serviu muito pra organizar as coisas, (...) algumas trocas, mas o mais interessante é ouvir o próprio trabalhador. Tu só pode conseguir através do sindicato, claro. (M., técnico)

(...) se eles estiverem apropriados e fizerem a ação conjunta, é eles que vão manter a garantia das condições de trabalho. Então, a gente não pode tirar isso deles, esse poder e esse papel. E que daí não é uma relação de dependência, é uma relação de autonomia. (...) dos locais que a gente ia com o movimento sindical ou que tinha de sociedade organizada, eles eram muito mais efetivos a transformação e a manutenção do que aquela que a gente ia sem. (T., técnica)

Percebe-se que alguns técnicos valorizam o contato direto com o trabalhador, mais do que com a representação sindical, mas sentem que é esta que vai facilitar o acesso ao trabalhador. Na verdade, se tomarmos a concepção do MOI, que é o movimento orientador desse processo da vigilância, há necessidade de um resgate desse contato direto. Como a

ADIN impediu as visitas aos locais de trabalho, está nascendo, no CRST, uma proposta que aproximará mais técnicos e sindicatos entre si e, inclusive, dos trabalhadores em geral, sindicalizados ou não.

Fazer a vigilância dos processos e ambientes de trabalho, na opinião dos técnicos, exige certo perfil do profissional, pelo menos uma disponibilidade para o aprendizado, uma postura de compreensão das condições gerais do adoecimento relacionado ao trabalho - distanciada das concepções tradicionais da medicina do trabalho e da saúde ocupacional -, um desejo de transformação social.

(...) mais importante que a formação técnica da pessoa, eu acho que mais importante que isso é a formação da vida da pessoa. (...) nunca trabalhou na produção e que pouco contato político tenha, pouco interesse político tenha com essa questão da saúde do trabalhador ou com o movimento operário em geral, só pela técnica não avança a coisa, não é uma coisa assim fácil de avançar. Avança, claro, há sempre uma contribuição (...) Tu tens que dar aquela tua posição, até de certa forma inconsciente, no dia-a-dia, que tu vais estabelecendo ali, 'olha como é que vamos fazer isso?'; 'como é que a gente vai levar adiante?' e se vamos levar adiante. Essa contribuição pra que o processo se perpetue e efetive, eu acho que ela depende muito desse engajamento sentimental das pessoas, de uma história efetivamente, não somente da questão técnica.(...) esse sentimento claro (...) muita gente diz assim, interesse político, mas eu acho que não fica restrito à questão política, a pessoa às vezes talvez nem seja de esquerda, eu acho que a pessoa tem que ter sentimento de buscar esse espaço justo, de buscar esse espaço saudável de trabalho.(...) ela é uma das pessoas que tem que se desdobrar pra fazer aquilo. nunca o trabalho só técnico (...) pelo menos essa visão de que é justa essa caminhada. (A., técnico)

Eu não sei como isto toca em cada um, porque eu sempre digo, pra trabalhar com LER/DORT, com dor, e tudo, tu tem que ter um certo perfil. Porque é uma coisa bem, muitas vezes é muito dolorida. (...) Ah, obviamente, também eu 'tô falando numa coisa hipotética, nem eu sei direito o que que é o perfil pra trabalhar nisto, mas tem que ser, se tu não te abraçar à causa (...) ou tu te abra à causa ou tu não te importa. (...) como todo trabalho, tem suas decepções, suas conquistas. (...) tu começa a ver as coisas de maneira diferente, tu começa a entender um pouco as coisas deferente. (...) tu fazer a fiscalização, a própria vigilância, tu lida com uma coisa mais global. (...) Me dava prazer. (...) a tua área de atuação mudava, tu abrangia um leque diferente de pessoas e ações (...).É, dá pra ser um pouco mais criativo. Muitas vezes, nas cabecinhas, ajuda a tocar mais nas pessoas. (...) A gente costuma se importar um pouco mais, com o que tu vê a tua volta. (M., técnico)

Estes são exemplos de atitudes que se considerou neste estudo como instituintes de cultura democrático-participativa, relacionadas à construção da cidadania solidária, que diz respeito a relações igualitárias dentro do trabalho técnico e destes com os usuários do serviço e que aparece nos diferentes relatos dos técnicos.

Ao mesmo tempo, a vigilância em si - e a parceria com o trabalhador - não provoca essa postura, mas pode ser um facilitador, desde que o técnico esteja disposto, ou sensibilizado a mudar, quebrar o paradigma que em geral orienta a formação profissional.

Mas se eu pensar por exemplo, a cabeça que eu saí da faculdade, ah, eu nunca conseguiria fazer uma vigilância. (...) tu corta um vínculo, uma hora tu depende do patrão, outra hora tu tá exigindo do patrão. (...) é uma mudança drástica de posição na sociedade muito forte. A vigilância em si ela não faz isso, quer dizer, ela promove isso (...) ele não vai pra vigilância sem quebrar esses vínculos, entende, ele não vai chegar lá, bater na porta da fábrica (...) contestar claro e frontalmente (...) tu quebra com paradigma, tu quebra com um modelo de entendimento da sociedade (...) eu acho muito difícil de alguém que não queira quebrar com esse modelo, de entrar nessa caminhada (...) É, até a vigilância é capaz de instaurar isso nas pessoas. (...) quando tu é questionado no teu direito de fazer a fiscalização, de ter então possibilidade de usar dos instrumentos que existem a tua volta, como por exemplo a carteira de fiscal ou então por exemplo a força pública, pra colocar aquilo como um direito concreto que existe na sociedade. (A., técnico)

Eu vou te dar um exemplo de como modificou: tem uma pizzaria que eu vou, eu vou lá eu me enfureço de vez em quando. Eu olho, bah, como é que o dono deixa essa pessoa trabalhar assim, com o dedão velho ali a noite inteira? Antes de começar a trabalhar com isto eu não tinha essa visão. (...) Eu vou denunciar esse cara nem que seja pra DRT, agora, e se eu voltar a fiscalizar, eu vou ter que vir aqui. Esse tipo de visão muda, sim. (M., técnico)

Outro aspecto da construção da cidadania e da ampliação da cultura de participação na medida em que o trabalho tem provocado ou revigorado nos técnicos a reivindicação de seus próprios direitos, a preocupação com seu local de trabalho, com a sua comunidade ou com a sociedade em geral.

(...) não tá muito clara pra sociedade a importância de se implementar um ambiente saudável de trabalho, de se conquistar e de se avançar e que esse é o caminho do desenvolvimento da sociedade em si num mundo melhor. (...) fica prioritário o desenvolvimento econômico, fica prioritário o bolso do patrão e a sociedade tem que entender que essa é a caminhada, sabe, e os técnicos têm que entender que essa é a caminhada. (...) O desenvolvimento econômico vem na medida em que as pessoas tem qualidade de vida também no trabalho. (...) Não a idéia de acumulação, mas de distribuição. (...) esse processo ele é educativo pra sociedade toda (...) tanto pro empresário, quanto pro trabalhador. (...) é tudo um constante acumular de experiências e de afirmações. (...) na minha vida particular eu tenho uma segurança maior de reivindicar coisas como qualidade do ambiente que eu moro, segurança de reivindicar essas coisas pelo fato de entender um pouco mais sobre o que que tá acontecendo, (...) a postura pessoal minha já existia antes de eu estar fazendo esse trabalho. (A., técnico)

É, dependendo, tu acaba talvez participando mais da reunião do condomínio. (...) Essa mesa inadequada aqui, ah, se tu pensar, pra mim não é inadequada, porque eu fico pouco tempo sentado aqui, eu não escrevo assim, mas pra alguém que vai digitar (...). (M., técnico)

(...) primeiro, de tu ver uma realidade que tá ruim e tu te sentir assim co-responsável por aquilo, que tu também é sociedade. E mais co-responsável ainda porque tu

trabalha numa área de saúde e tu teria que estar fazendo alguma coisa pra melhorar a vida daquelas pessoas e tu não tá. Ou tá fazendo pouco, ou tá tentando. E quando tu retorna, daí se tu lançar um olhar pras relações de espaço, de ambiente, pras relações de trabalho que tu tem e que muitas vezes também é o mesmo trabalho coercitivo que tem lá dentro da empresa e que levam ao sofrimento, (...) eu quero orientar lá e eu aqui como é que eu 'tô'? Em que espaço eu vou começar a reivindicar os meus direitos também? Então, eu acho que dos dois lados, assim, de tu te sentir co-responsável por tentar ajudar ou melhorar a vida daquelas pessoas que 'tão lá, mas também de um olhar sobre os teus direitos enquanto trabalhador, porque tu também és trabalhador e tu só vais poder tá à disposição, principalmente numa área de saúde, e ajudar outras pessoas se tu 'tiver com a tua também mais ou menos organizada. (E., técnica)

Esse auto-reconhecimento do técnico enquanto trabalhador e como co-responsável pela mudança da condição atual da relação saúde-trabalho, é elemento fundamental para o estabelecimento da parceria com os sindicatos, para a compreensão do adoecimento relacionado ao trabalho e por seu engajamento na busca da transformação social que está explícita na proposta da saúde do trabalhador. Assim, dentro dos princípios da democracia participativa, a participação cumpre seu papel de ensinar a ser participante, na medida em que a pessoa participa...

Entre os técnicos, ficam, ainda, evidentes os ganhos para a ampliação da cidadania, através da interação com o movimento sindical:

Eu vejo assim, que o trabalho que eu fazia antes lá na pediatria, lá, que era super técnico. Eu tinha as minhas crianças para atender e eu atendia. Hoje eu me sinto bem mais cidadã, assim, me sinto bem mais... Uma diferença bem grande, dá para ver, assim, bem os dois lados. (...) É, nós e o usuário, a gente consegue mais. É mais uma interação mesmo. (...) Porque eu gosto também. Acho que a pessoa se sente mais também... mais valorizada, sendo assim mais atuante do que só aquele trabalho técnico. (H., técnica)

Tu percebes isto nas pessoas que participaram dos movimentos. (...) esta transformação é visível, assim, né, em todo mundo que participa disto. Acho que é como participar de qualquer movimento político. Tem um acréscimo, uma consciência de cidadania. E é um modelo eficaz também. Se for ver como modelo de fiscalização, é muito efetivo e é o melhor, é o melhor, só que o mais difícil também de implementar, por estas... Mas os outros modelos são muito tecnicistas. São muito unilaterais, dependem dos técnicos. (G., técnico)

Ah, sem sombra de dúvida! (...) Não tem como tu ir pra dentro de uma empresa, ou pra dentro de qualquer lugar, tu ver uma série de coisas que poderiam 'tá sendo feitas de uma forma melhor, não tem como tu ver isto e achar que aquilo é normal e não querer começar a reivindicar queles direitos, mesmo que tu não esteja lá na ponta. Tanto é que quando a gente vem de uma ação de vigilância, nós trabalhadores aqui, a gente também vem aí mais munido. (E., técnica)

Sobre a necessidade e a importância da participação dos sindicatos, há unanimidade entre os técnicos, mas há divergências quanto às explicações para a rotatividade que acontece, desde a mobilidade política citada anteriormente, até à desistência dos sindicatos por não terem seus objetivos alcançados ou terem alcançado o objetivo imediato que pretendiam. Na visão de apenas um técnico entrevistado, "90% das vezes o sindicato não dá retorno", quando solicitado a acompanhar o processo de vigilância. Para este entrevistado, "a maioria usa a saúde do trabalhador como maneira de pressionar a empresa para outras coisas, como aumento salarial". (B., técnico)

Na relação do sindicato com o serviço de saúde do trabalhador, na percepção de três técnicos (dentre os treze técnicos entrevistados), foram obtidas "vantagens", como eleição de diretoria, aumento de poder de barganha durante as negociações com os patrões ou busca de visibilidade junto aos associados. Houve o caso de um sindicato, segundo o técnico D. que "qualquer coisa que desse visibilidade para eles naquele momento (...) eles tocariam para a frente". Estes técnicos consideraram tais usos como distantes dos objetivos da saúde, dando a idéia de que alguns sindicatos por vezes pensam na saúde do trabalhador de modo secundário.

É a visão dos sindicatos (...) também não foi muito produtiva, como se esperava, porque na realidade é essa questão política dos sindicatos também, acaba envolvendo, às vezes, hã, como é que vou te dizer, assim, disputa de poder. Entendeu? Muitas situações do sindicato usar o serviço do centro de referência pra promoção política (...) o centro de referência como arma política de luta. É claro que não é só isso (...) a minha experiência com sindicato, principalmente o Sindicato S., com que eu trabalhei mais (...) São um sindicato que se engajam bastante nessa área de saúde do trabalhador. (C., técnico)

Ao mesmo tempo em que reconhecem a saúde como novo espaço de luta sindical, principalmente a partir das contingências do mundo atual, quando pelas profundas mudanças no mundo do trabalho os sindicatos perderam pontos de reivindicação tradicionalmente abordados, percebem as dificuldades vivenciadas pelos sindicatos mesmo neste campo.

Os sindicatos meio que perderam muito o poder. Com a questão do desemprego eu acho que houve, inclusive, uma redução, inclusive, das diretorias do sindicato. Então eles meio que diminuíram a participação. (...) A gente ia lá, fazia a notificação

regular, muitas vezes fazia uma multa, mas aí tu não vês muito resultado. (G., técnico)

Assim, os mesmos técnicos, observavam que ao lado dos ganhos obtidos acima, os sindicatos, de modo geral, conseguiam levar adiante objetivos relacionados à saúde - que os próprios técnicos pensavam ser importantes para a saúde, como melhorias diretas no local de trabalho.

No entanto, a democracia participativa não se faz sem conflito ou sem medo, pois a interação pressupõe o jogo de forças entre os atores políticos. A posição de uma técnica demonstra isso, com muita clareza:

Na verdade tem um grande medo dos técnicos em trabalhar com o movimento sindical. (...) tem um conflito também. (...) Qual é o espaço do movimento sindical, qual é o espaço dos técnicos? Há uma dificuldade de ambos os lados. (...) É uma relação difícil de estabelecer (...) Então dá um medo porque tu vai 'tá discutindo primeiro, com seres politizados, por outro, por dirigentes que na maioria das vezes conhecem muito mais de produto químico, de risco e de doença do que nós mesmos. Então dá um certo medo de que o nosso saber não é o suficiente, porque a gente continua querendo uma relação de supremacia e, por outro lado, os sindicatos também procuram achar nos técnicos do centro de referência o centro do poder e do saber mais que ele, porque a sociedade disse isso. Acho que isto é muito complexo. (...) Às vezes aumenta o conflito. Além do conflito da saúde do trabalhador com o mercado, com a relação com o capital, tem uma relação de poder e de conflito com o próprio movimento. (T., técnica)

Desse modo, ao considerarem que não houve a participação sindical conforme o esperado, os técnicos demonstram valer-se de outra racionalidade, diferente da utilizada pelos sindicalistas, que perceberam na parceria com os técnicos a conquista de objetivos que para eles eram importantes e, na prática, não se distanciavam tanto das questões de saúde, principalmente porque fortaleceram o movimento sindical, como veremos adiante. Isso também leva à observação de que os objetivos de uma política, conforme Vallès (2002) nem sempre estão claros para todos e são diferentes para os diferentes atores. O nascimento de uma política pública parte mesmo de um ponto conflitivo, que demanda solução política e técnica e que vai abarcar uma grande parte da sociedade, com uma certa dose de coerção. No caso, a saúde do trabalhador lida com a exploração e o controle do trabalho pelo capital e com todas

as formas de dominação subjacentes ao modo de regulamentação capitalista. Há que lidar com diferentes modos de viver e de lidar e construir a realidade social, mas na medida em que se dá a parceria técnico-representante de trabalhadores e que eles efetivamente interagem, vai sendo tecida uma rede, que é contra-hegemônica, onde todas as formas de resistência podem ter expressão.

A partir dos movimentos dos atores sociais, tendo todos eles clareza disto ou não, as forças de reação podem ser potencializadas e, ao lado das questões de saúde, outros aspectos da vida são trazidos, inclusive a necessidade da conquista do poder - aqui como posição na organização com suas vantagens políticas, econômicas, sociais.

Os representantes sindicais, por sua vez, reconhecem na ação conjunta com os técnicos a possibilidade de aprendizagem e o desencadeamento de ações mais efetivas - como vimos anteriormente. Mesmo que em alguns ainda transpareça um certo grau de dependência, para a maior parte dos sindicatos entrevistados, o estímulo à ação sindical mais efetiva foi produzido. A participação conjunta, na verdade, leva a um efeito integrativo, tanto para técnicos quanto para sindicalistas, pois surge o sentimento de pertencimento a um grupo que luta pela saúde do trabalhador e mobiliza os esforços conjuntos sempre que este ideal vê-se ameaçado. Por exemplo, quando o CRST esteve à beira de modificações profundas em suas atribuições, de modo que deixaria de fazer a vigilância nos locais de trabalho, por decisão da coordenação da secretaria municipal de saúde, os sindicatos se mobilizaram e, junto com os técnicos, mantiveram a proposta original do serviço.

Viu-se, dentre outros, como pontos comuns entre técnicos e sindicalistas a idéia de que não se deve monetizar o risco, que ele deve ser modificado na fonte, que os trabalhadores devem ter o direito à informação, de que os sindicatos devem proporcionar isto, junto com o serviço público, que esse tipo de serviço, como o CRST de Porto Alegre, deve permanecer e que se cumpram os propósitos dos demais CRRST.

A formação, em cursos com metodologia participativa, promovidos pelo CRST ou pela CPAIST, foi fundamental para promover interação técnico-política, pois preparou um grande contingente de pessoas no estado todo - em torno de 200 pessoas, entre técnicos, sindicalistas e representantes de movimentos populares em cinco edições do curso sobre vigilância com 280 h - que poderão desenvolver ações na medida em que os CRRST iniciarem seus trabalhos.

(...) na verdade esses cursos eles sensibilizaram (...) as pessoas ficaram com uma visão clara de riscos e de que existem instrumentos que podem estar procurando, o próprio mapeamento de risco, que é um processo possível de estar sendo feito numa vigilância em qualquer local; como é que se organiza um *check-list*. As pessoas sabem que existe o instrumento, mas as pessoas só vão estar preparadas quando elas tiverem que fazer. (T., técnica)

Para alguns sindicatos, as capacitações fortaleceram a ação no próprio local de trabalho. Um sindicato considerou como maior ganho na parceria com o CRST, a capacitação de todos os seus dirigentes sindicais. Houve o desencadeamento de pesquisas e novas parcerias com universidades, fato este considerado por eles como muito importante para a atuação em saúde do trabalhador e que, além da maturidade que já possuíam na luta sindical, foram também estimulados pelo convívio com o CRST, pois "a concepção do SUS, a integralidade, o controle social, essas coisas assim foi peça-chave" (S., técnica).

Portanto, um dos aspectos da constituição de uma nova forma de cidadania pode ser observado especificamente na relação entre técnicos e sindicatos. Essa cidadania que vem reivindicar o direito à saúde, onde o técnico é parte fundamental - em parte pelo acesso ao e pela produção do conhecimento sistematizado pela racionalidade cognitivo-experimental da ciência moderna - vai se constituindo como uma cidadania solidária justamente por negar a predominância do conhecimento técnico sobre o saber operário, por ter a intenção de resgatá-lo na prática de saúde e por fazê-lo efetivamente durante a ação da vigilância dos processos e ambientes de trabalho.

A vinculação entre técnicos e sindicalistas demonstra as várias faces de uma sociedade marcada pela divisão do indivisível: o exercício do poder político do cidadão, seja ele técnico

ou sindicalista, o conhecimento sobre a própria vida e desejo de obter melhores condições de vida e o desenvolvimento da comunidade onde se vive. Justamente no encontro entre o exercício do poder político, do conhecimento e da vivência, vai sendo constituída uma cultura democrático-participativa.

Dentre os próprios sindicatos pesquisados há os que estão organizados para atender os aspectos de saúde do trabalhador, e que incrementaram suas ações a partir do contato com o SUS, assim como os que apenas iniciaram esta caminhada através das vigilâncias. Com relação ao conhecimento sobre o SUS como um todo percebe-se uma variedade de posições, desde os que compreendem a proposta e foram partícipes da sua construção, até aqueles que dizem utilizar o sistema exclusivamente para as questões relacionadas à saúde do trabalhador, tanto vigilância quanto assistência a trabalhadores já adoecidos. Mas todos eles descrevem aspectos positivos na relação com o SUS e com os técnicos de saúde.

Com relação aos sindicatos, destaca-se a ampliação dos espaços de participação. Pode-se observar que no processo da implementação da política de saúde do trabalhador no estado do Rio Grande do Sul, vários sindicatos passaram a fazer parte das instâncias de controle social, e os que já o faziam, sentiram-se fortalecidos.

Quando veio a possibilidade de se criar conselhos gestores municipais, fomos construtores. (I., sindicalista)

Nós não íamos na reunião e aí eles cobravam. (...) Até hoje eles mandam carta, se não vem, eles já ligam pra nós. (...) e agente diz que não tem tempo, porque é muito corrida. (P., sindicalista)

Os conselhos junto, discutindo os problemas de saúde do tabalhador. Isso aí foi uma coisa que eu nunca tinha visto na minha vida. (V., técnica)

(...) como representante do conselho gestor, na reformulação do centro de referência regional, a gente viu quais os trabalhadores, a gente trabalhou em conjunto pra ver quais os trabalhadores que necessitariam estar neste quadro pra atender o centro de referência. (...) Então, já tinha a questão das equipes multidisciplinares. E até hoje na CIST a gente não conseguiu deslindar isso aí. (...) a gente inclusive quer discutir até no Conselho Municipal de Saúde qual a finalidade do centro de referência (...) Pra que finalidade e as verbas que foram dadas (...) é a nossa incumbência pra início desse ano, saber como é que fica. E na CIST (estadual) também, que a CIST pesa muito como comissão de saúde do trabalhador. (W., sindicalista)

Os sindicatos utilizaram diferentes formas de pressão na luta pela saúde e estiveram sempre apoiados pelo serviço de saúde do trabalhador.

Fizemos em Porto Alegre uma audiência pública. Aí veio gente do INSS, do Centro de Referência, do DRT, do Ministério Público Federal do Trabalho, fizemos lá, veio os deputados tudo e gente fez um dossiê enorme de todos os problemas que tinham (...) a empresa não esperava por aquilo (...) foi até pra Brasília aquela questão ali e aí eles pediram que a empresa tomasse providências imediatamente. (...) Na questão da saúde teve um movimento bom. (P., sindicalista)

A gente teve algumas coisas com eles, inclusive uma discussão na comissão de direitos humanos da Assembléia Legislativa. Olha, sem nenhuma modéstia, a nossa participação foi absolutamente decisiva pro resultado que eles tiveram naquela discussão. Então, quando acontece uma coisa dessas, é claro que tu valoriza o processo que foi feito. (Z., técnico)

A gente tem no mínimo dois materiais informativos por mês, no mínimo. Já em períodos de campanha salarial é um por semana. Então, a gente informa os trabalhadores dos problemas, os riscos, que tem que denunciar, que tem que vir pro sindicato, quando sente algum problema. (...) A gente brigou, brigou, brigou no conselho municipal, então hoje já tem setor de fisioterapia no próprio município, o que não resolve o problema também, A gente queria que ninguém adoecesse e precisasse fazer fisioterapia. (F., sindicalista)

O simples fato de o dirigente sindical adentrar os locais de trabalho já significou uma forma de exercício de poder sobre o mundo do trabalho, que seria muito difícil de ser obtido sem a parceria com o poder público. A partir especificamente da ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho, os sindicalistas perceberam o reforço da atuação política entre os trabalhadores de suas bases, devido aos ganhos obtidos com a intervenção de saúde.

(...) os trabalhadores começaram a ver o sindicato, por que nós íamos. (...) Mas foi muito bom, tanto é que houve melhorias a partir daquele momento, começou-se a detectar os seus problemas e começou-se a fazer as melhorias dentro da empresa." (W., sindicalista)

O que o trabalhador quer hoje em dia? Ele quer ver o sindicato atuando, participando. Muitas vezes a gente vai lá na empresa, se for acompanhar a vigilância, o trabalhador já fica: "oh, o sindicato 'tá fazendo alguma coisa pra nós, nós temos que nos sindicalizar, temos que estar ali presentes". É uma questão que quanto mais unido, melhor a coisa anda, neste sentido aí. Integração dos trabalhadores com o sindicato, porque muitas vezes tem gente que tem uma visão: "oh, o sindicato só quer te explorar, não faz nada por ti". Quando ele vê atuando, negociando, largando, que a gente trabalha muito com boletim informativo. (...) Então, a gente tá sempre esclarecendo. (...) então o pessoal começa a procurar e começa a dar resultado. Aí o trabalhador se sente melhor. (O., sindicalista)

Na verdade, não basta o espaço de participação, além dele é preciso que se modifique a cultura de passividade em relação às condições de saúde. Essa superação parece estar

relacionada à ocupação de uma posição de igualdade na relação com os outros, inclusive na relação com o serviço de saúde. Por exemplo, os sindicatos que se posicionaram como parceiros em pé de igualdade com o centro de referência e a CPAIST sentiram-se fortalecidos e propuseram-se a desencadear ações onde transparece sentirem-se aptos para tomar decisões e agir em relação à melhoria das condições de saúde da categoria. Procuram formas de esclarecer os trabalhadores e agem com diferentes instrumentos de pressão, em busca de garantir os direitos da categoria. Essas ações dizem respeito à ampliação da cultura democrático-participativa.

Depois das perícias a gente ia. Entrava lá dentro, voltava e eles não começavam a trancar a gente. Ia até sem o centro, pra dar uma olhada. Porque quem acompanhava nós era o médico do centro de referência, a psicóloga e a médica nossa do trabalho. (...) pelos direitos sim, claro. Depois que a gente começou a fazer, a gente procurou cada vez mais a lutar pelos trabalhadores. (...) se pegar o boletim da semana passada, ou o outro, vai ver no boletim a gente cobrando as mudanças das cadeiras no interior. Que a gente teve uma reunião seis meses atrás, com a empresa, o engenheiro do trabalho e tudo o mais e ele falou pra nós que não tinha mais problema de cadeira no interior, que tava tudo modificado as cadeiras e, então, o que que a gente fez, a gente foi pro interior, bateu foto e nós jogamos na mesa dele (...) a gente foi a semana passada no mesmo lugar e a gente constatou que 'tá lá o mesmo problema. Aí a gente coloca no boletim cobrando deles, denunciando eles, o nome das pessoas, dos engenheiros.(...) informação (...) boletim direto. (P., sindicalista)

O sindicato tá preparado (...) Além de ter os cursos pra dirigentes sindicais, a gente tá fazendo curso pra cipeiros, cipeiros de todas as empresas. Tem alguns dirigentes sindicais que se candidaram pra CIPA e hoje, então, além de dirigentes sindicais são cipeiros (...) e também tem alguns dirigentes sindicais que além de cipeiros e dirigentes eles também 'tão, as empresas têm uma comissão de primeiros socorros (...) então, os próprios cipeiros e dirigentes eles começam a exigir as mudanças dentro das empresas. (F., sindicalista)

Nós tivemos uma vigilância em 1999 (...) o patrão foi extremamente agressivo e rejeitou todas as nossas solicitações e aí o que que aconteceu, o sindicato se organizou e começou a panfletar na porta de fábrica a postura que o patrão 'tava tendo sobre isso, quer dizer, uma fábrica sem qualidade, sem condições de trabalho, causando problema de adoecimento e etc. E os trabalhadores respondiam àquilo, viam claramente que estavam sendo lesados por aquilo de tal forma que o olhar do trabalhador mudou e o patrão se sentiu pressionado e começou a mudar e fez todas as alterações que tinham sido solicitadas. Então a idéia de que o sindicato ou a organização dos trabalhadores tem que ter o direito de negociar com o patrão é que eu acho que é importante. No fundo o ambiente de trabalho é fruto da capacidade dos trabalhadores de reivindicar condições de vida e não de um órgão fiscalizador eventual aí, porque a fiscalização ela muda muito com a postura política dos governos, ainda hoje em dia, principalmente em saúde do trabalhador. (A., técnico)

O sindicato não tem essa questão assim, fiscalizatória (...) pode ser uma questão de denúncia. (...) nossa atuação no dia-a-dia como diretor sindical, em contato com a CIPA, em contato com isso, o trabalhador vem aqui, fizemos palestra, esse quase que é o dia-a-dia que a gente faz aí. (...) nós não somos os fiscalizadores, nós somos os acompanhantes fiscalizadores. (...) E essa é uma questão que a gente tá construindo de dizer que nós diretores sindicais temos por força de lei (...) de entrar. (...) essa questão ainda foi muito rica pra nós, mas a gente sabia de que a gente

poderia voltar lá. Nós, como sindicato, e isso não é descartado. (...) fazer a parceria com o centro, eles tinham a questão do retorno, isso era um processo deles. (...) nós vamos ficar com um grande histórico, que depois nós poderemos ir lá. Nós podemos fazer. Ainda não fizemos por falta de tempo. (...) Podemos pegar os vinte postos que nós fizemos, esse posto aqui tava sem banheiro, sem isso, sem aquilo outro. Vou lá ver se este posto agora tá com isso. Nós não estamos impedidos de fazer isso, de fazer nossa prática sindical. (I., sindicalista)

O espaço da saúde é mais um dos espaços de luta pela cidadania. O movimento dos trabalhadores está na origem dessa luta, desde a criação da proposta do SUS e orienta-se pelo ideário da saúde do trabalhador, que remete à participação nas decisões, direito à informação, direito a recusar-se ao trabalho perigoso e de ter as fontes de riscos eliminadas. Porém, o processo social de implementação da saúde do trabalhador se dá de forma desigual e está vinculado à história de participação de cada sindicato. É importante lembrar que a proposta não se restringe à participação da representação sindical, mas às mais diversas formas de representação de trabalhadores e a eles mesmos, como pessoas. Um dos propósitos da saúde do trabalhador é fazer interagir aspectos individuais e coletivos. No entanto, a realidade deste estudo limita-se àqueles que participaram de várias vigilâncias e a prática ainda restringe-se aos trabalhadores sindicalizados. Há, portanto, um longo caminho a construir, que não está nem bem definido para os próprios trabalhadores. Os sindicalistas reconhecem, entre os sindicalizados, as mais diferentes posições em relação à saúde, além de posturas diversas quanto à participação política de um modo geral.


Seria um dever também, e aí vamos cortar na própria carne, é um dever também do sindicato informar, conscientizar o trabalhador dos seus direitos. Pra isso é sindicato. Se o sindicato também não faz isso, tá pactuando com o silêncio criminoso (...) (I., sindicalista)

O sindicalizado ele é mais informado, mais interessado. Esse não sindicalizado é onde dá os problemas. Quando ele vem, já 'tão tudo atrofiado, não conhecem os direitos e procuram pouco o sindicato. (N., sindicalista)

A maior parte do movimento sindical, sabe, eu falo isso com pesar, não se interessa. Eles falam muito que tem que ter a questão da saúde do trabalhador, colocam como pauta inclusive nas convenções coletivas, comissão em saúde do trabalhador, mas a maior parte dos sindicatos não tem essa visão. Até a nossa própria central, hoje, agora que então tem um membro da CIST, que eu acho que agora vai andar a saúde do trabalhador. Se abrir a página da CUT, saúde do trabalhador não existe. (W., sindicalista)

A questão política do cara modifica bastante (...) cada vez tu vai tendo outra visão (...) dos próprios governos (...) a categoria toda ela é despreparada na questão política mesmo, ela não liga muito, ela não sabe que tudo depende da política: o arroz, o feijão depende da política que tá rodando. (...) na categoria a questão política não é bem discutida (...) politicamente é muito atrasada a nossa categoria no Rio Grande do Sul. (...) Até se precisar fazer uma paralisação na questão de saúde do trabalhador, trazer um pessoal pra vir nesses atos que a gente faz, é difícil, é complicado. (...) O pessoal que a gente conseguiu trazer é o pessoal que tá afastado mesmo, poucas pessoas, mas o pessoal que tá lá dentro da empresa já se retrai mais. Mas eles tem o conhecimento, eles vêem que o sindicato tá trabalhando bem esta questão. (P., sindicalista)

Atingindo diretamente a relação capital-trabalho, a saúde do trabalhador tem muito a construir. A luta pela saúde e uma mudança na condição de vida associada ao trabalho não prioriza o viés econômico, eternamente conjugado à supervalorização do princípio do mercado. Ela vem trazer novos ares, novas formas de expressão da luta pelos direitos, acima de tudo porque significa a luta pela vida. Neste sentido, o movimento, a mudança e não a estabilidade é a sua marca, conforme aponta Dejourns (1986) sobre a busca pela saúde. Se as mudanças nos ambientes e nos processos de trabalho não são tão duradouras quanto se deseja, o importante é que as soluções sejam dinâmicas, que a novos problemas possam ser dadas novas respostas. Para tanto, é preciso trabalhar em conjunto, debater, dialogar, em bases democráticas. Daí o extremo valor das instâncias de participação e de ações, tais como a vigilância dos processos e ambientes de trabalho, que propõem a interação, provocando movimentos - de avaliação, de mudança, de inovação, de participação - dentro dos órgãos onde acontece, contribuindo para o incremento da democracia participativa.



"O que de fato manifestamos apóia-se em inúmeras coisas que silenciamos. (...) Este complemento que se cala e que é sempre bem mais que o dito em cada frase, o conhecemos por diferentes vias. Sobretudo pelo que foi dito antes e pelo que se dirá em seguida. (...) Esta situação real, a partir da qual se fala ou se escreve, é o contexto geral de toda a expressão. A linguagem atua sempre referindo-se a ela, implicando nela e solicitando-a."

Ortega y Gasset

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quem dentre nós já não entrou numa "saia justa" diante de uma criança que se encontra naquela fase em que todas as suas frases, mesmo após uma longa explicação, são arrematadas por um desconcertante "por quê?". Na história "A Curiosidade Premiada" (ALMEIDA & LINARES, 1995), a Glorinha chegou a sofrer de curiosidade acumulada, um mal tão grave que a menina poderia "até explodir". O remédio recomendado aos pais foi dar todas as respostas possíveis e, quando não soubessem mais responder, perguntar junto com a filha. Foi um tal de pesquisar e aprender que não parou mais! E o prêmio da Glorinha, qual foi? Além de aprender muito, descobrir que vivia num mundo extremamente interessante!

Parece que os pesquisadores e pesquisadoras – mais uma candidata aqui! – exercitam o tempo todo esse poder de perguntar. Poder que pode fazer o mundo ficar ainda mais interessante, porque pode levar à ação transformadora.

Quando se adentrou o espaço da investigação científica o objetivo era aliar a uma prática já iniciada em políticas públicas, especialmente em saúde do trabalhador, o instrumental da avaliação, com uma certa noção de que o Mestrado em Desenvolvimento Regional seria o espaço para descobrir se os objetivos da ação de vigilância dos processos e ambientes de trabalho estavam sendo alcançados e estabelecer outras relações, já que a saúde do trabalhador tem essa proposta de integrar diferentes formas de conhecer e abordar a realidade e se propõe a lidar com a conflituosa relação entre o capital e o trabalho, transversalizada pela saúde. Esse mestrado, devido ao seu caráter interdisciplinar e à visão de

desenvolvimento como um processo que necessariamente passa pela interação sócio-política – sem desprezar os “poderosos anseios” econômicos – e pela construção da identidade institucional local, realmente forneceu os instrumentos e a base teórico-metodológica para um estudo até mais aprofundado do que a proposta inicial.

Foi possível constatar que a prática da vigilância dos processos e ambientes de trabalho, enquanto prática social construída no campo da saúde coletiva, pode ser conformadora de uma cidadania solidária, que se concretiza nas relações horizontais entre as pessoas e não se limita à expressão da relação cidadão/Estado, mas se expressa e depende da interação sinérgica entre o Estado e a Sociedade Civil. Essa relação é fundamental para construção de novas formas de convívio em sociedade e para a diminuição de situações de desigualdade.

A cidadania solidária é compatível com a democracia participativa e com a ampliação de espaços de decisão na sociedade como um todo. As atitudes que constroem uma cultura política de participação – que por sua vez retroalimenta a condição de cidadania - incluem desde a forma compartilhada de constituir as ações da vigilância até as alternativas encontradas pelos técnicos e pelos representantes de trabalhadores aos impasses presentes no conflituoso ambiente da implementação.

O fato da avaliação dessa ação de política pública dar-se num momento em que a própria ação está sendo questionada – através de um lance vitorioso de um ator “de peso”, que é a FIERGS – reitera a necessidade de se mostrar a consistência da execução da ação e o valor que tem para os usuários.

O modo de fazer a vigilância respeita as suas origens e cumpre a proposta inicial da *policy*, entrosado que está com o mais genuíno movimento do novo sindicalismo, ao mesmo tempo em que cumpre os princípios e diretrizes do SUS. Aliás, a construção da proposta da saúde do trabalhador como política pública nasceu dos movimentos reivindicatórios dos trabalhadores aliados a técnicos que compartilhavam a concepção de autonomia e de

valorização do saber operário, aqueles que defendiam a democratização do país e a criação de um consistente sistema de proteção social.

Pode-se dizer que este processo de implementação tem um grau de flexibilidade que favorece a aprendizagem sobre a *policy* e a própria saúde, ampliando as possibilidades de ter uma avaliação positiva.

Porém, os efeitos da vigilância dos processos e ambientes de trabalho expressam-se mais na forma de mudanças nos ambientes de trabalho, como higiene, prédios, refeitórios, do que na forma de mudanças na organização do trabalho. Estas são mais profundas – adoção de pausas, colocação de cadeiras apropriadas e permissão de mudança de ritmo e de carga de trabalho, redução do trabalho infantil penoso – e foram relatadas por sindicalistas que conseguiram introduzir diretores sindicais capacitados nos locais onde foram feitas as vigilâncias. Tal fato vem fortalecer a idéia apresentada por diversos autores de que o modo de regulamentação capitalista e o desenvolvimento nele incrementado, supervaloriza os aspectos de mercado, em detrimento das condições de vida e trabalho das pessoas, mas que pode ter melhor equilibrado o conflito entre capital e trabalho dele proveniente, se houver o incremento de participação dos trabalhadores. Eis aí um bom tema a ser estudado: a relação entre a ação mais efetiva dos trabalhadores de cada local para a profundidade das mudanças – aquelas que significam maior controle sobre o próprio processo de trabalho. Uma pessoa entrevistada observou, nos casos de controle direto dos sindicatos, uma maior permanência das mudanças, mas certamente muito se tem a explorar sobre o tipo de mudança obtida sempre que técnicos e sindicatos puderem ampliar a participação e fortalecimento dos trabalhadores em seus locais de trabalho.

O fortalecimento do movimento sindical, percebido através de ações informativas importantes junto aos sindicalizados e a valorização destes pelo trabalho na saúde foi, do ponto de vista dos sindicalistas, um dos pontos principais na relação entre a vigilância dos

processos e ambientes de trabalho e a construção de cidadania. Ela manifesta-se em duas vias: fortalece o movimento sindical, que passa a informar mais os sindicalizados, podendo contribuir para a conscientização dos mesmos sobre os problemas de saúde, o que em contrapartida tende a levá-los a apoiar o sindicato e participar das ações que propõe; interagindo mais com a sua base, o sindicato se fortalece e pode mobilizar melhor a categoria em busca de seus direitos e obter maiores conquistas, inclusive nas convenções coletivas.

Quanto aos técnicos, certamente não é sem conflito que têm se tornado cidadãos mais efetivos: cobrando, negociando por melhores condições de vida para os usuários da *policy*, sendo eles também trabalhadores que aprendem a reivindicar os seus próprios direitos. O gosto pelo trabalho, o desafio, a importância do trabalho em equipe com os diferentes profissionais aprendendo uns com os outros, para além da disciplinarização. Importante salientar a valorização, por parte dos técnicos, do saber produzido pelos trabalhadores, o cerne da proposta da saúde do trabalhador, que leva a um reposicionamento daqueles em sua atividade, proporcionando uma visão mais ampla sobre os problemas sociais, na medida em que interagem. Quando os técnicos se queixam da ausência dos sindicatos, estão justamente reafirmando o valor da interação que têm com eles, apesar de por vezes pensarem de modos diversos. Esse ingresso no jogo político (aspecto que sofre restrições de parcela dos técnicos - alguns não gostam disso, outro reiteram que são técnicos, mas auxiliam) pressupõe uma mudança profunda nos modos de construir o conhecimento científico e no modo de agir. É preciso pensar essa relação técnico/movimento sindical com muito cuidado. Não basta chamar a participar; tem que ser construídas novas formas de participação, sob pena de que se esgotem as forças de luta, tanto de técnicos quanto de trabalhadores.

Considerando, então, os pressupostos da política de atenção integral à saúde do trabalhador e, particularmente, a prática da ação de vigilância dos processos e ambientes de

trabalho efetivada pelo SUS no Rio Grande do Sul, pode-se considerá-la como instrumento de ampliação de direitos dos cidadãos e como construtora de novas formas de cidadania.

Cabe lembrar que, por um lado, a prática da vigilância dos processos e ambientes de trabalho sofre os efeitos daquilo que Mendes (1999) denomina "crise institucional do SUS", por outro, abre as possibilidades de criatividade e dinamicidade, própria dos novos movimentos sociais, como vimos em Santos.

Com relação aos determinantes externos da crise institucional do SUS – que é reflexo da crise do Estado brasileiro – a ação de vigilância sofre com a falta de planejamento adequado, com a problemática do financiamento, a inadequação das multas e, fundamentalmente, com a falta de um trabalho interministerial e verdadeiramente intersetorial. Com relação ao determinante interno onde se observa a incoerência dos métodos e estruturas com o novo objeto em construção, há muito a construir em termos de estrutura e funcionamento das secretarias estaduais e municipais, assim como da postura que o Ministério da Saúde tem adotado, de supervalorizar a assistência. Não há avaliação, tampouco valorização dos serviços ou busca de modos de incrementar essa intersecção entre o técnico e o político. Enquanto prática dos serviços, na ponta do sistema, a vigilância parece muito diretamente atingida pelos determinantes da crise institucional da saúde.

Assim, há necessidade de mudanças institucionais por parte do Estado, para que possa efetivamente unir forças com a Sociedade Civil. Apesar do diferencial da política de saúde do trabalhador, na qual os atores locais participaram da formulação, as mudanças devem ainda passar, por um lado, pela radical descentralização institucional do sistema, o que deve incluir descentralização de financiamento e de poder legal para efetivar a ação e, por outro lado, pela prática do planejamento e da avaliação, em todos os níveis, durante a implementação, com criação de instrumentos adequados para tanto.

Com relação ao planejamento, tomando-se a proposta de Carlos Matus, tem-se a possibilidade de criar possibilidades futuras – com razoável eficácia e eficiência – a partir da criação de estratégias, o que além de tudo fortalece a interação técnico-política em razão do caráter democrático do planejamento estratégico situacional. Sugere-se um estudo teórico prático neste sentido.

Com relação a avaliação de políticas públicas, é preciso perguntar muito mais do que responder, se quisermos realmente avaliar uma *policy*, conforme orientam Browne & Wildavsky (1998) e isto não tem sido feito na dimensão em que é necessário.

No seio da Sociedade Civil há também que se fazer perguntas. Para realizar uma ação de impacto no estado gaúcho como um todo, não haveria que descentralizar também os movimentos sindicais, para além dos nossos conhecidos centros industriais, inclusive ampliando a parceria com outros movimentos sociais? Informar, capacitar em modelos e instrumentos adequados à sua forma de conhecer-transformar? Não será tarefa, para além do conhecimento técnico, principalmente organizativa e política, dentro de cada órgão, a ampliação dos espaços democráticos e a sua descentralização?

Levando em conta que esta ação, como parte integrante do SUS, é tão nova e tão difícil de implementar quanto ele, passando por todos os seus revezes, é certo que vai demandar um grande esforço, tanto do Estado, que tem um papel fundamental em um país em que a consolidação da democracia requer atenção a cada dia, quanto da Sociedade Civil, cada um com sua identidade, com suas atribuições, mas certamente em interação. Uma interação que na área da saúde do trabalhador, pelo menos, não significa somente acordo e consenso, mas também confronto e luta. Afinal no jogo da interação humana - mediado e contido na configuração institucional - há tantas avaliações situacionais quanto atores envolvidos e eles estão a cada instante, montando estratégias, em busca do cumprimento de seus objetivos,

passando por várias nuances que vão de momentos de completo confronto até a mais alta cooperação.

ANEXO A

Roteiro da Entrevista

1. Apresentação (sob a forma de apresentação, quando a pessoa entrevistada poderá posicionar-se, ou seja definir à entrevistadora “de que lugar está falando, quando fala com esta”) Busca-se conhecer:
 - 1.1. Entidade que representa/local de trabalho:
 - 1.2. Tempo na função:
 - 1.3. Estabilidade na função:
2. Busca de motivos que o levaram a escolher/exercer a função. Breve histórico de sua relação com o trabalho, experiências prévias que relaciona com a atividade que exerce hoje. (falar de si mesmo no trabalho)
3. Experiência do entrevistado em vigilâncias/ conhecimento sobre as vigilâncias realizadas por outras pessoas (busca-se obter um pequeno histórico sobre a ocorrência de vigilâncias antes de 1999, quem realizava a vigilância em âmbito municipal e estadual e que percepção os técnicos e trabalhadores têm sobre isso).
4. Descrição da vigilância conjunta: época em que foi realizada, com a participação de quem, local onde foi feita, métodos utilizados, planejamento, coordenação, avaliação do trabalho realizado – quando, por quem - resultados obtidos em relação ao objetivo almejado, efeitos. exemplos de vigilâncias bem sucedidas, exemplos de vigilâncias mal-sucedidas. Sua análise sobre isso.
5. Relato da experiência pessoal: significado de ter participado, reflexos sobre seu trabalho, relatos de situações concretas onde seja possível observar estes reflexos.
6. Questionamentos políticos, ideológicos, técnicos, etc, provenientes da experiência da vigilância: pessoais; relacionados aos grupos que representam; relacionados ao mundo/sociedade em que vivemos.
7. A participação na vigilância poderá potencializar a ação sindical? A ação técnica da vigilância sanitária tem ganhos quando é feita junto com o sindicato? Ou, pelo contrário, há perdas e dificuldades ou, ainda, nada acontece, ficando tudo como sempre foi?
8. O processo em si, da participação na vigilância, ampliou sua consciência em relação ao processo de trabalho? E à relação trabalho-saúde-doença?

9. Percepção que tem de sua participação política na função que exerce e/ou na comunidade onde mora, a partir das ações de vigilância conjunta. Houve efeitos sobre o seu senso de cidadania?

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (OU TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

Pelo presente termo, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido(a), dos riscos, desconfortos e benefícios do presente Projeto de Pesquisa, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- do compromisso de me ser proporcionada informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando.

A pesquisadora responsável por este Projeto de Pesquisa é a mestranda em Desenvolvimento Regional, pela UNISC, Maria Luisa de Macedo (fone (51) 3731.1770), sob orientação do prof. Dr. João Pedro Schmidt, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição em julho de 2003.

Data: __/__/__

Nome e assinatura do Entrevistado: _____

OBS.: O presente documento será assinado em duas vias, de igual teor, ficando um: em poder do Entrevistado e outra com o Pesquisador Responsável.

ANEXO C

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Ildeberto Muniz de (Org). *Caminhos da análise de acidentes de trabalho*.

Brasília: MTE, SIT, 2003.

ALMEIDA, Fernanda Lopes de; LINARES, Alcy. *A curiosidade premiada*. 21 ed. São Paulo: Editora Ática, 1995.

AYRES, Isabela B.S.J.; NOBRE, Letícia C.C., *Vigilância em saúde do trabalhador*. In: BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado *Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador*. Salvador: CESAT/CESAB, 2002, p.13-23.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado *Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador*. Salvador: CESAT/CESAB, 2002.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1997*. Rio de Janeiro: FGV, 1997.

BECKER, D. F. *A contradição em processo – o local e o global na dinâmica do desenvolvimento regional*. Santa Cruz do Sul, PPGDR – Mestrado e Doutorado – UNISC, 2002. Inédito. Cópia digital.

_____. *A economia política dos direitos fundamentais: uma primeira aproximação teórica dos fundamentos econômicos dos direitos fundamentais*. In: LEAL, R.G. e ARAÚJO, L.E.B. *Direitos sociais & políticas públicas – desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001a, p.315-364.

_____. *O conhecimento se fazendo*. Santa Cruz do Sul, PPGDR – Mestrado e Doutorado – UNISC, 2001b. Inédito. Cópia digital.

_____. *A economia política contemporânea – algumas considerações lógico-metodológicas*. Santa Cruz do Sul, PPGDR – Mestrado e Doutorado – UNISC, 2000. Inédito. Cópia digital.

BECKER, D. F.; BANDEIRA, P.S. (org). *Determinantes e desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2000, p.13-20.

BECKER, D. F.; SILVA, M.B.O. O rasgo contemporâneo da lógica dialética – uma concepção metodológica para a análise qualitativa do processo de desenvolvimento local-regional. *Redes*, Revista do Mestrado em Desenvolvimento Regional – UNISC. Santa Cruz do Sul, v.5, n. 2, p.41-62, maio/ago, 2000.

BINDER, Maria Cecília Pereira; MONTEAU, Michel; ALMEIDA, Ildeberto Muniz de. *Árvore de causas: método de investigação de acidentes de trabalho*. São Paulo: Publisher Brasil, 1996.

BOBBIO, Norberto. *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*. 9ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

BOISIER, Sérgio. El desarrollo territorial a partir de la construcción de capital sinérgico. *Redes*, Revista do Mestrado em Desenvolvimento Regional - UNISC. Santa Cruz do Sul, v.4, n. 1, p.62-78, jan./abr., 1999.

BRANCO, Manuel C. P. Da democracia e do desenvolvimento: quatro teses e uma síntese. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Lisboa, nº 55, nov. 1999.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 1 679: RENAST - rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS*. Brasília: DOU nº 183 - seção 1, 20 de setembro de 2002 (a).

_____. *Portaria 656: normas para cadastramento dos centros de referência em saúde do trabalhador*. Brasília, 2002 (b).

_____. *Portaria nº 3 120: Instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS*. Brasília: Diário Oficial da União, n 124, seção 1, 02 de julho de 1998 (a).

_____. *Portaria nº 3 908: Norma operacional de saúde do trabalhador*. Brasília: Diário Oficial da União, n 215-E, seção 1, p.17, 10 de novembro de 1998 (b).

BROWNE, Angela; WILDAVSKY, Aaron. La implementación como adaptación mutua. In: PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron. *Implementación: cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*. México: Fondo de Cultura Económica, 1998, p. 315-346.

CARVALHO, Denis e YAMAMOTO, Osvaldo. Psicologia e saúde: uma análise da estruturação de um novo campo teórico-prático. *Psico*. Porto Alegre: 30(1), p 5-28, jan-jun 1999.

CES/RS - Conselho Estadual de Saúde. *Informativo - CES/RS*. Porto Alegre: CES/RS, ano II, n 6, junho de 2003 (a).

_____. *Resolução nº 1404/2003*. Porto Alegre: Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, p. 42, 24/12/2003 (b).

CES; SES/RS - Conselho Estadual de Saúde; Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. *Código estadual de saúde: construído com a sua participação*. Porto Alegre: SES/RS, 2002.

CIST-CES/RS. Livro de atas e documentos da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: CES/RS, 2003.

COELHO, Vera Schattan P. Interesses e instituições na política de saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo: ANPOCS, n. 37, v. 13, p.115-128, junho, 1998.

CORRÊA, Maria Juliana Moura. A política de atenção integral à saúde do trabalhador - compromisso político com a proteção à saúde. In: RIO GRANDE DO SUL. *I Encontro estadual de saúde do trabalhador*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, 1999, p. 31-32.

COSTA, Danilo Fernandes et al. *Programa de saúde dos trabalhadores. A experiência da Zona Norte: uma alternativa em saúde pública*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

CPAIST - Coordenadoria da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. *Protocolo de implementação da atenção integral à saúde do trabalhador no RS*. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, dezembro de 2001.

_____. *Política de atenção integral à saúde do trabalhador*. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2000 (a).

_____. *Amparo legal ao sistema de informações em saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2000 (b).

DAPPER, Virgínia; GLEICH, Clarissa; KALIL, Fábio; NUSSBAUER, Luciana; VOGT, Elias. A vigilância à saúde do trabalhador do setor informal de extração mineral. *Boletim epidemiológico*. Porto Alegre: Centro Estadual de Vigilância em Saúde - SES/RS, v.5, n. 1, ago./set. 2003.

D'ARAUJO, Maria Celina Soares. *Capital social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. *Revista brasileira de saúde ocupacional*. Nº 54, vol. 14, abril/maio/ junho, 1986.

DEMO, Pedro. *Metodologia científica em ciências sociais*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989, p.88-132.

DESLANDES, Suely F. *A construção do projeto de pesquisa*. In.: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

DIAS, Elizabeth Costa. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, J.T.P.; ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. (org.). *Isto é trabalho de gente?* Petrópolis: Vozes, 1994, p. 138-156.

DIESAT, Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde e dos Ambientes do Trabalho. Estudo e intervenção nos locais de trabalho através do mapa de risco. In: SES/RS; Escola dos Trabalhadores Oito de Março. *III Curso de aperfeiçoamento e capacitação em vigilância à saúde do trabalhador*. Módulo 3. Porto Alegre: SES/RS, p. 2-29, 24 a 28 de setembro de 2001.

- ETGES, Virgínia E. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, O.P. & SILVEIRA, R.L.L. da (org). *Vale do Rio Pardo: reconhecendo a região*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001, p. 351-365.
- FERLA, Alcindo e FAGUNDES, Sandra. *O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Da Casa, 2002.
- FERREIRA, Leda Leal. Apresentação ao texto de Christoph Dejours. *Revista brasileira de saúde ocupacional*. n. 54, v. 14, abril, maio e junho de 1986.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 7 ed. Rio de Janeiro, 1979.
- GOLDIM, José Roberto. *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 1997, p. 105-118 e 191-192.
- HARVEY, David. *Condição Pós- Moderna*. 7ª ed. São Paulo: Loyola, 1998.
- HESS, José Rodolpho. Resumo histórico e características do método não-diretivo. In: _____. *O amor em Dom Bosco e em Rogers*. Santa Rosa: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Dom Bosco, 1979, p.79-111.
- HUERTAS, Franco. *O método PES: entrevista com Matus*. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- IOKOI, Zilda Márcia Gricoli. *Lutas sociais na América Latina*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1989.
- JAEGER, Maria Luiza; CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A.; MÜLLER, Ana Maria C.; ANJOS, Celso B. dos. Implantação do SUS no Rio Grande do Sul: linhas estratégicas da secretaria da saúde na gestão democrático-popular eleita para o mandato de 1999 a 2002. *Boletim da Saúde*. Revista da Escola de Saúde Pública. Porto Alegre: SES/ESP-RS, v 14, n 1, 1999-2000.
- LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LIMA JR., Olavo Brasil. *Instituições políticas democráticas: o segredo da legitimidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MACEDO, Maria Luisa; SANTORUM, Kátia. A intersectorialidade na construção de políticas públicas em saúde do trabalhador: por um SUS de verdade. *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro: CEBES e ESP/RS, n 23, dezembro de 2001, p.63-74.

MARSHALL, Theodore Humphrey. Cidadania e classe social. In: _____. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967, p. 57-114.

MATUS, Carlos. *Política, planejamento & governo*. 3 Ed. Brasília: IPEA, 1997, tomo I.

_____. *Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi – estratégias políticas*. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. 2ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de saúde pública*. São Paulo, 25(5), 1991, p. 341 a 349.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Seminário: Direito e as relações de saúde e trabalho no SUS*.

Brasília: Ministério da Saúde e FIOCRUZ, 24 a 25 de novembro de 2003.

_____. *Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de LER/DORT*.

Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 77, Janeiro de 2002 (a).

_____. *Guia do conselheiro*. Curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2002 (b).

_____. *Relatório da 1ª oficina nacional de implantação da RENAST*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 9 de dezembro de 2002 (c).

_____. *Doenças relacionadas ao trabalho - manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114, 2001.

MISOCZKY, Maria Ceci. Reforma do Estado: uma revisão de propostas e referenciais. *Redes*, Revista do Mestrado em Desenvolvimento Regional - UNISC. Santa Cruz do Sul, v.4, n. 1, p.33-60, jan./abr., 1999.

NARDI, H. C. *Saúde, trabalho e discurso médico*; a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1999.

NOBRE, Letícia. A prática atual de saúde do trabalhador - nós críticos. In: SILVA, Jandira Maciel da (org). *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - desafio da construção de um modelo estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, série D. Reuniões e Conferências, nº 10, setembro de 2001, p.105-108.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. In: FISCHER, Frida Marina; GOMES, Jorge da Rocha; COLACIOPPO, Sérgio (Orgs). *Tópicos de saúde do trabalhador*. São Paulo: HUCITEC, 1989, p. 223-237.

NUNES, Edson. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. 2ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

PAIM, Jairnilson S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. *Seminários temáticos permanentes*. Brasília: ANVISA/ISC-UFBA, 28/03/2001.(mimeo).

PATEMAN, Carole. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PÈREZ, Marco A. G. *Sobre o projeto de lei 1.011, de autoria do deputado Roberto Gouveia, que ora tramita na câmara dos deputados*. Brasília: Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador, setembro de 2003, mimeo, p.1-18.

_____. De onde vem a saúde do trabalhador? In: SILVA, Jandira Maciel da (org). *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - desafio da construção de um modelo*

estratégico. Brasília: Ministério da Saúde, série D. Reuniões e Conferências, nº 10, setembro de 2001, p. 103-104.

PERLS; Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.

PUTNAM, Robert D. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

RIBEIRO, Walter. *Existência→ essência*. São Paulo: Summus, 1998.

RIO GRANDE DO SUL. *Decreto nº 42 283*. Porto Alegre: DOE, 04 de junho de 2003 (a).

_____. *Portaria 47/2003*. Porto Alegre: DOE, 04 de setembro de 2003 (b).

_____. *Portaria nº 70*. Porto Alegre: DOE, 19 de dezembro de 2003 (c).

_____. *Portaria nº 47/2001*. Porto Alegre: DOE, 27 de dezembro de 2001.

SANTOS, Boaventura de Souza. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SANTOS, Lenir. *Saúde do Trabalhador - conflito de competência: União, estados e municípios*. Interface Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, OPAS, OMS, 2000.

SCHMIDT, João Pedro. Capital social e políticas públicas. In: LEAL, Rogério Gesta; ARAUJO, Luiz Ernani B. de. *Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003, p. 419-458.

_____. Cultura política, democracia e desenvolvimento. *Redes – Revista do Mestrado em Desenvolvimento Regional – UNISC*. Santa Cruz do Sul, v.6, n.2, p.113-137, 2001 (a).

_____. *Juventude e política no Brasil – A socialização política dos jovens na virada do milênio*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001 (b).

_____. Condicionantes culturais das políticas públicas no Brasil. In: LEAL, Rogério Gesta; ARAÚJO, Luiz Ernani B. de. *Direitos sociais & políticas públicas: desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001 (c), p.267-314.

SEMERARO, G. *Gramsci e a sociedade civil*. Petrópolis: Vozes, 1999, p.69-79.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

SES - SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. *Saúde informa*. Especial saúde do trabalhador. Boletim informativo. Porto Alegre: SES/RS, n 5, junho de 2002.

SES; CES – RS. Secretaria Estadual de Saúde; Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. *1ª Conferência estadual de saúde do trabalhador: o SUS na defesa da saúde, trabalho, direito, cidadania e ócio*. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

_____. *SUS é legal*. Legislação federal e estadual. Porto Alegre: Governo do Rio Grande do Sul, 2000.

SILVA, Pedro L.B.; MELO, Marcus A.Barreto de. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. Campinas: NEPP, UNICAMP, caderno nº 48, 2000.

TILLY, Charles. *Coerção, capital e estados europeus*. São Paulo: Edusp, 1996.

TITTONI, Jaqueline. *Subjetividade e trabalho*. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

VALLÈS, Josep M. Las políticas públicas. In: _____. *Ciencia política*. Una introducción. Barcelona: Ed. Ariel, 2002, p. 377-393.

VIANNA, Maria Lúcia T.W. *A emergente temática da política social na bibliografia brasileira*. 1989.

YUNUS, Muhammad. *O banqueiro dos pobres*. São Paulo: Ática, 2000.