

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARGARETH MARCHESI REIS

**PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES NA ELABORAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE**

VITÓRIA
2008

MARGARETH MARCHESI REIS

**PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES NA ELABORAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Maristela Dalbello de Araujo

VITÓRIA
2008

R375p Reis, Margareth Marchesi, 1963-
Participação dos trabalhadores na elaboração das políticas
de saúde / Margareth Marchesi Reis. – 2008.
127 f.

Orientador: Luiz Henrique Borges.

Co-Orientador: Maristela Dalbello Araujo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Política de saúde. 2. Trabalhadores - Saúde e higiene. 3.
Participação. I. Borges, Luiz Henrique. II. Araujo, Maristela
Dalbello. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

MARGARETH MARCHESI REIS

**PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES NA ELABORAÇÃO DAS POLÍTICAS
DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 29 de agosto de 2008.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof.^a Dr.^a Maristela Dalbello Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo
Co-orientadora

Prof.^a Dr.^a Francis Sodré
EMESCAM
(membro externo – titular)

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
(membro interno – titular)

Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Barbosa Moulim
Universidade Federal do Espírito Santo
(membro externo – suplente)

Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo
(membro externo – suplente)

Agradeço,

A Deus que me sustenta em tudo o que faço na vida.

Ao Marco por acreditar e por me apoiar, não apenas como marido, mas como companheiro no amor e nas idéias.

Ao João Pedro e a Maria Clara, meus filhos muito amados que ajudaram e acreditaram que tudo daria certo e terminaria bem.

A minha mãe que, até hoje, continua sendo uma mãe que incentiva que os filhos estudem e oferece o que ela tem de melhor para que isto ocorra.

A minha irmã Marluce que se solidarizou comigo em muitos momentos difíceis e também deu o que pôde para que o Mestrado fosse uma boa experiência para mim.

A Cidinha e Tonico (meus sogros) que, ainda que, passando por tempos difíceis estiveram presentes e me incentivando nessa caminhada.

A uma amiga muito especial, Izabel Eugênia, que na falta de tempo me socorria com os livros.

A todos os amigos do mestrado, uns muito presentes e outros pouco, mas não menos importantes, pois fizemos uma boa caminhada juntos.

Ao Luiz Henrique pela seriedade e ética com que conduziu o processo de pesquisa e de orientação. Pelas enormes contribuições intelectuais e por ter aberto um novo caminho na minha trilha profissional. Obrigada de coração pela oportunidade do convívio com o mestre Luiz Henrique.

A Maristela pelo convívio e pelas discussões que fizeram brotar idéias, sonhos e projetos vindouros.

Meu muito obrigada a todos de coração e alma.

*Desconfiai do mais trivial na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Nada deve parecer natural.
Nada deve parecer impossível de mudar
(Brechet)*

RESUMO

A pesquisa teve por objeto de estudo avaliar a participação de dirigentes sindicais na elaboração de Políticas de Saúde. Analisa tal participação nos fóruns e arenas de debates já instituídos, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, nas três instâncias. Verifica também se existem outras formas de participação e como elas têm se dado. Busca identificar a importância dos espaços institucionalizados para vocalização das demandas de saúde dos trabalhadores. Em virtude de o estudo envolver categorias sociais e enfatizar o cotidiano da participação através da *práxis* social, a abordagem qualitativa mostrou-se como uma boa opção para a investigação, por meio da metodologia da análise de discurso ou produção de sentidos (SPINK, 2000). Foram entrevistados oito dirigentes sindicais que participavam, na ocasião, do Coletivo de Saúde da Central Única dos Trabalhadores (CUT) por terem afinidade com o tema e por conhecerem os espaços de participação. Seguindo a metodologia, elaborou-se um mapa de associação de idéias, o qual mostra o sentido dado pelos dirigentes sindicais às categorias de análise. Verificou-se que esses dirigentes sindicais têm uma concepção de saúde como força e disposição para o trabalho e também para o lazer, que se associa a um bem-estar físico, psíquico, social e espiritual. Para eles, o SUS é tido por um sistema de saúde muito bom, por ser universal e estar pautado no princípio da integralidade, mas ainda difícil de praticar devido a problemas de financiamento e gestão. Eles citam a participação nas arenas políticas instituídas como importante, porém incipiente e estão desenvolvendo outras práticas participativas além do que há de instituído.

Palavras-chave: Saúde; Saúde do Trabalhador; Participação.

ABSTRACT

This research aimed to study the assessment of the participation of the labor force leaders in collaboration with Health Policies. It analyses such participation in forums and debates already set up, such as Health Councils and Health Conferences, in the three court levels. It also verifies the existence of other ways of participation and how they have happened. It searches for the importance of institutional spaces in order to express the demands of the workers' health. Since the study involves social categories and points out the daily routine of the participation through the social praxis, the qualitative approach showed as a good option for investigation. Through discourse analysis methodology or sense production (SPINK, 2000). Eight labor force leaders were interviewed, who participated, at that time, to the Workers' Only Central's (CUT's) Health Meeting, since they are tuned to the subject and they know the fields of participation. Following the methodology, a map of association of ideas was elaborated, which shows the meaning given by the labor force leaders to the categories of analysis. After using the methodology and analyzing the data, we verified that such labor force leaders have a conception of health as strength and will for work and also for leisure, which is associated to a physical, psychic, social and spiritual well-being. For them, the SUS (stands for: Health Only System) is considered a very good health system, for being universal and based on the principle of integrity, but it is still hard to practice due to financial and management problems. They mention the participation within the political arena as important, though insipient and they are developing other participative practices besides the ongoing ones.

Key words: Health; Work Health; Participation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 O LOCUS DO TRABALHO NA VIDA DO HOMEM: SUBMISSÃO E LIBERDADE	11
3 PROCESSO DE TRABALHO, SAÚDE E ADOECIMENTO	21
4 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: SUS	27
5 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS	33
6 METODOLOGIA	41
6.1 SUJEITOS DO ESTUDO.....	42
6.2 TRATAMENTO DOS DADOS	44
6.3 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS.....	46
6.4 CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	47
6.4.1 Saúde.....	47
6.4.2 Sistema Único de Saúde.....	50
6.4.3 Participação	51
7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	56
8 RESULTADOS.....	57
8.1 A SAÚDE COMO ENERGIA PROPULSORA PARA A VIDA E O TRABALHO.....	57
8.2 O SUS NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	71
8.3 A PARTICIPAÇÃO DOS SINDICALISTAS NA ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE	87
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
10 REFERÊNCIAS.....	112
APÊNDICES	120

1 INTRODUÇÃO

Após a atuação de mais de dez anos no setor de recursos humanos de organizações privadas, interessou-nos investigar a participação dos trabalhadores na elaboração das políticas de Saúde, para conhecer a prática de participação social de dirigentes sindicais nos espaços políticos de interlocução com o Estado. Acreditamos que essas práticas podem dar visibilidade à problemática do trabalhador em relação ao seu estado de saúde na atual conjuntura do mercado de trabalho e condições materiais (ambiente, tecnologias, etc.) de realização do processo de trabalho.

Durante o período em que estivemos ligada às empresas percebemos que freqüentemente se atribui a responsabilidade pelos acidentes de trabalho aos próprios trabalhadores. Dessa forma, as soluções baseiam-se na proposição de mudança das atitudes do trabalhador de forma isolada, o que isenta a empresa da responsabilidade que lhe cabe e imputa-lhe uma postura correta e responsável.

Como docente de nível superior, pudemos desenvolver projeto de intervenção no Sindicato dos Metalúrgicos do Espírito Santo, o que nos descortinou outra face da questão. Acompanhamos casos de trabalhadores demitidos em face de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. Esses buscavam, por meio do Sindicato, emitir sua Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para reclamar seus direitos ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), já que as empresas se recusavam a reconhecer o nexo causal entre seu adoecimento e o trabalho, por isso os benefícios lhes eram negados. Isso mostrou quão desamparado está esse trabalhador que não encontra solução para os seus problemas, tampouco na rede de assistência à saúde.

Lacaz (2003) defende o enfrentamento da problemática da Saúde do Trabalhador sob a perspectiva da participação nos espaços de controle social, pautado nas diretrizes e princípios do SUS. Isso pressupõe que a Saúde do Trabalhador deva ser tratada de forma universal, ou seja, dando-se livre acesso a todo cidadão; sendo integral quando visa a ações integradas de caráter curativo, preventivo, individual e coletivo; viabilizada de forma equitativa, uma vez que a concepção das políticas deve estar atrelada às diferentes necessidades e especificidades, segundo as características do grupo que elas visam a atender.

Entretanto, a participação dos trabalhadores no controle social traz a indagação sobre a credibilidade das arenas políticas de interlocução entre o Estado e os Movimentos Sociais dispostas, nas legislações. A respeito disso, cabem outros questionamentos: Quais ações efetivas têm sido tomadas para que esses espaços sejam conhecidos, reconhecidos e ocupados de fato pela sociedade civil organizada? Em que medida esses espaços instituídos se constituem em conquista? Como os movimentos sociais, na percepção dos sindicalistas, têm buscado ampliar suas práticas participativas? Quais são os outros espaços de participação que se mostram possíveis e como eles têm sido ocupados? De que forma deveriam agir os sindicatos para colaborar com os setores envolvidos com a Saúde do Trabalhador? A participação dos dirigentes sindicais nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde do Trabalhador contribui para a conquista de políticas inclusivas e intersetoriais no campo da Saúde do Trabalhador? Como podem os dirigentes sindicais contribuir para a construção de políticas voltadas para os trabalhadores sem emprego ou na informalidade?

Em busca de respostas a essas questões, estudamos a participação de dirigentes sindicais nos fóruns de controle social de Saúde e nos espaços que eles consideram como os de participação social, isso é, aqueles espaços que não estão regulamentados ou instituídos. Buscamos também elucidar, por intermédio desses dirigentes, como o movimento sindical tem se organizado para ocupar tais espaços e discutir as temáticas de Saúde do Trabalhador.

As resoluções da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), realizada em 2005, trazem como um de seus três eixos a efetivação e a ampliação do controle social em Saúde do Trabalhador e demonstram que se trata de um tema cujas ações ainda são incipientes ou carecem de ser praticadas conforme constam nas leis, portarias e instrumentos normativos. Alguns dos pontos mais reforçados nessas resoluções dizem respeito ao fortalecimento das CNST por meio da ampliação da participação e da diversificação dos atores sociais. Nesse sentido, esse estudo se propõe como atual e necessário para que compreendamos como os dirigentes sindicais percebem a importância desses espaços (BRASIL, 2007c).

Estudo de Stralem et al. (2006) sobre controle social mostra que os Conselhos de Saúde dos estados de Goiás, Mato Grosso do Sul e São Paulo adotam algumas

práticas que destoam da idéia inicial proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entre outras, verificou-se que o acesso aos conselhos ocorre de forma seletiva e que a falta de rotatividade dos conselheiros pode indicar um possível comprometimento do caráter democrático da seleção. Nos estados pesquisados pelo autor, o presidente do Conselho de Saúde em geral era o secretário de saúde. Esses resultados nos instigam a verificar se as recomendações dessas resoluções têm alcançado seus objetivos, no que tange à participação e à representação dos trabalhadores nos espaços de interlocução de políticas de saúde no estado do Espírito Santo.

As resoluções da III CNST, os princípios do SUS e os estudos que mostram a maneira como vem sendo praticado o controle social nesse âmbito nos estimularam a estudar esse tema mediante a reflexão dessas práticas, à luz de teorias que abarcam a historicidade e a concepção de homem como sujeito da ação social (BRASIL, 2007c).

A participação como um exercício de cidadania tende a se dar por meio do embate de forças e de interesses, que refletem as diferentes posições dos atores sociais afetados pelo tema. Assim, o processo de elaboração de políticas de saúde tem a conotação, neste estudo, de produto de um contexto historicamente definido pelas lutas sociais engendradas nos espaços públicos, o que possibilita transformar a prática para uma contínua mudança que responda às necessidades de saúde dos trabalhadores num dado momento.

Tendo em vista essa discussão, realizamos este estudo que teve como objetivos:

- a) analisar como se tem dado a participação dos dirigentes sindicais no controle social do SUS e, em particular, na construção de políticas de Saúde;
- b) analisar a participação dos trabalhadores nos fóruns de discussões sobre políticas de saúde;
- c) identificar, por meio da ótica dos dirigentes sindicais, a importância dos espaços institucionalizados para vocalização de suas demandas;
- d) verificar que outras formas de participação eles encontram para expressão de suas demandas por saúde.

2 O LOCUS DO TRABALHO NA VIDA DO HOMEM: SUBMISSÃO E LIBERDADE

Quanto menos comas e bebas, quanto menos livros compres, quanto menos vás ao teatro, ao baile, à taverna, quanto menos penses, ames, teorizes, cantes, esgrimes, etc.,[...]. Quanto menos és, quanto menos exteriorize tua vida, tanto mais tens, tanto maior é a tua vida alienada e tanto mais armazenas a tua essência alienada (MARX, 1932, p. 24).

A necessidade nos obriga ao trabalho, e com o produto deste a necessidade é satisfeita; o contínuo redespertar das necessidades nos acostuma ao trabalho. Mas nos intervalos em que as necessidades estão satisfeitas e dormem, por assim dizer, somos assaltados pelo tédio. [...] Para escapar ao tédio, ou o homem trabalha além das medidas de suas necessidades normais ou inventa o jogo, isto é, o trabalho que não deve satisfazer a nenhuma outra necessidade a não ser de trabalho (NIETZSCHE, 2000, p. 292).

São muitas as percepções do trabalho suscitadas no próprio trabalhador. Para uns é fonte de prazer e realização; para outros, aprisionamento e cerceamento da vontade e do desejo. Assim, o trabalho traz em seu bojo tanto possibilidades de superação e avanço dos arranjos individuais e coletivos quanto impedimento e obstrução das trilhas inventivas próprias da condição humana.

O trabalho é a idéia que se concretiza. Ele está ligado ao genuinamente humano, uma vez que exige intencionalidade e racionalidade; portanto, é um conceito que tem sua gênese na cultura, embora seja confundido com algo natural e cristalizado.

Por meio de uma visão geral histórica do trabalho como conceito, poderemos construir um caminho que nos permitirá perceber vários de seus aspectos culturais, sociais e históricos e suas influências no sentido adquirido na atualidade.

A palavra trabalho vem do termo latim *tripalium*, que era um instrumento usado para tortura na Antiguidade. Logo, o significado de trabalho para os antigos era como algo que provocava padecimento e sofrimento e que colocava o homem na condição de cativo e escravo. Aristóteles considerou o trabalho manual como atividade menor que impedia o alcance de virtudes, compatível com a condição do homem escravo; ao homem livre cabia a atividade que exigisse o raciocínio, a ação política, privilegiando, dessa forma, o intelecto (YAMAMOTO; BORGES, 2004).

Na Idade Média, pouca coisa mudou em relação ao significado do trabalho, prevalecendo a valorização do trabalho intelectual em detrimento do manual. Entretanto, o trabalhador já não era escravo, e sim servo numa sociedade feudal

(do séc. IX ao XIV). Percebe-se, então, que a estrutura de dominação se mostrava equivalente à anterior, passando da relação de senhor e escravo à de senhor e servo. Tais estruturas de dominação não ocorrem de forma linear, é possível verificar relações de servidão, ainda que de forma mais branda, também ao longo do séc. XV (VILAR, 1996).

Segundo Vilar (1996), o declínio do modo de produção feudal se dá no momento em que as atividades comerciais se generalizam. Os servos ampliam sua produção para além do próprio benefício individual, ou seja, passam a produzir também em escala social, diminuindo assim a exploração a que estavam submetidos. Isso culminou no crescimento da produção geral destinada ao mercado.

As oficinas confiadas aos servos já não davam conta da demanda de produção e paulatinamente eram substituídas pelas oficinas urbanas. Isso delineou o processo de proletarianização do campesinato, devido a seu deslocamento para os centros urbanos, em busca de trabalho.

Os séculos XV, XVI e XVII foram marcados pelo avanço das forças produtivas e pelo grande número de inventos que trouxeram diversas transformações sociais. Durante todo esse período, foram-se delineando os traços que propiciaram o declínio da sociedade feudal e as condições concretas para surgimento do capitalismo. Elas são as revoluções comercial, industrial e científica.

Nos últimos séculos da Idade Média, surge uma nova classe dentro da estrutura social, a burguesia. Essa em parte era composta pelos servos que, mediante a adesão a um estilo de vida frugal e a prática de atividades comerciais que resultavam dos excedentes de seu trabalho agrícola, passavam a viver do comércio, do qual vinha sua ascensão. O trabalho, então, deixa de ter uma conotação negativa e passa a significar meio de aquisição de liberdade e de ascensão social; por isso é valorizado (SOUZA, 1998).

Nos séculos XVII e XVIII, apoiando as revoluções políticas, como a Revolução Francesa e a transformação dos processos produtivos (Revolução Industrial), a burguesia contribuiu para que fossem lançadas as condições materiais que fizeram surgir o capitalismo industrial. Nesse sistema, a estrutura de dominação, caracterizada por conflitos e luta de classes, colocava agora em lados opostos a

burguesia e o proletariado; fundava-se, assim, o conflito entre capital e trabalho (VILAR, 1996).

Para Weber (1992), as bases do capitalismo foram dadas pelo protestantismo. Ele declara que este, ao criar a noção de vocação, que consistia em um chamado de Deus para o trabalho secular ou missão (imputando-lhe o caráter de dom divino, agradável a Deus, meio de conseguir a salvação), contribuiu com a consolidação de um espírito capitalista. Dessa forma, o trabalho foi exaltado enquanto havia uma reprovação a comportamentos que não tinham uma finalidade ou objetivo. O valor do trabalho era diretamente proporcional a sua aplicabilidade e utilidade.

O fato de haver uma ideologia que dava suporte à lógica capitalista, no entanto, não foi suficiente para evitar as resistências dos trabalhadores advindas das insatisfações com a exploração do capital sobre seus corpos e das precárias condições de trabalho.

Segundo Marx (1989), no início do capitalismo, o sistema de cooperação¹ trouxe a criação de uma nova força produtiva, isto é, a força coletiva. Essa força era produzida devido ao contato social que propiciava a emulação entre os trabalhadores, animando-os e estimulando-os, o que levava ao aumento de capacidade de produção de cada um.

O Iluminismo, corrente filosófica iniciada na França, no séc. XVII, que teve seu apogeu nos séculos XVIII e XIX, reforça a racionalidade na concepção do trabalho. Assim, essa corrente defende o trabalho como uma intervenção consciente e racional do homem sobre o mundo e a realidade, conforme as suas necessidades, visando a sua liberdade e satisfação (SOUZA, 1998).

A Revolução Científica, sustentada pelo Iluminismo, também trouxe sua influência no mundo do trabalho, uma vez que criou um contexto favorável ao incremento das funções gerenciais e da concepção científica da organização do trabalho na sociedade capitalista. Nesse contexto, surge a administração científica, que tem como protagonistas Taylor e Fayol (BRAVERMAN, 1980).

¹ COOPERAÇÃO – consistia na reunião de um grande contingente de trabalhadores num mesmo local, desenvolvendo a mesma espécie de mercadoria sob comando de um só capitalista (MARX, 1989).

O taylorismo propunha uma organização do trabalho sobre as bases do controle e da padronização das atividades. Segundo Braverman (1980), Taylor se ateve às questões relacionadas ao trabalho à base da ótica do capitalista. Ele criou a divisão parcelada do trabalho, fragmentação dos ofícios em atividades menores, objetivando acelerar o processo produtivo para atender à demanda de aumento da produção no final do séc. XIX. A fragmentação do trabalho e a gestão científica – contribuição trazida por Fayol – consubstanciaram-se na administração científica.

Braverman (1980) ressalta a diferença entre a divisão social do trabalho e a divisão parcelada do trabalho. A primeira divide a sociedade em ocupações ou ofícios, seus produtos são trocados como mercadoria e é comum a todas as sociedades já conhecidas. A segunda destrói as ocupações, tornando o trabalhador inapto a acompanhar e a realizar o processo completo de produção; seu produto é parcelado e possuído pelo mesmo capital que compra a força produtiva, configurando um modelo peculiar à sociedade capitalista.

Na realidade, o vendedor da força de trabalho, como o de qualquer outra mercadoria, realiza seu valor-de-troca e aliena seu valor-de-uso. Não pode receber um sem transferir o outro. O valor-de-uso do óleo vendido não pertence ao comerciante que o vendeu, e o valor-de-uso da força de trabalho, o próprio trabalho, tampouco pertence a seu vendedor (MARX 1989, p. 218).

A alienação do trabalho no pensamento marxiano está na transferência do valor de uso da força de trabalho que, somado à matéria-prima, vai agregar um novo valor ao produto e, conseqüentemente, gerar lucro para o capitalista. Assim, esse novo produto esconde em si as relações sociais estabelecidas na sua produção e já não é reconhecido pelo homem como fruto de seu trabalho, uma vez que esse não pode ser mais algo concreto em virtude da organização do trabalho, que o fragmenta e o destitui da posse de seu verdadeiro dono, o trabalhador.

O trabalho fragmentado pressupõe a separação entre o trabalho intelectual e o trabalho manual; coloca o homem numa condição de mutilado, transformando-o em um aparelho automático de realização de trabalho parcial. Nesse contexto, a força de trabalho só encontra finalidade no momento em que é adquirida pelo capital como valor de uso.

Originariamente, o trabalhador vendia sua força de trabalho ao capital por lhe faltarem os meios materiais para produzir uma mercadoria. Agora sua

força individual de trabalho não funciona se não estiver vendida ao capital [...]. O povo eleito trazia escrito na fronte que era propriedade de Jeová, do mesmo modo a divisão do trabalho ferreteia o trabalhador com a marca de seu dono: o capital (MARX, 1989 p. 413).

Aos poucos, a destituição dos meios de produção e o trabalho no sistema de cooperação foram também destituindo o trabalhador do seu saber-fazer, à proporção que o capital comandava a organização e distribuição das atividades por meio de seus controles e da gestão científica.

Esse processo desenvolve-se na manufatura que mutila o trabalhador, reduzindo-o a uma força em si mesmo, e completa-se na indústria moderna, que faz da ciência uma força produtiva, independente de trabalho, recrutando-a para servir o capital (MARX, 1989, p. 414).

Marx (1989) nos traz importantes reflexões sobre o conceito e a gênese do trabalho, mostrando o seu caráter histórico. Para ele, o trabalho é um processo em que participam o homem e a natureza, sendo a força humana o que regula e transforma a natureza conforme as necessidades dos homens, ou seja, busca produzir valores de uso. Nas palavras de Marx, o homem, nesse processo, “desenvolve as potencialidades nela adormecidas [na natureza humana] e submete ao seu domínio as forças naturais” (MARX, 1989, p. 202). Ele sustenta que o trabalho é via de realização do ser humano e é fator estruturante de suas relações sociais mais amplas.

O processo de trabalho, que descrevemos em seus elementos simples e abstratos, é atividade com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1989, p.202.).

A concepção dialética do trabalho está na contradição que nele se instaura: primeira, como fonte de prazer e de possibilidades de suprir necessidades humanas; segunda, como expressão da exploração do homem pelo capital. Uma terceira possibilidade pode ser engendrada na *práxis*, com base nesses contrapontos, e expressa ora os objetivos do capital, que busca controlar a força produtiva, ora o objetivo dos trabalhadores, que agem sobre uma realidade que não lhes satisfaz, buscando alternativas libertadoras. Essas alternativas se concretizam de forma individual ou coletiva, como a negação do trabalho, que é expressa por atitudes de negligência do trabalhador com suas atividades, pela falta de interesse nelas e, também, de forma organizada, pelos movimentos de greve e de uso de

espaços para negociação entre capital e trabalho, sendo a participação social na elaboração de políticas de saúde um dos espaços dessa negociação.

O capitalismo, que é um sistema que potencializou a capacidade produtiva, ao reunir grandes massas trabalhadoras, criou também as condições necessárias à construção da consciência de classe e, por conseguinte, a sua organização. Logo, os movimentos de resistência estiveram presentes nesse percurso.

A secularização e a glorificação do trabalho contaram com forte adesão da burguesia, mas com uma forte rejeição por parte dos trabalhadores. Nesse contexto, a Igreja Católica reagiu, assumindo posição de mediação desse conflito, ao ratificar as premissas escolásticas de desigualdades intrínsecas entre os seres humanos e o caráter expiatório do trabalho, ou seja, o trabalho como uma provação para purificar o homem de seus pecados, fundamentando, assim, a conciliação entre capital e trabalho. Ela condenava a violência, censurando tanto o descumprimento do trabalho quanto os salários e as condições de trabalho injustas (YAMAMOTO; BORGES, 2004).

A exploração do capital sobre o trabalho foi protagonizada pelo movimento sindical no final do séc. XIX e início do séc. XX, no continente europeu. Esse movimento tinha como ponto de partida o papel central do trabalho na vida das pessoas e a organização do trabalho, a qual pautava as práticas dentro das fábricas. Os preceitos do liberalismo e da intervenção estatal são colocados em debate.

No Brasil, as condições de trabalho nesse mesmo período eram muito precárias, as jornadas de trabalho, extensas e faltava política pública, tanto para regulamentar o trabalho como para cuidar da saúde do trabalhador e da população em geral.

O padrão de produção já contava com o uso de tecnologias e fazia-se necessário o controle da classe operária. As respostas do governo eram pontuais, o que tornava a situação cada vez mais crítica. O movimento sindical adquire nos anos 1930 e 1940 caráter de instrumento do Estado para instaurar a ordem e a paz ante os conflitos que se engendravam entre o capital e o trabalho.

A contrapartida que o Estado ofereceu para manter sob controle as ações dos sindicatos foi uma legislação trabalhista minimamente protecionista. Assim, até

aproximadamente o final da década de 1970, o movimento sindical no Brasil, de uma forma geral, era controlado pelo Estado e limitava-se a atuar de forma a fazer cumprir a legislação trabalhista – Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), criada em 1943. Para os casos em que não fosse possível solucionar os conflitos por essa via, o Tribunal da Justiça do Trabalho julgava o conflito e decidia. Vale ressaltar que tais decisões refletiam a visão desenvolvimentista e preteriam os pleitos da classe operária (COSTA, 2005).

Segundo Costa (2005), com a abertura política, no final da década de 70, o movimento sindical inaugura uma nova etapa em sua trajetória. Essa foi marcada pelo maior envolvimento das lideranças e da militância das bases. Os pleitos foram ampliados, saindo da esfera da negociação salarial e passando a uma visão política geral, na qual se legitimou a luta pela democracia, pelos direitos civis e políticos. Nesse contexto a saúde e as condições de trabalho entram nas pautas de reivindicação dos trabalhadores

Do ponto de vista do uso da força de trabalho, o processo de industrialização tardio foi-se expandindo e se consolidando enquanto o modelo agroexportador se retraía. A força de trabalho necessitava ser mais bem qualificada para atender ao novo sistema econômico e houve migração da mão-de-obra rural para os setores urbanos da economia, o que fez emergir a fragilidade das políticas sociais.

O Estado de Bem-Estar Social, modelo de intervenção do Estado sobre as políticas sociais, nos países desenvolvidos, visava à regulação do sistema capitalista por meio da mediação dos conflitos entre capital e trabalho, como a melhoria da remuneração da força produtiva para estimular o consumo e regularizar o mercado. O Estado era o provedor de políticas sociais que visavam ao bem-estar da população e à regulamentação do mercado (MEDEIROS, 2001).

Medeiros (2001) aponta particularidades na forma como o Estado de Bem-Estar Social se apresentou no Brasil. Segundo o autor, esse não se estabeleceu como fomentador do consumo, uma vez que atingia um contingente mínimo da população, os trabalhadores das indústrias mais desenvolvidas. Seu objetivo principal foi regular a organização dos trabalhadores por meio de políticas que determinavam os padrões das condições de trabalho e da venda da força produtiva,

para garantir o sucesso do processo de industrialização e o modo de produção capitalista.

No final do séc. XX, as transformações no processo de trabalho se intensificaram a ponto de se configurar uma terceira revolução industrial, ou revolução da tecnologia da informação. O avanço da tecnologia da informação, a automação e a informatização reconfiguravam os meios de trabalho e condicionaram alterações nas relações entre a Economia, a sociedade e o Estado (TONI, 2003), o que Marx já anunciara no século anterior.

As mudanças na forma de produzir e organizar o trabalho, empreendidas desde os anos 1970, nos países de economia central, foram fomentadas, em parte, pelo processo de globalização. No Brasil, essas transformações tornaram-se mais visíveis nos anos 1990, devido às políticas neoliberais adotadas pelo governo, que se abriram para o mercado internacional e se pautavam na lógica do mercado como o balizador para o desenvolvimento e, também como instância reguladora da vida em sociedade. Falamos do mesmo sistema capitalista, mas com nova roupagem, diferente daquelas anteriores que lhes deram origem, ou seja, as do taylorismo/fordismo.

Para atender às novas demandas do mercado, o modelo taylorismo/fordismo mostrou-se pouco eficiente, pois o perfil do novo trabalhador exige flexibilidade, polivalência e multifuncionalidade, bem como adoção de posturas participativas, para melhorar o processo de trabalho. Ele precisa ser mais bem qualificado e mostrar autonomia técnica, caracterizando, de certo modo, o retorno da valorização do saber operário, o que leva à novas relações sociais e, à primeira vista, ao processo de humanização do trabalho. Nessa perspectiva, o modelo de gestão japonês, o toyotismo, é o que tem sido a referência (ALVES; ANTUNES, 2004; TONI, 2003).

Para Alves e Antunes (2004), o modo de produção capitalista, desde sua origem, pressupôs o envolvimento do operário, ou seja, a forma de capturar a subjetividade operária pelo capital e a sua subsunção à lógica do capital. Graças ao toyotismo, mudou a implicação do aspecto subjetivo na produção do capital: o que antes ocorria de maneira formal e pouco atrativa para o operário, de certa forma incitando-

o à reação; hoje ocorre de maneira que a participação e o engajamento no trabalho fazem parecer ao operário algo natural. Ao buscar sua participação e valorizar suas idéias, o modo de produção capitalista amplia sua potência de ação na subjetividade humana em sua forma mais plena, pois mascara e transmuta os objetivos individuais por meio da captura da subjetividade, fundindo-os com os objetivos das corporações capitalistas. O taylorismo expropriou e transferiu o saber-fazer operário para a gestão científica do trabalho na sua elaboração; o toyotismo o devolve à força de trabalho, porém com o objetivo de apropriar-se cada vez mais de sua dimensão intelectual.

As mudanças tecnológicas que explodem em variedades e complexidades, transformando o mundo, no século XX, num único lugar, regido por normas sociais que se fundem e se confundem, reduzindo ou até anulando a capacidade de interação do homem em sociedade e a experiência da alteridade, produzem a reconfiguração na organização do trabalho e, conseqüentemente, o mercado de trabalho também ganha novos contornos.

Para Alves e Antunes (2004), uma nova classe trabalhadora surge em meio a essas transformações. Para compreendê-la, é necessário partir de uma concepção ampliada do trabalho. Nela se insere a totalidade dos assalariados, a totalidade do trabalho social e a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria. Assim, ela inclui os trabalhadores do setor industrial e os do setor de serviços que participam diretamente da produção de mais-valia e de valorização do capital, bem como os trabalhadores improdutivos do setor de serviços e social, que não criam diretamente mais-valia. A classe trabalhadora incorpora ainda os trabalhadores rurais, os trabalhadores que estão no mercado informal, os temporários, os que têm vínculos precarizados, inclusive os desempregados.

Os gestores do capital que estão no sistema de mando do capital, os pequenos empresários, a pequena burguesia urbana e rural que é proprietária, ainda que em pequena escala, dos meios de sua produção, não estão inseridos nessa nova configuração da classe trabalhadora (ALVES; ANTUNES, 2004).

A classe que vive de sua força de trabalho está exposta a toda sorte de oscilações ditadas pela tendência neoliberal. Isso se deve, entre outros motivos, ao grande

contingente da população trabalhadora que se encontra numa posição tangencial ao mercado de trabalho; ao baixo nível de qualificação dessa população, aliado à necessidade de mão-de-obra qualificada para operar os sistemas microeletrônicos. Tudo isso se consolida como novo paradigma usado para pautar a qualidade da mão-de-obra no novo mercado de trabalho.

Nesse contexto, o trabalhador encontra-se como que exposto num *show room* de força de trabalho, como mercadoria, cujo preço é também regulado pela lei da oferta e da procura. Em tempos de condições tão desfavoráveis, o fato de se ter um emprego, seja de qualquer tipo, é tido como um fator de sorte. Isso contribui para a adoção de uma postura conformista por parte dos trabalhadores e pode estar inibindo posições combativas que visem ampliar as políticas sociais existentes.

3 PROCESSO DE TRABALHO, SAÚDE E ADOECIMENTO

O avanço técnico-científico das forças produtivas², ao modificar a organização do trabalho, modifica também a forma como os homens se relacionam no trabalho e com o trabalho.

Do ponto de vista histórico, o desenvolvimento das forças produtivas se caracteriza por três momentos diferentes com relação ao envolvimento do homem com o trabalho e em relação ao desgaste do operário, haja vista as diferentes dimensões envolvidas em cada um deles.

No primeiro momento do desenvolvimento das forças produtivas, a produção se dava pela cooperação simples, o desgaste físico era maior em virtude dos meios de produção os quais se encontravam em seu estado quase natural. Assim, para possibilitar a rentabilidade do capital, era necessário o aumento da jornada de trabalho, o que possibilitou ao capitalista extrair daí o excedente da produção, a mais-valia absoluta³. No segundo momento, caracterizado pela manufatura e pela industrialização, o desgaste não era só físico, pois o trabalho já era fragmentado e caracterizava a dissociação da elaboração e execução. Os ritmos eram intensos e controlados pelas máquinas, as tarefas repetidas e monótonas, exigindo maior concentração ao executar as atividades. Esse tipo de organização do trabalho já caracteriza a extração da mais-valia relativa⁴ que, ao organizar o trabalho cientificamente e usar a maquinaria como um dos meios de produção permite ao capitalista produzir mais em menos tempo e com o mesmo contingente de trabalhadores (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O terceiro e atual momento se caracteriza pelo uso intenso de tecnologias de automação e microeletrônicas, dando continuidade ao processo de substituição do trabalho humano pela tecnologia. De um lado, as atividades humanas se restringem à vigilância das máquinas e de todo ambiente de trabalho para garantir o padrão de

² Forças Produtivas - Forças necessárias para a realização do trabalho, tais como: matéria-prima, maquinarias, tecnologias e outros (MARX, 1989).

³ Mais-valia-absoluta - Valorização do capital a partir de jornadas mais extensas de trabalho, ou seja, o excedente da produção era obtido pela dedicação de mais tempo ao trabalho pelo operário, sem aumento de salários (MARX, 1989).

⁴ Mais-valia-relativa - Valorização do capital através de excedente de produção gerado por tecnologias, ou seja, menor esforço e maior produtividade (MARX, 1989).

produtividade preestabelecido; de outro, o trabalhador precisa demonstrar interesse e satisfação no seu trabalho por meio da participação na solução dos problemas que surgirem durante o processo de trabalho, oferecendo idéias para potencializar a força de trabalho e melhorar o tempo de produção. Em meio a ruídos, a toda sorte de tensões causadas pelos perigos oferecidos pelas máquinas e pelo ambiente de trabalho e, em alguns casos, pela exposição a produtos químicos, o trabalhador precisa, além de estar atento a tudo, mostrar soluções inovadoras para atingir as metas da corporação. Nessas circunstâncias, o desgaste do trabalhador se diversifica e se intensifica entre as dimensões psíquicas, físicas, biológicas e químicas (ALVES; ANTUNES, 2004; LAURELL; NORIEGA, 1989).

O ritmo acelerado e a mudança nas relações sociais de trabalho engendram padrões de comportamento que precisam ser assimilados pelo trabalhador do séc. XXI. Os tipos de trabalho mudaram não somente pelo seu vínculo empregatício, mas também pelas relações sociais que eles fundam mediante a disseminação rápida das informações. Isso exige um novo estilo de trabalhar e um trabalhador qualificado para ocupar esse espaço. A realização do trabalho se torna algo trivial, e ser trabalhador é o mínimo que se espera, pois, o que o qualifica de fato como apto para esse mercado, é a forma como ele realiza o trabalho, ou seja, comungando os objetivos das corporações capitalistas, fundindo e confundindo seus objetivos pessoais com os daquelas.

Dessa forma, para uma análise das relações entre trabalho e processo saúde-doença, Laurell e Noriega (1989) propõem transcender o modelo biomédico, que sustenta as abordagens da Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho. Essas abordagens sustentam a concepção de doença na identificação, análise e controle dos fatores físicos, químicos e biológicos que permeiam determinadas condições de trabalho, traduzindo os interesses ligados à produtividade.

A abordagem da Saúde do Trabalhador tem buscado responder às questões relativas ao processo saúde-doença-trabalho com base no conhecimento que os próprios trabalhadores e seus representantes elaboram sobre a percepção da organização do trabalho e nos sentimentos que elas suscitam. Sob essa perspectiva, a análise passa pela compreensão do processo de trabalho e suas implicações nos níveis individual e coletivo. Apóia-se nas ciências sociais para análise do contexto

socioeconômico e político que determina os fenômenos do processo saúde-doença. Essa perspectiva é considerada como importante referencial teórico-metodológico para a interpretação desse processo, ao assumir seu caráter social (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Essa proposta teórica e metodológica corrobora que a dimensão social não é extrínseca aos processos biológicos e humanos, mas que esses processos estão condicionados às formas de organização social e assumem formas históricas e diversas. Suas origens estão na Medicina Social, que utiliza o materialismo histórico para explicar o processo de trabalho como categoria central na análise do processo saúde-doença-trabalho (LAURELL; NORIEGA 1989).

Ela se diferencia da Medicina do Trabalho, que utiliza a categoria “riscos” para descrever os elementos presentes no trabalho que podem causar danos ao corpo do trabalhador. O risco é um fator externo ao corpo humano, passível de mensuração, que determinaria de forma monocausal o desgaste do trabalhador.

Para Laurell e Noriega (1989), uma importante categoria de análise para a investigação em Saúde do Trabalhador é a de “carga de trabalho”. Essa categoria busca ressaltar na análise do processo de trabalho os elementos que atuam entre si e com o corpo do trabalhador, de forma dinâmica, produzindo desgaste humano no processo de adaptação ao trabalho.

As cargas de trabalho, para efeito de análise, são distribuídas segundo as dimensões físicas, químicas, biológicas e mecânicas e, também fisiológicas e psíquicas. Essas ganham materialidade no corpo humano somente ao produzirem transformações nos mecanismos fisiológicos, como a pressão da chefia que se materializa no elevado nível de pressão arterial; aquelas possuem materialidade externa ao corpo do homem, mas, ao interagirem com esse, ganham nova materialidade interna e singular, ou seja, cada um tem um limiar para suportar os efeitos dessas cargas.

As cargas psíquicas têm uma particularidade, pois elas se configuram: como sobrecargas, que são as situações de tensão prolongada geradas em virtude da necessidade de atenção permanente, das estruturas hierárquicas rígidas, pressão das chefias, consciência da periculosidade do trabalho entre outras; como

subcargas, que são as impossibilidades de fazer uso da capacidade psíquica em virtude da perda do controle sobre o trabalho, da desqualificação do trabalho, dicotomia entre concepção e execução, da monotonia das atividades, entre outros.

A categoria carga de trabalho, definida por Laurell e Noriega (1989), oferece substrato para compreender o processo saúde-doença-trabalho. Essa perspectiva coloca o homem como agente de seu processo de interação com o ambiente de trabalho. Esse processo é determinado histórica e socialmente. Assim, o trabalhador pode falar o que sente e, por intermédio de sua enunciação, podem surgir novas formas de organização do trabalho, pautadas na possibilidade do alívio do seu sofrimento.

O sofrimento do trabalhador e seu desgaste no trabalho, enquanto se mostra transparente e fácil de ser percebido, também é difícil de ser demonstrado, haja vista a complexidade de elementos que envolvem a análise do processo de trabalho e também a hegemonia do modelo médico biomecânico.

O crescimento do setor de serviços, ocorrido com as novas formas de organização do trabalho, fazem chegar até os serviços médicos demandas referentes ao sofrimento e adoecimento do trabalhador exposto a esse novo modelo de organização do trabalho. Sato e Bernardo (2005), ao desenvolverem estudo sobre Saúde Mental e Trabalho, no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Campinas, encontraram dados significativos com relação ao sofrimento e desgaste humano no trabalho. Um de seus achados foi o crescimento de transtornos psíquicos causados por eventos traumáticos, como assaltos a gerentes de bancos. Essas autoras também demonstraram, nesse estudo, que trabalhadores de teleatendimento com lesões por esforços repetitivos (LER) atribuem à organização do trabalho tanto a doença osteomuscular como os problemas de ordem psíquica que têm apresentado.

Dessa forma, apesar de tantas reflexões e evidências, o trabalho em si não é nocivo nem perigoso, mas se torna assim devido à sua organização, que é feita pelo próprio homem. Segundo Dejours (1992), o trabalho livremente escolhido e organizado de forma flexível tornar-se-ia agradável ao homem e também favorável a sua saúde física e mental.

A partir dos anos 1980, nos países de economia periférica como o Brasil, ocorre uma série de transformações no mercado de trabalho, nos processos e nas relações de trabalho. O mercado de trabalho vem numa crescente exigência pela qualificação da mão-de-obra e num decréscimo na oferta de empregos, o que, de certa forma, muda sua configuração, principalmente quanto ao chamado exército industrial de reserva, que já não cumpre o mesmo papel do início do capitalismo.

Mas, se uma população excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza no sistema capitalista, ela se torna por sua vez a alavanca da acumulação capitalista, e mesmo condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira absoluta como se fosse criado e mantido por ele. Ela proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do próprio incremento da população (MARX, 1989, p. 733-734).

Desde o séc. XIX Marx postulava a necessidade de tal exército para o equilíbrio da oferta e demanda por força de trabalho no modo de produção capitalista. Entretanto na atualidade se torna cada vez menor a possibilidade de uma nova inserção no mercado formal de trabalho, haja vista a velocidade das mudanças e transformações no mercado de trabalho. Essas mudanças, na maioria das vezes, são impossíveis de serem acompanhadas pelos trabalhadores desempregados ou atuantes no mercado informal e precário.

Assim, os processos de trabalho ganham velocidade com os avanços tecnológicos, tais como a automação e informatização, o que diminui a oferta de empregos e exige trabalhadores mais bem qualificados para atuarem nesses novos processos. A necessidade de especialização desencadeia relações de trabalho muito flexíveis e, na camada da população pouco qualificada, ocorre a precarização dos vínculos de trabalho e a tendência ao ingresso informal no mercado de trabalho. Essa nova configuração amplia em demasia o contingente excessivo da população trabalhadora e empurra para as margens do sistema grande parte dela. Essa população que não se insere no modelo de produção capitalista está também à margem das políticas sociais, e decrescem suas reais condições de intervenção nos processos sociais que visam à ampliação do exercício da cidadania, como é o caso da participação social. Sendo assim, cabe aqui entender a dinâmica atual da participação social dos trabalhadores na concepção de políticas de saúde e refletir

sobre uma intervenção que busque a inserção desse contingente marginalizado, além da ampliação dessas políticas.

O cenário que se monta a partir dos anos 1980, em contrapartida, propiciou certa tomada de consciência da classe trabalhadora que se mobilizou, fazendo recrudescer o movimento sindical. É também nesse contexto que, na América Latina, surge uma nova área de conhecimento e de atuação, chamada de Saúde do Trabalhador (MENDES; DIAS, 1991). Esse campo de conhecimento ganhou corpo buscando o seu espaço político nos debates sobre a necessidade de práticas não somente curativas, mas também de prevenção das doenças, promoção e recuperação da saúde, para assim atender às demandas históricas dos trabalhadores, desafio ainda presente nesse campo.

Esse período ficou caracterizado como o fim do “milagre econômico”, que tornou evidente a crise do capitalismo e configurou as efervescências dos movimentos sociais, permitindo assim a negociação da conquista do espaço de interlocução desses movimentos com o Estado (CORREIA, 2000), possibilitando o exercício da cidadania sob a ordem de uma incipiente prática social.

4 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: SUS

As manifestações sociais de forma geral, o movimento sindical e o movimento pela reforma sanitária, especificamente, sustentam o debate sobre a elaboração de Políticas de Saúde e de Saúde do Trabalhador no Brasil.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, estabeleceu as bases para um modelo público de gestão da área da Saúde do Trabalhador, institucionalizado pela Constituição de 1988. Ela ressalta os direitos de luta pela saúde em seu artigo 196, que são efetivados pelas Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90, pelas Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e por outros instrumentos normativos (BRASIL, 2008b).

A VIII CNS trouxe como proposta a reforma do sistema de saúde no Brasil, a qual enfoca a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde, descentralizado, com acesso universal, integrando práticas preventivas e curativas. Enfocava também a participação da população, que é concebida como uma das formas de garantia do direito à saúde. Ficou assim estabelecido que, por intermédio do controle social, a população pode conhecer os processos de formulação, gestão e fiscalização das políticas sociais e econômicas, bem como intervir neles. A saúde começa a se firmar como um campo amplo que chama à reflexão a necessidade de práticas intersetoriais e a participação da população como agente transformador e sujeito das políticas de saúde.

A Lei n.º 8.080, de setembro de 1990, regulamentou o novo sistema de saúde no Brasil, porém teve de ser complementada em dezembro desse mesmo ano pela Lei 8142, pois a participação da população não estava enfocada de forma clara em seus termos. A Lei n.º 8.142/90 veio em caráter de complementação e dispõe exclusivamente sobre o controle social e o repasse de recursos, instituindo a participação por meio das conferências de saúde e dos conselhos de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. Essa complementação ocorreu devido à manifestação de insatisfação dos movimentos sociais que não concordaram com os vetos do então presidente da República, relacionados à participação da população e ao repasse de recursos. As temáticas da participação e do repasse dos recursos

ficaram, portanto, dispostas na Lei Orgânica de nº. 8.142/90 para consolidar os diferentes interesses (BRASIL, 1990 a; b)

A Saúde do Trabalhador está contemplada nas políticas do SUS. A Lei Orgânica nº. 8.080/90, em seu artigo 6º, parágrafo 3º, define a atuação do SUS da seguinte forma:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades 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 a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990a).

Entretanto, as ações de Saúde do Trabalhador dentro do SUS não ocorriam de forma integrada na rede de assistência. Apenas em 2002, a Portaria nº. 1.679 dispôs sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), articulando ações de prevenção da doença, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores no âmbito do SUS, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho, como assevera a Organização Pan-Americana de Saúde. Desse modo, essa portaria legitima o lugar da Saúde do Trabalhador na rede pública de assistência médica (BRASIL, 2007a).

[...] 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 (BRASIL, 2001, p. 17).

Em 2005, a Portaria nº. 2.437/GM, em suas disposições, reforça a ampliação da RENAST e a prática do controle social, como importante suporte para as políticas em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2007b).

Os Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, regulamentados pela Resolução nº. 33/1992 instituíram as conferências de saúde nos níveis municipal, estadual e nacional, tendo como princípio a participação dos trabalhadores, sindicatos, movimentos sociais, setores governamentais, não-governamentais e instituições privadas de saúde envolvidas com o tema:

[...] pode-se definir Conselho de Saúde como o órgão de instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera do governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competências fixadas em lei. O Conselho consubstancia a participação da sociedade

organizada na administração do Sistema de Saúde, propiciando o controle social desse sistema (BRASIL, 2004, p. 1).

Entretanto, as práticas participativas têm sido difíceis e os movimentos sindicais têm encontrado resistência por parte dos trabalhadores e das próprias lideranças à encampação da luta por um sistema de saúde que atenda às necessidades de saúde da população. Os movimentos sindicais freqüentemente têm adotado práticas com relação à saúde dos trabalhadores que visam à luta pelo direito aos planos privados de saúde, que incentivam a iniciativa privada dessa área e dão ênfase à assistência médica curativa.

Em torno dessa problemática surgem questões, como a negligência dos movimentos sindicais para com os trabalhadores informais e os trabalhadores desempregados que, por não terem acesso a planos privados de saúde, ficam sem representantes que defendam seus interesses nesse campo e à mercê dos legisladores em relação às políticas públicas de saúde.

Assim, o modelo de atenção à saúde no Brasil, gerado da reforma de proteção social, cujo marco legal é a constituição cidadã, Constituição de 1988, teve como retórica a busca pela igualdade no tratamento das questões sociais e a diminuição dos níveis de desigualdade social, bem como a participação da população.

Com base na análise sustentada pelo materialismo histórico dialético, entendemos que não há rupturas e os vários momentos anteriores constituídos como história são, em parte, reificados e consubstanciam as demandas sociais para delinear o novo formato da política, a política de saúde. Em busca de um arranjo para acomodar os diferentes interesses expressos tanto pelos movimentos sociais quanto pelos representantes da indústria farmacêutica e dos planos privados de saúde, a legislação possibilita um sistema de saúde intitulado de universal e público, mas deixa abertura para os planos privados de saúde em caráter suplementar para aqueles que desejarem e puderem pagar esse modelo.

Segundo Paim (2006), a análise da atenção à saúde pode ser feita por duas vias: a primeira busca apreendê-la como um processo resultante das demandas e lutas sociais que reivindicam solução para as suas necessidades de saúde; a segunda se dá pela análise do processo produtivo, ou seja, pelo exame do jogo que se impõe pela distribuição e consumo das mercadorias que suprem à indústria farmacêutica,

hospitalar e de produtos dietéticos, bem como pelas indústrias e serviços que oferecem infra-estrutura para o funcionamento do sistema. Nesse caso, a saúde é detentora do discurso que autoriza a utilização e o consumo desses produtos e por vezes atua no mercado para manter e ampliar esse nicho.

Pinheiro et al. (2005) analisam que a questão da demanda e da oferta em saúde tem tido uma tendência de naturalização das relações entre saúde e sociedade em detrimento da busca pelo entendimento da formação das demandas de saúde, considerando os contextos socioeconômicos, políticos e culturais em que elas se inserem. As autoras afirmam que estamos numa sociedade medicalizada em que as pessoas são vistas como doentes em potencial. Assim, a compreensão do processo saúde-doença pela via do processo produtivo e pelas leis da oferta e da demanda tem sido, de certa forma, sustentada pelo modelo biomédico. Pinheiro et al. (2005) defendem uma análise desse processo na qual não há a divisão entre as categorias demanda e oferta, uma vez que elas interagem e se configuram em contextos socioeconômicos, políticos e culturais intercambiantes.

O sistema de saúde no Brasil é erigido e busca consolidar-se a partir dos anos 1990, em duas perspectivas: a de mercado e a das lutas sociais; a primeira concebe o sujeito como receptáculo de medidas econômicas no âmbito da saúde e a segunda mostra o sujeito como o próprio agenciador de suas necessidades, que pode marcar e ampliar seus espaços.

O modelo brasileiro de atenção à saúde viabiliza-se sob a forma de três subsistemas: a) Sistema Único de Saúde, que visa a atender toda a população em caráter universal e público; b) Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS), subsidiado pelo governo federal mediante renúncia fiscal, por meio da restituição do Imposto de Renda de Pessoa Física e Jurídica; c) Sistema de Desembolso Direto (SDD) também passivo de renúncia fiscal.

O SUS está direcionado para o atendimento universal, porém tem sido mais freqüentemente procurado pelos brasileiros com baixos rendimentos, empregados com vínculos precarizados e desempregados. O SAMS está direcionado tanto para os trabalhadores formais do setor industrial e de serviços, cujos empregadores financiam ou subsidiam a assistência à saúde mediante o incentivo fiscal dado pelo

governo, quanto para os indivíduos que podem comprar o plano privado. Estes contam com a facilidade de restituição dos gastos por meio do Imposto de Renda de Pessoa Física. O SDD é geralmente usado pela população de renda alta. Esse sistema é feito por meio de serviços especializados, por profissionais que não pertencem nem ao Sistema Público de Saúde nem ao Sistema de Atenção Suplementar. O SDD também tem incentivo fiscal do governo para aqueles que dele se utilizam (PAIM, 2006).

Os incentivos fiscais para as empresas e as pessoas que contratam assistência médica privada, somada a uma avaliação negativa do SUS expressa pela mídia, acabam por incentivar o crescimento do mercado de planos privados de saúde. A partir dos anos 1990, verificou-se forte ampliação desse mercado e era comum o argumento de que “só fica no SUS quem não tem mesmo como pagar um plano privado”.

Na prática, ocorre a duplicidade de prestadores de serviços no atendimento à demanda do SUS e dos planos privados de saúde. Essa duplicidade torna-se facilmente visível e concreta com a existência de duas portas de entrada nos hospitais e duas categorias de acomodações para internamentos também num mesmo hospital (um para o SUS e outro para os planos privados) (BAHIA, 2005).

A Constituição Federal assevera que o atendimento à saúde se dê integralmente, apoiado nas atividades preventivas como prioridade. Isso tem favorecido a associação da prevenção com a saúde pública institucionalizada (Estado) e dos serviços assistenciais e medicina individual com a iniciativa privada.

A integralidade deverá se espalhar pelos três níveis de complexidade do sistema, ou seja, o primário, que prescinde de tecnologias; o secundário, que necessita de tecnologia para diagnósticos especializados; o terciário, que envolve tecnologia de alto custo. Além disso, a vigilância da saúde⁵ constitui a base da integralidade e o eixo estruturante do SUS (PAIM, 2006).

⁵ Vigilância da Saúde - Ações intersetoriais que intervêm sobre os problemas de saúde (danos, riscos e outros determinantes), enfatizam o acompanhamento contínuo, apóiam-se no conceito epidemiológico de risco e articula ações promocionais, preventivas e curativas (PAIM, 2006).

A integralidade, segundo Cecílio (2001), está relacionada às “boas condições de vida”, decorrentes dos fatores do ambiente ou dos lugares ocupados no processo produtivo, do acesso a toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida, dos vínculos (a)efetivos entre usuários e equipe, do aumento de autonomia no modo de levar a vida. Trata-se de compreender o homem em sua completude, ou seja, nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Para Paim (2006), a trajetória de uma política de saúde ocorre no embate de interesses de grupos e não de forma linear. Assim, o campo de Saúde do Trabalhador, por ser composto, em parte, por militantes cujos interesses são expressivos de sua categoria, tem um importante lugar no debate sobre a saúde. Essa importância deveria ser fortalecida, uma vez que o SUS hoje atende uma população que se constitui de trabalhadores de baixa renda, com vínculos precários ou desempregados.

O princípio da integralidade, ao conceber o homem em sua totalidade, nela inclui a dimensão do trabalho e a posição do sujeito no processo produtivo. Esse enfoque corrobora o fortalecimento do SUS como política de Saúde do Trabalhador.

Por fim, a participação da comunidade na regulação e na elaboração de políticas de saúde traz o trabalhador para a cena de debate, ao defender suas necessidades de saúde e também ao exigir que o olhar do profissional de saúde esteja voltado para o processo saúde-doença-trabalho, respeitando os aspectos culturais e suas particularidades.

5 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS

A participação da sociedade civil organizada no controle e elaboração de políticas públicas precisa ser mais arrojada para alcançar o potencial de libertação e de autonomia que essas práticas podem proporcionar. Em Saúde do Trabalhador, a participação dos trabalhadores no controle e elaboração de suas políticas é um desafio que nos instiga, pois, no geral, ainda não há experiências suficientes que culminem num tratamento adequado para possibilitar a participação dos sujeitos sociais na elaboração e controle dessas políticas públicas. O fortalecimento dessas práticas implicaria a participação da sociedade organizada, dos movimentos sociais e dos diversos setores governamentais e não-governamentais envolvidos nessa questão. Somente dessa maneira, poderíamos supor um processo que tivesse o alcance de vocalizar as demandas dos trabalhadores para contemplar as ações de prevenção de doenças, de promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como o registro e controle das informações necessárias para compor um diagnóstico fidedigno da situação.

Os paradigmas analíticos mostram que a prática da participação se dá sob duas vertentes: a vertente liberal, que pode ser corporativa ou comunitária, e a vertente democrática, que sustenta a versão representativa e participativa ou republicana (CARLOS, 2007).

Na perspectiva da vertente liberal, todos os cidadãos são iguais e a participação seria o meio de buscar a satisfação dos interesses coletivos. Desse modo, a participação tem o objetivo de controlar as ações do Estado com o fortalecimento da sociedade civil que, por meios políticos, visa a garantir interesses sociais privados. Essa vertente, em sua forma corporativa, visa a combater os interesses pessoais em favor do “bem comum”, pressupondo assim a existência de uma neutralidade por parte do Estado. A forma comunitária dá suporte a uma relação entre Estado e sociedade baseado na concepção instrumentalista da comunidade. Essa concepção pressupõe o uso dos conhecimentos das associações civis que representam a população na ação governamental, reduzindo os seus custos e criando possibilidade de o Estado ser mais assertivo em elaborar as políticas públicas. De uma maneira geral, a vertente liberal parte do pressuposto de que a participação é espontânea e

sem vinculação política, devendo ser exercida por cidadãos iguais e refletir seus interesses privados e sem interesse pela coletividade.

A vertente democrática da participação tem por princípio a soberania popular, por isso busca trazer para o debate tanto a sociedade civil como os movimentos sociais institucionalizados e partidos políticos. A participação democrática representativa se dá por meio da delegação de um poder de representação institucionalizado, ou seja, é uma forma de participação restrita ao poder de delegar poder e de ser assim representado, não havendo a possibilidade da participação ampla dos cidadãos.

Para o autor, a participação democrática representativa tem-se mostrado vulnerável, talvez tanto quanto a participação liberal para a legitimação de poder. Isso se tem verificado pelas práticas clientelistas e pela cooptação, geralmente presentes nesses modelos de participação.

A forma participativa ou republicana da democracia visa a fortalecer a sociedade civil para favorecer a transformação social, buscando formas justas e eqüitativas de realizar o processo político e elaborar políticas sociais. Trata-se de um modelo que parte do pressuposto de sujeito como um ser social e coletivo, não-individual, ou seja, entende o sujeito envolvido nos movimentos sociais, o que amplia a potencialidade para o exercício da cidadania (CARLOS, 2007).

Com base nessas conceituações e na *práxis* social, hoje se tem praticado mais amplamente a democracia representativa de caráter elitista. Essa visa à concentração do poder sob o controle de uma elite política que, freqüentemente, está aliada aos interesses do mercado e do capital. Desse modo, a democracia hoje se ergue sobre as bases dos mecanismos de representação, em detrimento da mobilização social e, também, sem um entrelaçamento dessa com aqueles. Essas práticas têm-se mostrado cada vez menos eficientes, pois os sujeitos se sentem pouco ou mal representados, o que os tira da condição de sujeito da ação e os colocam numa posição de sujeição aos interesses dominantes.

Dessa forma, tem-se configurado a problemática da democracia representativa moderna no Brasil, pois ela acaba por fomentar a desmobilização social e a conseqüente apatia política dos movimentos sociais ante a perspectiva da transformação social.

Carlos (2007) defende a idéia de que a democracia pode ganhar novos rumos se combinar as formas representativas às participativas, o que para os autores poderia ser uma alternativa para aquecer a participação popular e ampliar os espaços de participação. Essa perspectiva mostra a possibilidade de um caminho para a consolidação da cidadania.

Deleuze, em conversa com Foucault (1992) sobre a relação dos intelectuais com o poder, trouxe uma contribuição importante ao debate sobre a democracia, demonstrando a importância da participação daqueles que estão afetados pela problemática em questão. Nesse caso, podemos fazer uma analogia entre os intelectuais sob a concepção foucaultiana e deleuziana e a elite política. Assim, ele diz:

Ou a reforma é elaborada por pessoas que se pretendem representativas e que têm como ocupação falar pelos outros, em nome dos outros, e é uma reorganização do poder, uma distribuição do poder que se acompanha de uma repressão crescente. Ou é uma reforma reivindicada, exigida por aqueles a que ela diz respeito, e aí deixa de ser uma reforma, é uma ação revolucionária que por seu caráter parcial está decidida a colocar em questão a totalidade do poder e de sua hierarquia (FOUCAULT, 1992, p. 72).

Essas argumentações corroboram a idéia de que é preciso pautar o debate sobre as políticas sociais nos anseios da população, o que leva à necessidade de um processo democrático de cunho participativo. Desse modo, a combinação da democracia representativa com a participativa poderá ser uma alternativa para consolidar o processo democrático.

As práticas participativas no Brasil começaram a se delinear durante a abertura política, no final da década de 80. Portanto, referimo-nos a uma prática incipiente e ainda em construção. À medida que a *práxis* dá forma ao processo de participação, as ponderações são realizadas e as construções teóricas ganham corpo, considerando os avanços e as limitações dos modelos representativos.

A elaboração de políticas de saúde está regulamentada pelas Leis Orgânicas n.º 8.080/90 e 8.142/90 e também pela Resolução n.º 33, que regulamenta a atuação dos conselhos de saúde sob a égide da concepção de democracia representativa (BRASIL, 1990a,b, 2004).

No SUS, a participação ganha abertura com a inserção da comunidade nos debates, por meio das conferências e conselhos de saúde. Nesse propósito, abrem-se espaços no plano da participação para novos atores sociais. Essa abertura pode inaugurar outro modelo de participação, baseado não somente na representação, mas também no envolvimento dos próprios atores implicados na problemática em discussão.

A posição de Foucault (1992) nos permite vislumbrar um novo rumo para a democracia, ainda que tenhamos um longo caminho a trilhar, pois não encontramos condições concretas para a sua aplicação no atual momento político e social brasileiro.

Referenciados na prática dos conselhos e conferências e nos modelos que amparam a participação direta da sociedade, sustentamos, nesse momento, que os espaços institucionalizados de participação devam ser ocupados conforme os preceitos da legislação, porém sempre visando a ampliá-los mediante os interstícios das leis.

A participação se relaciona com as formas de produção coletiva e se qualifica como participação popular, política, social e comunitária. Esses diferentes modelos de participação sinalizam também diferentes objetivos, objetos e sujeitos da participação.

As possibilidades de participação da comunidade no SUS trazem consigo o desafio de dar visibilidade às vozes silenciadas historicamente, fazendo emergir conflitos que conclamam o direito à diferença, à alteridade e à dignidade no atendimento aos usuários que têm suas demandas marcadas pelas desigualdades sociais. Outro desafio é o de fazer o Estado adotar mecanismos de planejamento que propiciem a escuta dessas demandas, em vez de adotar a oferta de serviços predeterminada por um corpo técnico que as desconhece. Isso caracteriza uma tradição já bem conhecida no planejamento em saúde, a verticalidade programática. Nessa perspectiva, o sujeito é acessado como objeto e não como sujeito político (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Para Machado et al. (2005), a participação propicia espaços de resistência, e se dá pela intervenção dos diferentes sujeitos políticos, implicados na forma como as demandas são socialmente constituídas e como se efetivam em ações

governamentais. Garantidos o diálogo e a conformação das diferentes demandas, a participação torna-se campo para construir novos espaços públicos em que as demandas são problematizadas, ressignificadas e pactuadas coletivamente.

Do ponto de vista partidário, com a abertura política surgiram partidos políticos de diferentes matizes ideológicos. Além disso, os ares da democracia engendraram movimentos sociais, como os movimentos sanitarista e sindical, além de outros de caráter urbano que visavam a melhores condições de consumo de bens essenciais à vida, como: saúde, educação, moradia, segurança e outros. Trata-se da participação de caráter institucional, a qual abre espaços de interlocução entre movimentos sociais, partidos políticos e Estado.

Passamos por um momento de valorização da participação, mas ainda não temos uma análise fundamentada que nos mostre sob qual paradigma ela vem sendo praticada. Isso nos faz acreditar que temos práticas ainda muito antagônicas ocorrendo, seja pela via de ascensão a uma democracia de fato, seja pela via da legitimação de políticas sociais formatadas *a priori*.

O processo político na *práxis* possibilitará a participação à base de uma perspectiva emancipatória da população. Nela, o sujeito se torna agenciador de suas necessidades em razão de estar afetado pela problemática social e ter conquistado o direito de vocalizar suas demandas e decidir, junto com os outros seguimentos, a alternativa que melhor atenda aos diversos interesses. Acreditamos que essa prática participativa faz germinar a ação política na perspectiva de mudança social para construir uma sociedade mais justa.

A participação do sujeito social, aqui entendido como sujeito da ação da transformação – sujeito da *práxis* –, encontra nos espaços públicos sua arena para participação e interlocução política. Esses espaços são destinados ao controle social, tal qual regulamenta as leis e instrumentos normativos do SUS, entretanto não se restringem aos espaços instituídos, uma vez que a *práxis* pode criar novas formas de participação.

O controle social, nessa dimensão, é concebido como o direito de a população exercer o seu papel de fiscalizador, controlador e colaborador na concepção das

políticas que a afetam diretamente. Logo, essa é uma concepção que possibilita a ação de transformação das práticas sociais.

Uma concepção mais antiga do termo controle social, baseada nas práticas de controle do Estado sobre a população, por meio da disciplina, muitas vezes refletia a ideologia dominante e tinha objetivos econômicos comprometidos com a riqueza das nações. Desse modo, estamos lidando com um conceito que ganha diferentes conotações, dependendo do contexto histórico e político. Isso pode trazer consequências em sua prática, uma vez que ela pode trazer nuances dos dois conceitos do termo aqui mencionados, ou seja, uma que tem o Estado como protagonista das ações políticas e outra que tem a população como o sujeito de ação social e política dentro dos espaços públicos.

Gramsci (1991) traz uma contribuição para entendermos o controle social na *práxis*, já que, de um lado, falamos de uma prática de transformação social e, de outro, de prática a serviço das forças hegemônicas. O autor sustenta a importância de retomarmos a base conceitual ortodoxa para entendermos a *práxis* social. O antagonismo presente no conceito de controle social é confirmado nas palavras desse autor:

Se dás novo significado a um velho vocabulário, ainda que professes que a antiga idéia ligada àquela palavra nada tem em comum com a nova idéia que lhe atribuíste, as mentalidades humanas jamais podem deixar de supor que não existam semelhanças e conexões entre a antiga e a nova idéia (GRAMSCI, 1991, p. 190).

Dessa forma, o conceito de controle social ao ser reabsorvido mistura a sua conotação de legitimação de políticas que representam os interesses econômicos e da classe hegemônica com a idéia de uma prática revolucionária e de transformação social, assim engendrando uma nova prática.

No campo da Saúde Coletiva, a prática do controle social hoje talvez esteja sendo condicionada pela ortodoxia desse conceito. Nesse caso, estaríamos dentro de um espaço capitaneado pelas correntes hegemônicas e com pouco espaço para manobras políticas e consensos que atendam o homem coletivo, pois falta a consciência crítica na formação da sociedade civil organizada. Baseadas no pensamento gramsciano, as práticas de promoção da saúde e prevenção da doença teriam de funcionar como uma militância, uma ação política.

Reconhecer os dirigentes sindicais como sujeitos da Saúde e da Saúde do Trabalhador, pressupõe que eles façam o exercício da participação social, que é a possibilidade de interlocução política nos espaços públicos, buscando alternativas para a elaboração, gestão e controle de políticas de Saúde. Assim, uma interpretação dessa realidade deve considerar os esquemas de dominação determinados pelos modos de produção, que repercutem nas políticas instituídas, mas trazem dentro de si a própria resistência por meio da luta pelas transformações sociais.

Os dirigentes sindicais constituem um dos atores sociais da problemática relacionada às políticas públicas de saúde, que é o movimento sindical: ator social que representa as instituições que são afetadas pelo problema e buscam debater sobre ele, para defender os interesses da população que representam. Esses atores sociais participam, não por acaso, da trama social e têm, nos respectivos espaços públicos, a possibilidade de vocalizar suas demandas em prol da construção de outro cenário mais comprometido com a interlocução, a democracia e o exercício da cidadania (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Sob a ótica dos próprios trabalhadores e de suas necessidades de saúde, os movimentos sindicais podem, aproveitando os espaços de participação instituídos e não instituídos, debater e buscar políticas de saúde mais justas, universais e integrais e avançar em direção a elas.

Assim, no âmbito desse estudo, entendemos o homem como sujeito que, no encontro com outros, produz novas formas de enfrentamento das situações coletivamente questionáveis. Então, a possibilidade da participação social pode fazer emergir novas consciências individuais e coletivas e, conseqüentemente, novas formas de enfrentamento que não necessariamente se moldem à estrutura social vigente, mas a outra possível de ser criada. Assim, toda luta é contra o poder e, assim, em última instância, ela nos remete à questão do trabalho, já que as forças hegemônicas refletem os interesses do mercado e do capital.

Se de um lado se multiplicam e se sofisticam os mecanismos de dominação, de outro, a criatividade popular pode renascer, redesenhando a própria história. Por

isso, nossa análise visa a entender como os movimentos populares e sindicais estão exercendo o controle social e como essa prática está sendo vista por eles.

Optamos por uma análise sobre a ação sindical no controle social do SUS que integre o campo da Saúde do Trabalhador, por defendermos a centralidade do trabalho na determinação do processo saúde e doença. Consideramos que as formas de enfrentamento dessa problemática pelos movimentos sociais e sindicatos são condicionadas pelo contexto histórico.

6 METODOLOGIA

Segundo a concepção de Minayo (2004), a metodologia explicita o caminho que utilizamos no processo de conhecimento, destacando a visão de mundo do pesquisador (baseada nos seus referenciais teóricos) e os instrumentos selecionados para que esse caminho seja trilhado.

A autora ressalta que, apesar de método e técnica serem fundamentais para a ciência, eles estão submetidos aos pressupostos teóricos expostos. Dessa forma, ela aponta para uma questão comum nas Ciências Sociais – o grande enfoque nos métodos e técnicas – que pode levar ao empirismo, reduzindo assim a ciência à descrição dos fatos. Entretanto, o contrário também deve ser combatido, ou seja, a teorização em demasia conduz a divagações abstratas e pouco precisas em relação ao objeto de estudo.

Além disso, essa autora destaca que a dimensão humana só pode ser concebida dentro do processo social, considerando-o como um processo histórico, condicionado, porém provisório. Em razão disso, a possibilidade de transformação social e a prática social empírica dos indivíduos são engendradas no contexto em que a sociedade se insere, considerando os grupos e classes sociais que a constituem.

Segundo Foucault (2007), na tarefa de interpretar dados, nós, pesquisadores, não estamos neutros, pois as técnicas de interpretação dizem respeito a nós que, como intérpretes, temos de nos interpretar à base dessas técnicas.

Sob esse aspecto, as análises na área da saúde tomam forma de luta ideológica e política, apoiando os movimentos sociais. Assim, a construção do conhecimento ocorre num constante intercâmbio entre a teoria e a manifestação empírica.

Este estudo foi realizado segundo a abordagem qualitativa, pois seus objetivos suscitaram categorias de análise que envolvem as significações, percepções, concepções e valores sobre a participação na ótica dos dirigentes sindicais. Segundo Minayo (2004), o desenho do estudo é que delimita o método, e escolhemos trabalhar com categorias que exigem técnicas de coleta de dados e de interpretação que apontam para uma análise qualitativa dos resultados.

Nessa abordagem, os dados são tratados para além de seu grau de incidência. Dessa forma, ao analisarmos esses dados buscamos sua aproximação com os fatos sociopolíticos e econômicos, comparando-os e ou relacionando-os.

Tivemos por objetivo compreender como as interações dos atores sociais envolvidos produziam práticas e modelos de participação no controle social na saúde. Buscamos com isso tratar dos seguintes aspectos: a relação entre saúde e sociedade, entre saúde e processo de trabalho, concepções de saúde-doença, imagem do Sistema Único de Saúde e políticas públicas de saúde.

A técnica usada foi a de entrevistas individuais. A entrevista é uma das técnicas mais usadas no processo de trabalho de campo, pois permite que, por meio da comunicação verbal ampla, se faça a coleta de informações a respeito de um tema científico. Segundo Minayo (2004), ela é um instrumento importante para as ciências sociais, porque traz a possibilidade de desvelar as condições estruturais, os valores, as normas e os símbolos por meio da fala. O discurso reflete as representações, as condições históricas, socioeconômicas e culturais dos grupos em que se inserem esses sujeitos, o que faz emergir o caráter tanto de homogeneidade quanto de alteridade desses grupos. É necessário ressaltar que o resultado dessa técnica depende também da capacidade do pesquisador que, ao interagir com o entrevistado, deve estar atento para aprofundar nas regularidades aquilo que se reafirma e nas irregularidades o que se contrapõe no discurso. Isso permite que a configuração simbólica do grupo que se investiga se torne visível, podendo assim contribuir para o conhecimento da realidade.

6.1 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram os dirigentes sindicais que constituíam o coletivo de saúde da Central Única dos Trabalhadores (CUT) naquela ocasião, e o então diretor da pasta de políticas sociais da CUT, devido a sua atuação junto do coletivo de saúde e na esfera mais ampla das políticas sociais.

A decisão de entrevistar os membros do coletivo de saúde ocorreu no transcorrer da realização das primeiras entrevistas, pois identificamos que esses sujeitos estavam

mais envolvidos com as questões atinentes à saúde e também tinham experiência de participação em eventos e fóruns de saúde e de Saúde do Trabalhador.

Esse coletivo era composto, na época da realização das entrevistas, por dirigentes dos seguintes sindicatos: Sindicato dos Trabalhadores de Conservação e Limpeza (Sindlimpe); Sindicato dos Bancários (Sindbancários); Sindicato dos Trabalhadores da Indústria Energética e Empresas Prestadoras de Serviços no Setor Elétrico e Similares (Sinergia); Sindicato dos Metalúrgicos (Sindmetal); Sindicato dos Trabalhadores do Setor de Mármore e Granito (Sindmármore); Sindicato dos Trabalhadores do Setor Alimentício (Sindalimentação) e Sindicato dos Comerciantes (Sindcomerciantes).

Dos sete sindicatos representados no coletivo de saúde, cinco foram entrevistados. Dois dirigentes não puderam ser entrevistados em virtude da incompatibilidade de horários e, como já havíamos entrevistado mais da metade dos componentes do coletivo e o discurso já se mostrava saturado, optamos por não entrevistá-los. Foi solicitada a autorização aos sindicatos para a realização do estudo (APÊNDICE A).

As entrevistas foram realizadas individualmente, sendo gravadas, transcritas na íntegra e analisadas. A duração de cada entrevista foi em média de 90 minutos. Elas foram realizadas nos respectivos sindicatos, em sala reservada, em data e horário previamente agendados.

No contato para agendamento da entrevista, os objetivos foram expressos de forma geral e, na ocasião da entrevista, foram detalhados. Antes de iniciarmos, solicitamos o consentimento para a gravação e a assinatura do termo de consentimento livre e informado (APÊNDICE B). As dúvidas foram esclarecidas antes de iniciarmos as perguntas.

Utilizamos um roteiro (APÊNDICE C) para a realização das entrevistas. Esse roteiro nos orientou com relação ao enfoque das perguntas, que foi elaborado para atender aos objetivos da pesquisa. Assim, por meio dele, exploramos as concepções sobre saúde-doença, percepção da participação e do controle social no SUS e a relação dos processos participativos com a saúde e Saúde do Trabalhador. Por fim, procuramos explorar e entender as situações que representaram conquistas para os trabalhadores e a sua relação com as práticas participativas.

6.2 TRATAMENTO DOS DADOS

A abordagem qualitativa, como foi dito, foi a nossa opção para buscar compreender a problemática da participação social no âmbito das atividades dos dirigentes sindicais. Essa abordagem fundamenta-se na análise e interpretação dos dados, considerando o contexto de sua produção. Dessa perspectiva em diante, tanto o entrevistador quanto o sujeito da pesquisa são considerados como sujeitos da ação social, uma vez que a produção de conhecimentos se dá como um constante intercâmbio social (SPINK, 2000).

Os dados coletados nas entrevistas foram tratados sob a concepção da análise de discurso ou produção de sentidos (SPINK, 2000). Essa concepção tem como um de seus fundamentos a filosofia marxista da linguagem, que concebe a enunciação como um produto socialmente condicionado. Assim, os dados coletados nessa pesquisa, ou seja, os discursos neles representados são produzidos e reproduzidos dentro de um dado contexto social que se engendra na *práxis* e traz consigo as marcas da história da sociedade.

Segundo a filosofia da linguagem, são duas as orientações para a compreensão da linguagem: a primeira é denominada subjetivismo idealista, que concebe a fala como criação individual e baseia-se na psicologia individual. Para essa orientação, a criação lingüística é como a criação artística e, tal como essa, a língua é um produto acabado e pronto para ser usado, não havendo um conjunto de leis específicas sociológicas. Essa orientação está vinculada à corrente positivista. Outra orientação é o objetivismo abstrato. Este argumenta que o centro organizador da língua é o sistema lingüístico, com suas formas fonéticas, gramaticais e lexicais. Nessa perspectiva, a enunciação é um ato de criação individual, única e não reiterável. Na enunciação, encontram-se elementos idênticos aos de outras enunciações, e é isso que permite a comunicação num grupo de interlocutores (BAKHTIN, 1992).

Para a filosofia marxista da linguagem, a língua é independente de todo o impulso criador e de toda a ação individual. Ela é uma criação coletiva, um fenômeno social, portanto normativa para cada indivíduo. Em outras palavras, a língua é produzida historicamente e condicionada pelo social.

O autor postula que, sendo a língua fruto de uma evolução histórica na comunicação verbal concreta, o método apropriado para estudá-la está baseado na análise do contexto em que se produz o enunciado. A filosofia marxista da linguagem coloca como base para sua doutrina a enunciação, que passa a ser a expressão da realidade da linguagem e da estrutura socioideológica.

Nessa perspectiva, os discursos são como linguagens sociais pertinentes a determinados grupos específicos e, ainda que reproduzam uma condição social hegemônica consolidada nas regularidades que apresenta, podem, por meio das irregularidades, elucidar o sentido, fazendo romper práticas e conceitos antigos, ressignificando-os e instaurando novas visões e concepções.

Outro fundamento da análise de discurso é a abordagem construcionista. Nela, o sujeito, ao descrever suas experiências e concepções dos fatos, explica também o mundo em que vive. Pode também, em contrapartida, trazer uma desconstrução como um fator importante no ato de ressignificar conceitos e teorias que são familiares. O sujeito e objeto são resultados de condições históricas e sociais que precisam ser desveladas. Portanto, examinar as convenções e contextualizá-las traz a possibilidade da transformação dos processos sociais (SPINK, 2000).

Considerando os objetivos deste estudo e as características do objeto, tanto a filosofia marxista da linguagem como o construcionismo mostraram que esse poderia ser um caminho para a análise e interpretação dos dados. O caráter histórico do objeto encontra ressonância na filosofia marxista da linguagem e dá enfoque à transformação das ações – no caso desse estudo, ações políticas – isso é característica do construcionismo. Para esse estudo, é mister compreender as práticas atuais por meio da experiência cotidiana dos dirigentes sindicais no que tange à participação.

Após a realização das primeiras entrevistas, seguindo as orientações da abordagem da análise de discursos e produção de sentidos, identificamos aspectos que eram recorrentes nos discursos dos dirigentes sindicais e então definimos as categorias de análise, quais sejam: saúde, SUS e participação.

A pesquisa, como prática social, cumpre seu papel quando há um intercâmbio social de sua produção. Para tanto, faz-se necessário que os dados sejam tratados de

forma clara, possibilitando uma fácil compreensão e a circulação das informações. Segundo Spink (2000), nisto consiste o rigor da pesquisa qualitativa: facilitar e dar visibilidade a esse processo de análise.

O mapa de associação de idéias (APÊNDICE D), idealizado por Spink e Lima (2000) foi uma das técnicas que usamos para a análise dos dados. Sua elaboração foi baseada nas categorias identificadas.

A árvore de associações foi outra técnica usada para tornar mais fácil a compreensão das análises e, conseqüentemente, a circulação da informação. Ela permite visualizar o fluxo das associações de idéias que se inicia com a pergunta do entrevistador e se encerra com a enunciação e conclusão do entrevistado, podendo ser reiniciado à base de novas perguntas que, no contexto dialógico, forem necessárias para a exploração das categorias de análises (SPINK; LIMA, 2000).

6.3 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Cada entrevista foi ouvida e inicialmente transcrita em editor de texto Microsoft Word. Valemo-nos de nomes fictícios para diferenciar os discursos dos sujeitos na transcrição. Após a transcrição dos dados, eles foram organizados no mapa de associação de idéias, elaborado em planilha do Microsoft Excel, conforme as categorias de análise. O mapa de associação de idéias foi elaborado de forma que se dispusessem as categorias em colunas, lado a lado, na planilha, para posterior transcrição dos discursos.

A montagem dos mapas de associações de idéias seguiu estes passos: a) leitura da entrevista e identificação dos discursos referentes a cada uma das categorias de análise; b) recorte dos trechos desses discursos no editor de texto em Word e colagem na planilha do Excel (mapa de associação de idéias), na coluna correspondente à categoria em que o discurso se incluía. Um mesmo discurso, em determinados casos, se incluía em mais de uma categoria.

O discurso foi passado para a planilha de Excel, conforme as categorias de análise, seguindo a sua seqüência cronológica de forma que, ao lado da transcrição de uma categoria de análise do discurso, não houvesse nenhum outro discurso transcrito, a

menos que um mesmo discurso estivesse classificado em mais de uma categoria. Essa disposição dos dados em planilha do Excel tornou a leitura do discurso por categoria mais fácil, porque, ao rolar a barra do Excel, a sua transcrição podia ser lida na coluna vertical de cada categoria de análise.

6.4 CATEGORIAS DE ANÁLISE

6.4.1 **Saúde**

As entidades sindicais apontam como um de seus eixos de atuação o debate público e a luta por políticas públicas que atendam aos anseios da comunidade e da classe trabalhadora em particular. Sob essa perspectiva, a saúde é tida como uma das problemáticas que constam nas pautas de discussões dessas entidades.

Assim, faz-se necessário compreender as diferentes concepções de saúde adotadas pelos dirigentes sindicais e o entendimento que têm sobre esse tema. Isso é de relevância para este estudo, pois são nessas diferentes concepções que estão assentadas algumas das práticas adotadas pelo movimento sindical.

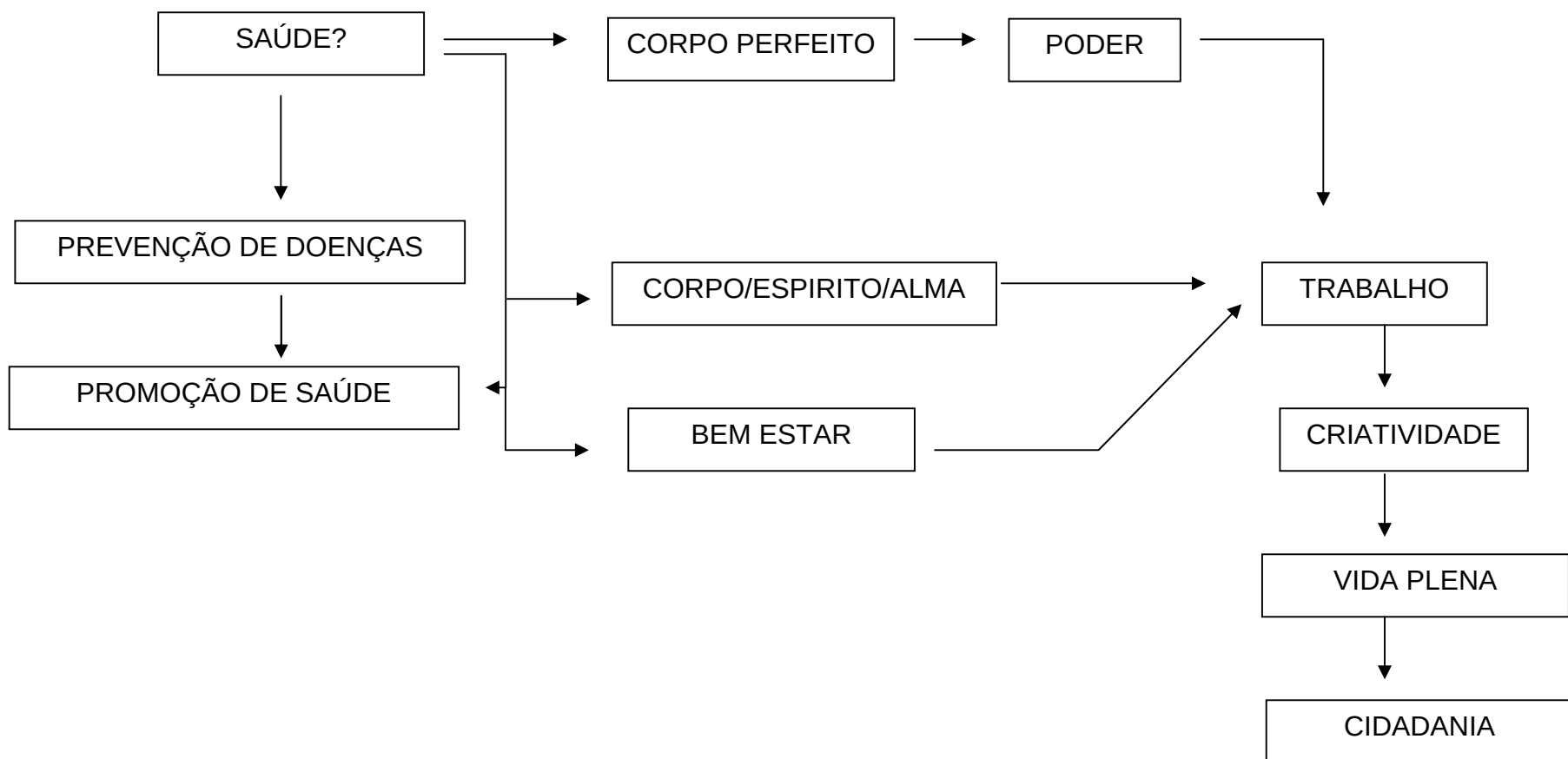
Os dirigentes sindicais entrevistados estão diretamente envolvidos com a problemática da saúde dentro das respectivas entidades sindicais, podendo, por isso, influenciar os direcionamentos de ações políticas dentro dos espaços públicos de debates e também nas ações restritas à classe trabalhadora, considerando as diversas categorias por eles representadas.

A ação em saúde, na perspectiva do movimento sindical, pode estar inserida num contexto que abrange toda a comunidade e sociedade civil organizada e, para isso, o movimento sindical se une aos diversos movimentos sociais, buscando construir ações coletivas que contemplem a questão da saúde de forma ampliada. Outra vertente da ação sindical, no tocante à problemática da saúde, diz respeito a deliberações internas e direcionamentos possíveis de seguir dentro da especificidade da própria categoria representada pela respectiva entidade sindical, gerando tanto ações restritas ao sindicato como também ações políticas mais amplas, em benefício da categoria específica.

Um exemplo de ações restritas aos sindicatos são os programas desenvolvidos para atender a uma demanda de informação, conscientização e orientação a respeito de algum processo de adoecimento comum em determinada categoria, como a LER/DORT nos bancários, comerciários, trabalhadores da indústria alimentícia e outros. As ações mais amplas em benefício de uma categoria específica são aquelas que demandam atos políticos restritos a determinadas categorias, como as lutas pela regularização das condições de manuseio do benzeno nas indústrias metalúrgicas e siderúrgicas, para diminuir a incidência da leucopenia, que é uma doença conseqüente da exposição dos trabalhadores ao benzeno. Para que se adotassem normas e procedimentos na prevenção e diminuição dos riscos da leucopenia, foram necessários atos políticos, mobilizações dos trabalhadores acometidos pela doença e dos sindicalistas. Dessa forma, ocorreu não só o reconhecimento da doença como doença do trabalho, mas também os avanços trazidos pelo acordo e legislação do benzeno.

Essa categoria de análise envolve ainda a discussão com base no entendimento dos dirigentes sindicais entrevistados: a quem se pode atribuir a responsabilidade pelas ações de saúde.

A relação do sindicato com as questões que envolvem a saúde do trabalhador e os acidentes de trabalho são aspectos que buscamos entender, enfocando a visão dos sujeitos dessa pesquisa: os dirigentes sindicais. As dificuldades enfrentadas no cotidiano da luta em defesa da Saúde do Trabalhador, principalmente quando se trata de acidente de trabalho, entender como se processa o fato de se expor aos riscos diários no local de trabalho, estabelecendo uma relação de enfrentamento, mas também de possibilidade de redução deles.



Fluxograma 1. Árvore de associações 1 – Saúde na concepção dos sindicalistas

6.4.2 Sistema Único de Saúde

Focalizar o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das categorias de análise desta pesquisa pode, à primeira vista, parecer de pouca afetação para os sujeitos dela. Tal impressão é condicionada ao fato de se pensar que as ações das entidades sindicais e, por conseguinte, o papel dos dirigentes sindicais, estariam mais voltados para as reivindicações por melhores salários e condições de trabalho (ALVES, 2000; 2002; ALVES; ANTUNES, 2004).

De uma forma geral, não se relaciona o campo de luta dos movimentos sindicais à saúde, em seu amplo conceito. Comumente se reduz a luta por melhores condições de trabalho e por práticas curativas oferecidas por planos privados de saúde. Assim, as ações sindicais que ganham mais visibilidade são aquelas restritas aos períodos de negociação de convenções e de acordos coletivos.

Essas negociações enfocam a contratação ou ampliação da cobertura de planos privados de saúde, a redução dos riscos no ambiente de trabalho e a reivindicação de adicionais compensatórios para as condições insalubres e perigosas de trabalho que “não podem ser modificadas” devido aos altos custos.

Entretanto, a história nos mostra outros exemplos em que as condições de trabalho foram alteradas visando à saúde dos trabalhadores, o que corrobora a compreensão de que as condições sociais e históricas são componentes importantes na dimensão de análise da *práxis*. À guisa de exemplo, toma-se o papel dos movimentos sociais, incluindo o movimento sindical, no movimento pela reforma sanitária no Brasil, na década de 1980, que confluiu com processos sociais de outras naturezas, visando a aumentar as fronteiras da democracia no país (ALVES, 2000; 2002).

As políticas públicas são reconfiguradas a cada momento no cotidiano das tramas sociais pelas forças sociais em choque e condicionadas pelo modo de produção, ou seja, a forma como uma sociedade se organiza economicamente, a fim de produzir as condições materiais de vida do homem, o que dá sustentação às relações sociais.

O SUS não foge a essa realidade, por isso se trata de uma política de saúde em construção. Assim, sob a ótica dos dirigentes sindicais, buscaremos entender como o SUS é percebido pelos trabalhadores e como abriga o campo da saúde do trabalhador.

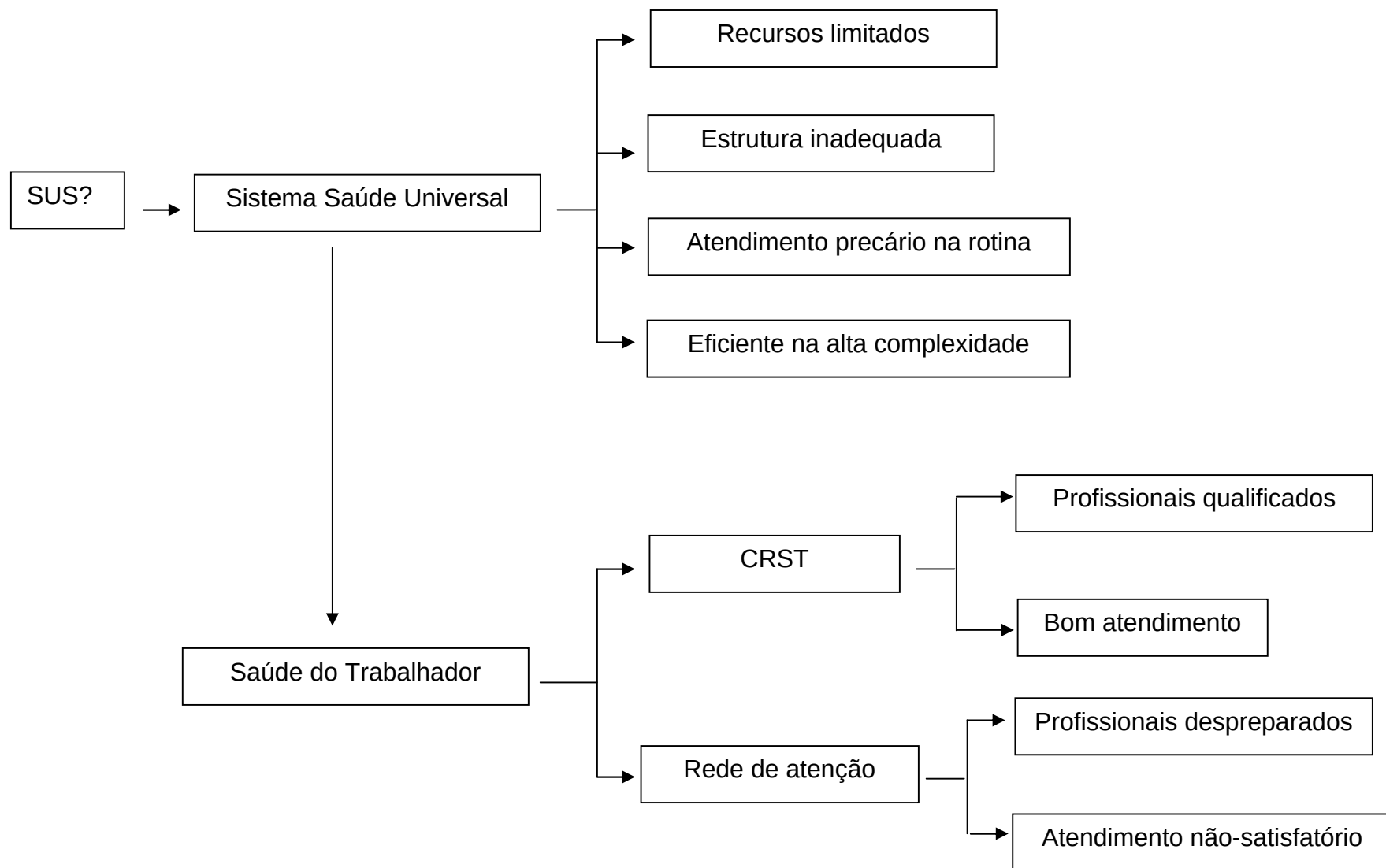
Queremos com isso, não só analisar a imagem do SUS para a classe trabalhadora, mas também identificar se os princípios da universalidade do acesso, integralidade e igualdade na assistência e participação da comunidade são reconhecidos no cotidiano das ações dos dirigentes sindicais e nas experiências individuais dos trabalhadores, na ótica dos dirigentes sindicais (Fluxograma 2, p. 52).

6.4.3 Participação

A participação foi escolhida como categoria de análise deste estudo devido a sua relevância no contexto de debate sobre as políticas sociais, uma vez que sua necessidade é percebida tanto pelos movimentos sociais quanto pelas instituições responsáveis por essas políticas.

Os movimentos sociais deixam transparecer essa necessidade quando buscam espaços para a manifestação de suas demandas, a maioria das vezes não percebidas pelo corpo técnico que se ocupa com a definição das ações prioritárias e com a elaboração das políticas sociais. Em contrapartida, as instituições reconhecem a necessidade da participação social nos momentos em que não conseguem dar conta de atender às necessidades de saúde da população. Nessas circunstâncias o processo de participação passa a ser forma para legitimar suas políticas (CARLOS, 2007).

No campo da saúde, como em outros onde se expressam as demandas sociais, a participação tem sido buscada como prática, porém bastante controvertida, uma vez que os modelos ganham conotações diferenciadas, conforme os contextos em que são aplicados. Assim, as mudanças no cenário político, os estilos de gestão, a forma como são implementados os planejamentos em saúde e mesmo a atuação dos diversos profissionais na ponta do sistema são fatores que confluem para determinar o cariz que essa prática ganha (CÔRTEZ, 2002, 2006).



Fluxograma 2. Árvore de associações 2 – O SUS na ótica dos sindicalistas

Outro fator que não pode ser desconsiderado é que essas práticas de participação, como outras práticas políticas brasileiras, estão pautadas em ações políticas fundadas nas bases do clientelismo. Esse é um fator que, apesar do longo percurso histórico, ainda mostra seus traços nas situações atuais. Isso faz que, à primeira vista, essas práticas, assentes nos fundamentos democráticos, tragam, em seu bojo, o ranço de um passado. Tal fenômeno se verifica nas brechas encontradas nos critérios de seleção que definem quem são os sujeitos aptos para a participação ou quem irá representá-los (CARLOS, 2007).

Os conselhos e conferências de saúde são exemplos dessas práticas. Esses fóruns de participação tiveram seus alicerces lançados na VIII Conferência Nacional de Saúde, instituídos no texto constitucional de 1988 e consolidados com as Leis Orgânicas de Saúde de nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. A luta pela conquista desses espaços de debate mostrou que existia um anseio pela discussão das políticas públicas de saúde por parte dos atores envolvidos com a problemática (BRASIL 1990b).

Desde então, busca-se trilhar esse caminho, construindo-o ao longo das práticas e, por meio delas, consolidar os seus fundamentos. O movimento sindical é um dos atores que compõem a categoria dos usuários, dentro dos critérios de participação que abriga os conselhos de saúde. Nessa categoria entram os diversos movimentos sociais, tais como sindicatos, associações de moradores, movimentos de etnia e outros. Os usuários participam em paridade com as outras categorias participantes (gestores, profissionais de saúde e representantes da iniciativa privada). Entretanto, essa paridade não tem garantido a igualdade da participação devido às já mencionadas falhas que podem ocorrer na seleção dos participantes, como escolhas feitas em razão de afinidades políticas e ideológicas de integrantes dos movimentos, que corroboram a defesa de propostas vindas dos gestores públicos (CARVALHO, 2001; CÔRTEZ, 2006).

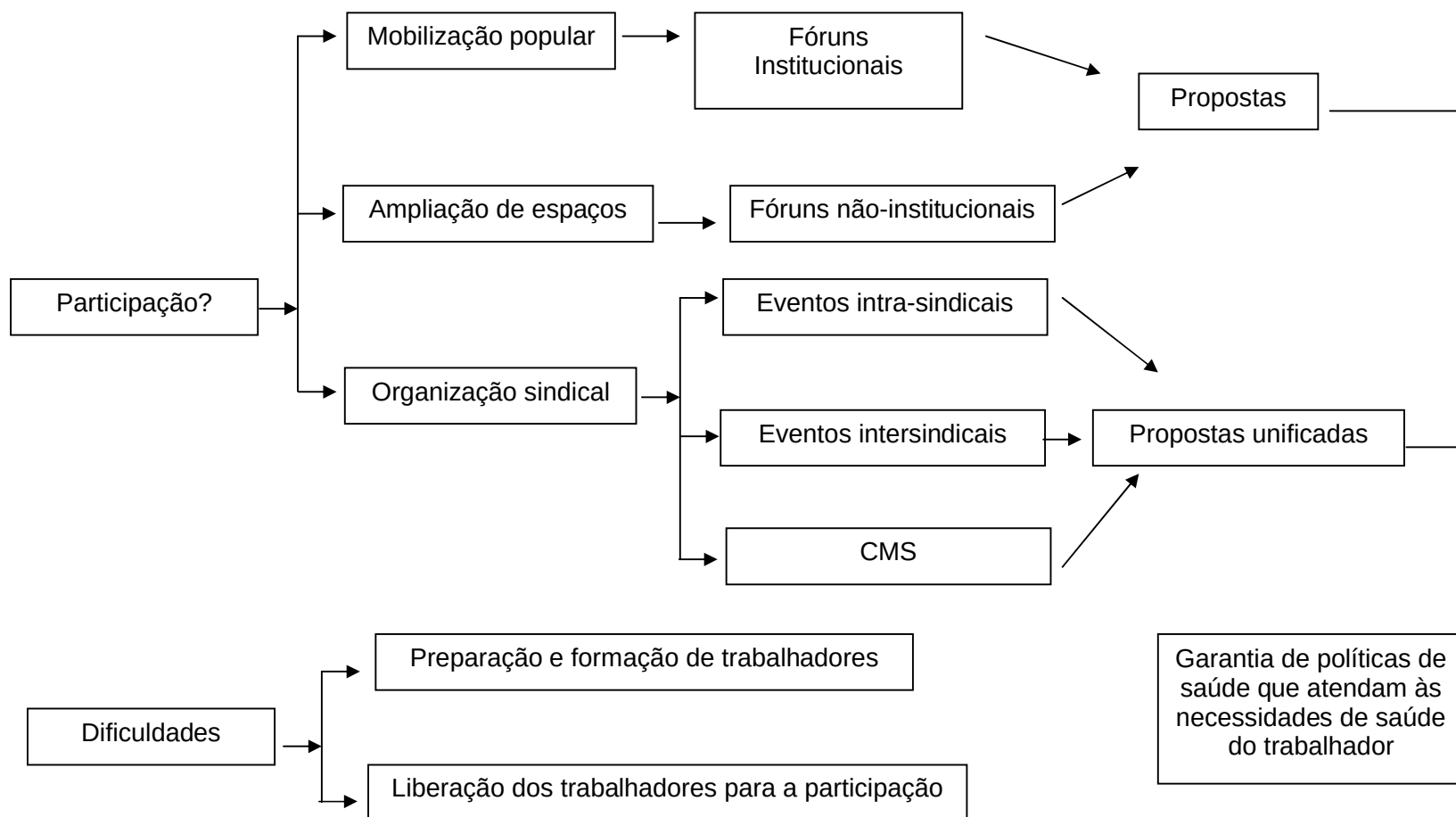
A participação, na perspectiva deste estudo, buscou entender o que este tema suscita nos sindicalistas a começar de sua prática; de que forma os dirigentes

sindicais compreendem a sua participação dentro do processo decisório pelas políticas de saúde; como são reconhecidos os espaços de participação institucionalizados como os conselhos e as conferências de saúde e se existem outros caminhos para a participação.

Pretendeu-se também identificar de que maneira a participação do movimento sindical nesses fóruns tem provocado o interesse dos trabalhadores nos debates sobre Saúde do Trabalhador e como o processo de inserção desse movimento nesse espaço de debate tem propiciado a participação dos trabalhadores na questão das políticas públicas de saúde.

Outra reflexão que deve ser considerada neste tema é a questão da legitimidade desses fóruns de participação, na ótica dos sindicalistas. Nesse caminho, deparou-se com questões, como: Em que medida esses espaços instituídos se constituem em conquista? Como os movimentos sociais, na percepção dos sindicalistas, têm buscado ampliar suas práticas participativas? Quais são os outros espaços de participação que se mostram possíveis e como eles têm sido ocupados?

Essas questões certamente não puderam ser esgotadas neste estudo, mas poderão trazer novas possibilidades de práticas e, sobretudo, reacender o debate sobre a importância da participação dos movimentos sociais nesses fóruns, bem como alterar a composição das forças dentro desses, para que haja uma maior vocalização da demanda popular por saúde (Fluxograma 3).



Fluxograma 3. Árvore de associação 3 – Participação dos dirigentes sindicais nos fóruns de debates de políticas de saúde.

7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada de acordo com as recomendações da Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos, sendo submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo. Foi aprovada sob o Protocolo de nº. 069/2007.

A participação dos dirigentes sindicais foi voluntária e os que se dispuseram a participar assinaram o termo de consentimento livre e informado (APÊNDICE B).

Os resultados encontrados serão disponibilizados para a Universidade Federal do Espírito Santo/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, os Sindicatos, os órgãos e entidades responsáveis pela revisão e elaboração de Políticas de Saúde do Trabalhador e em publicações de periódicos qualificados da área de Saúde Coletiva e Saúde do trabalhador.

8 RESULTADOS

8.1 A SAÚDE COMO ENERGIA PROPULSORA PARA A VIDA E O TRABALHO

Os relatos dos dirigentes sindicais entrevistados trazem idéias centrais sobre a concepção de saúde como algo sentido pela pessoa como um bem-estar. Para eles, trata-se de um bem-estar ligado à disposição e à vontade para fazer o que se quer, inclusive ter força para trabalhar e também realizar atividades além do trabalho, desfrutando os momentos agradáveis da vida.

Saúde é o poder geral, é estar bem consigo mesmo. É estar bem em casa em seu cotidiano, no hobby que se pratica, no estudo. (João)

Saúde pra mim é um bem estar que a pessoa sente. É ter condições de fazer o que quer e estar com força para o trabalho. Estar com o corpo sadio, o corpo perfeito. Não só por fora, mas por dentro também. O corpo, a alma e o espírito. Saúde é tudo na vida da pessoa. (Dico).

Dessa forma, eles dizem que essa disposição geral para a vida é fruto de um bem-estar físico, psíquico e espiritual, caracterizado pela indivisibilidade do sujeito e pela impossibilidade de explicar a saúde por meio da separação dessas dimensões.

Czeresnia (1999) nos alerta dos limites ao conceituarmos a saúde e a doença. Esses limites são postos pelo ideário de que a doença é algo natural e circunscrito à base dos conceitos objetivos e científicos – o discurso médico respaldado pelos conhecimentos biológicos e fisiológicos. Entretanto, palavras e conceitos não conseguem alcançar o sofrimento de cada um. Existe uma face do sentir-se doente, que é peculiar ao sujeito. Essa face compõe com o biológico, o fisiológico e o espiritual a experiência de sentir-se doente.

Os sindicalistas ressaltam a necessidade de preservar um corpo perfeito, sentidos em funcionamento e membros intactos para realizar as atividades cotidianas que os inserem no contexto profissional e na comunidade onde vivem.

Oliveira (1998) trabalha com a concepção do processo de saúde-doença sob a perspectiva cultural e social. Para ele, encontramos particularidades nas concepções desse processo em diferentes categorias de grupos sociais. Em estudo realizado com trabalhadores da classe popular ficou evidenciado que esses tendiam a atribuir

à saúde um estado de força e de disposição. Isso referenda, segundo o autor, alguns estudos que mostram a oposição força/fraqueza e saúde/doença como fundante da concepção de saúde. Nos relatos dos sujeitos desses estudos, a força e o poder fazer, constituem uma das formas de perceber a saúde, assim como o grupo de sindicalistas entrevistados têm observado, segundo seus relatos.

Existe um sentimento de potência ao se perceber capaz para o trabalho. Todavia, afirmam que somente a ausência da doença não caracteriza a saúde e que a saúde é fruto de uma disposição para gerir a própria vida, para além das atividades do trabalho, isto é, ter autonomia e demanda de vida.

Alguns dizem que saúde é a ausência de doença, mas não é só isso. É você estar bem para o trabalho, estar bem com as pessoas, consigo mesmo e sentir vontade de realizar outras coisas além do trabalho (João).

Outro sindicalista acrescenta que a saúde também está associada às possibilidades de expressar a capacidade criativa do homem no trabalho que realiza.

Uma pessoa que tem disposição para executar as suas tarefas, tem sua criatividade. Ela não tem tendências, vamos dizer assim, a tudo aquilo que limita as pessoas a estar exercendo suas atividades ou estar fazendo qualquer outro tipo de ação. Um estado de bem-estar consigo mesmo, com a comunidade, com a sua ação, com o seu trabalho (Edu).

Com base nesse relato, percebemos que a liberdade criativa é destacada como uma expressão singular. Uma forma de trabalhar que, de certa forma, tem o jeito do trabalhador e isso gera satisfação sob o aspecto tanto profissional quanto pessoal.

Outra idéia presente nos discursos é que o trabalho é um meio para ter saúde. O salário é um dos parâmetros que deve ser levado em conta, pois possibilita uma vida digna, no sentido do acesso aos bens de consumo básicos, como saúde, educação, boa alimentação e lazer para si e para seus familiares.

Saúde é ter condições de trabalho digna, um salário, um rendimento suficiente para o trabalhador e para a sua família. (Caco)

Assim, poder ter saúde e condições de viver representa ter possibilidade de enfrentamento da vida e de seus conflitos.

Saúde pra mim é você estar em condições, viver, estar na vida; mesmo com os conflitos e com as possibilidades de adoecimento (Pedro).

Qualidade de vida eu entendo que deve ser o bem-estar social, saúde plena, com condições não de deixar de trabalhar porque já ficou doente ou porque ele não agüenta mais trabalhar. Ele tem as vezes que deixar de se

aposentar, porque precisa trabalhar. O trabalhador tem que ter condição plena de exercer sua cidadania e sua vida enquanto trabalha e depois que se aposenta (Edu).

Em contrapartida, essa proposição nos transmite a idéia do corpo como máquina que se desgasta e tem um tempo de vida útil. No caso do homem, o tempo de vida útil está associado ao tempo em que ele é “útil” para o trabalho. Então, o trabalhador aposentado passaria a levar uma vida de inutilidade para os parâmetros de uma sociedade capitalista, acirrada pela falta de direito de exercer sua cidadania. Nesse caso, o trabalhador aposentado, não tendo nada a oferecer ao sistema capitalista, passa então a uma posição de menor assistência pelas redes institucionais do Estado.

Para Alves e Antunes (2004) e Toni (2003), na sociedade capitalista atual, a demanda por mão-de-obra é consequência da transformação e desenvolvimento dos modos de produção. Diante disso, o valor das pessoas é diretamente proporcional ao que ela pode contribuir com a evolução e valorização do capital. As pessoas precisam estar mais bem qualificadas e dispostas para o trabalho.

Os trabalhadores que já sofreram desgaste pelo processo de trabalho ou que já estão aposentados devido a doenças ocasionadas por esses desgastes, ou ainda aqueles que estão fora do mercado por longo tempo – desemprego de longa duração, já não têm as mesmas oportunidades por não serem interessantes para o sistema. Esses trabalhadores não se encontram na categoria de mão-de-obra geradora de valor para o capital (LAURELL; NORIEGA 1989, SELIGMANN-SILVA, 1997).

De uma forma geral, a sociedade capitalista gira em torno do capital e do mercado. Os trabalhadores aposentados e os incapacitados para o trabalho por doença, por falta de qualificação ou por idade já não cumprem com o preceito básico do capital, que é gerar mais-valia, por isso, além de ficarem fora do mercado de trabalho, ficam também à mercê de políticas que são elaboradas visando à reprodução da força de trabalho. A malha do sistema de saúde é pouco permeável aos problemas e necessidades de saúde desses trabalhadores.

A saúde é vista como parte da qualidade de vida; junto com o bem-estar social, tudo isso representaria as condições para viver bem.

As pessoas falam: 'Ah, mas não tem nada a ver com a saúde'. Mas tem sim. A moradia ruim influi no estado de bem-estar social que a gente já falou e influi, por exemplo, na qualidade de vida das pessoas. Saneamento básico. A questão da água tratada, a questão do meio ambiente. Eu acho que essa é uma grande diferença e aí foi na saúde, na economia solidária e em um monte de outros segmentos, na questão do meio ambiente que as pessoas podem achar que não tem nada a ver, mas tem tudo a ver com a questão da saúde. [...] Porque eu acho que a saúde é ter uma alimentação saudável, ter condição de escolher o que vai comer. E a população tem tido isso (Edu).

O relato do sindicalista Edu nos remete à questão do intersetorial, ao se buscar a constituição de ambientes saudáveis que promovam a qualidade de vida dos cidadãos. A respeito disso, diz-nos Akerman et al. (2002) que essa é uma visão iniciada em meados dos anos 1980 e denominada como municípios ou cidades saudáveis. Essa perspectiva está fundamentada na constante criação e melhoria dos ambientes físicos e sociais e no fortalecimento dos recursos comunitários, bem como no incentivo e no estímulo ao empoderamento comunitário e à participação social. As redes de melhoria do ambiente físico se fortalecem e buscam atender às necessidades de saúde da população de uma forma geral, incluindo saneamento básico, sustentabilidade social e políticas de promoção de saúde e prevenção das doenças.

Outro eixo aglutinador das idéias expressas pelos pesquisados sobre a saúde diz respeito à consideração do trabalho como fator de adoecimento na perspectiva de uma condição coletiva (de aspectos ambientais e de organização do trabalho) que se opõe ao estado de bem-estar dos trabalhadores.

A saúde e as condições de trabalho são casadas. Eu só vou adoecer por conta da forma como está organizado o trabalho, eu não adoço por uma questão individual, porque eu tenho a tendência a adoecer (Pedro).

Eu vejo a saúde e o trabalho os dois praticamente andam um em oposição ao outro. Você entra no mercado de trabalho hoje com a saúde em perfeito estado. Daqui a cinco, seis anos, até menos, a pessoa já está mutilada. O trabalho gera problemas de saúde para o trabalhador, a doença ocupacional do trabalho. Aí a saúde já está debilitada e ele não pode fazer aquilo que ele fazia antes (Dico).

Nesse relato, a saúde é uma condição que sofre desgaste ao longo da vida, principalmente em decorrência do trabalho, que hoje ocupa grande espaço na vida das pessoas.

Laurell e Noriega (1989) postulam que na sociedade capitalista o processo de produção do trabalho organiza toda a vida social, o trabalho e a valorização do

capital. Para os autores, o processo de trabalho permite a análise, em nível concreto, da lógica de acumulação, bem como do modo específico que o trabalho é desenvolvido. O modo de trabalhar e de desgastar-se é condicionado pela forma como o trabalho é organizado e a análise da organização evidencia a relação do desgaste com o trabalho. Para esses autores, os padrões de saúde e doença dos trabalhadores que estão no mercado de trabalho são determinados principalmente pelo desgaste no processo de trabalho, enquanto nos trabalhadores desempregados esses padrões são condicionados pelas precárias condições de vida.

Melhores condições de trabalho estão na pauta de discussão e de reivindicação desses sindicalistas. Eles falam sobre as normas regulamentadoras, que são as normas da legislação trabalhista brasileira que definem procedimentos para garantir a saúde do trabalhador, a segurança e a prevenção de acidentes, de acordo com os riscos que a natureza do trabalho oferece. Segundo esses sindicalistas, as normas, na maioria das vezes, não são cumpridas conforme os padrões, o que caracteriza a negligência do empregador em relação à prevenção de acidentes e à saúde do trabalhador.

Com relação à prevenção existe um modelo que a gente copiou da Itália. Dos países europeus, as normas regulamentadoras, tudo isso que foi copiado. O empregador prefere não investir na melhoria das condições do ambiente de trabalho, porque isto gera um custo pra ele. Ao invés dele investir na melhoria do ambiente para que os trabalhadores não venham a adoecer. A partir do momento que ele adoecer, ele vai se tratar vai pra previdência e vem outro pro lugar dele. Fica neste ciclo de adoecimento (João).

Segundo os relatos, as modificações a serem feitas em razão do cumprimento das normas regulamentadoras normalmente serão dispendiosas para o empregador. Dessa forma, argumentam eles, seguindo a lógica do capitalismo, que tem como sustentação o lucro e o descarte, melhor seria, para a classe empresarial, reduzir custos e descartar os trabalhadores doentes, deixando-os sob a responsabilidade do Estado.

Um dos sindicalistas afirma que ocorrem muitos acidentes de trabalho entre os trabalhadores da categoria que representa. Esses acidentes, na maioria das vezes, estão ligados à negligência do empregador em relação às normas para operação. Os empregadores preferem correr riscos de pagar multas a ter de investir em melhorias no ambiente de trabalho. Assim, os trabalhadores se submetem às

condições de trabalho perigosas, muitas vezes sem dispor dos equipamentos básicos de segurança para a prevenção de acidentes e sem a empresa providenciar as condições adequadas ao ambiente de trabalho.

E existe ainda muita empresa que está perfurando a seco. Mesmo sabendo que tem que pagar uma multa pesada, e mesmo sabendo que ela tem que cuidar da saúde do trabalhador, ela continua adoecendo o trabalhador [...] Ano passado morreram dois trabalhadores por queda. Início do ano foi dois que morreram de queda por não ter proteção. Todo ano tem morrido trabalhador de queda de 20m de altura, por falta de proteção. Também a pedra cai lá de cima e... Então a segurança envolve tudo isto (Caco).

Acerca dessa opinião, pensamos que as normas instituídas, embasadas em experiências européias (principalmente nas italianas), não são praticadas no Brasil conforme sua origem, uma vez que um dos preceitos que alicerçam sua eficácia é a participação dos trabalhadores na elaboração de mapas de riscos, ferramenta que visa a identificar as áreas de riscos e qualificá-los. Esses mapas são obrigatórios e ajudam na elaboração e no suporte das políticas preventivas das empresas, se confeccionados conforme seu preceito básico, que é a participação do trabalhador (MATTOS; FREITAS, 1994).

Na experiência brasileira, o que se percebe é a instituição desses modelos sem que o saber-fazer do trabalhador, produzido no cotidiano de seu trabalho, seja considerado.

Laurel e Noriega (1989) ressaltam os avanços que o modelo operário italiano elaborado por Odone et al. (1986) trouxe, ao ser utilizado nos estudos realizados na América Latina. Nessa perspectiva, o movimento sindical adquire espaço no terreno de reivindicação na Saúde do Trabalhador, ou seja, com a organização dos trabalhadores é possível dar visibilidade às questões relacionadas ao seu processo de desgaste no trabalho. Em contrapartida, os estudos realizados à base dessa perspectiva também permitem que se ascendam as resistências patronais com o apoio das instituições estatais, o que faz abrandar a legislação ou mesmo torná-la inoperante, tal como o sindicalista Caco demonstra em seu relato.

Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) são mencionados por um dos dirigentes sindicais como importantes na prevenção de acidentes de trabalho. Segundo tal depoimento, tem sido comum o empregador enfocar a negligência do trabalhador em usar o EPI, como se o seu uso

fosse decisivo na prevenção contra acidentes. Ele chama a atenção para o fato de que a ação do empregador não se pode ater somente ao uso do EPI. Para ele, essa atenção precisaria ter foco na prevenção coletiva, que é feita por meio do EPC. Os EPCs têm como característica medidas que, quando tomadas, evitam acidentes de várias naturezas para a coletividade de trabalhadores e até para a população no entorno da empresa.

Os empresários alegam que têm resistência do trabalhador nisso, naquilo, e no uso de EPI. Eles têm o EPI como prioridade, mas não é. A prioridade deve ser o EPC [...] O foco agora do nosso trabalho não é só a perfuração, mas toda a questão. Porque não é só a mina ali, a praça tem que ser umidificada, a estrada tem que ser umidificada, uma série de coisas (Caco).

Metade dos sindicalistas entrevistados cita os crescentes registros de assédio moral como um problema de saúde a ser enfrentado por eles. Os fatores que caracterizam tais situações nem sempre estão claros e isso torna difícil seu reconhecimento.

Hoje a gente tem atendido muitos trabalhadores, vítimas de assédio moral. É o que tem mais aparecido, por incrível que pareça. O reconhecimento é mais difícil porque tem toda uma estratégia [...] Onde houver um gestor que é muito autoritário e não dá voz ao trabalhador, ali pode saber que vai ter processo de adoecimento (Pedro).

O assédio moral tem relação direta com a questão do trabalho, porque estão exigindo do camarada cumprir uma meta que não tem condição e aí esculhambam com ele e fazem de tudo para que as pessoas produzam além do limite (Edu).

O interesse pelo tema assédio moral, consubstanciado pela sua ocorrência no cotidiano de trabalho, tem proporcionado algumas reflexões no campo teórico. Apesar das várias definições e conceituações, é consenso entre os pesquisadores considerar que o assédio moral está relacionado à exposição duradoura a situações humilhantes, decorrentes de relações hierárquias autoritárias e desumanas, que resulta na hostilidade ao trabalhador e no seu isolamento. Nesse processo há que considerar a vivência subjetiva do trabalhador em relação às situações de assédio moral (RODRIGUES et al., 2007).

A contaminação por produtos químicos foi mencionada no depoimento de dois dirigentes sindicais. Eles falam das dificuldades com relação ao diagnóstico que não é realizado pelo SUS e envolve o desembolso de recursos por parte dos empresários. Isso acaba sendo um entrave, pois os empregadores não têm interesse em diagnosticar doenças relacionadas com o trabalho, principalmente se

isso significar um custo a mais. Então, se algo observado indicar a contaminação, antes de o diagnóstico ser realizado, o trabalhador é demitido. Isso reforça a concepção, já mencionada, sobre a força de trabalho que é equiparada à mercadoria. Essa mercadoria só tem valor de uso quando está pronta para gerar mais-valia e assim contribuir para o processo de valorização do capital (MARX, 1989).

Outro fato a considerar é que, nesses casos, mais uma vez, a responsabilidade pelas mazelas deixadas pelo trabalho é transferida para o Estado. O Estado passa a arcar com os custos desse processo quando o trabalhador demitido fica no seguro desemprego e, posteriormente, conseguindo o reconhecimento da doença, é encaminhado para a Previdência Social.

Nós temos grande número de trabalhadores com silicose, só que nós não temos confirmação deste número todo. Até hoje nós temos 14 ou 15 casos diagnosticados, dos quais dois já morreram e os outros estão vivos ainda, mas condenados à morte. Os exames de diagnóstico são realizados em Belo Horizonte e fica difícil. Lá no norte [do Estado do Espírito Santo] tem um grupo de 12 trabalhadores com silicose de uma empresa só. Todos aposentados. Estão com aposentadoria provisória. Eram 13, mas um desses já morreu (Caco).

Os laboratórios que realizam análises de resíduos químicos para a verificação de contaminação estão em Belo Horizonte. Como é que o camarada vai fazer o exame? É um exame extremamente caro. No meu ver, isso deveria ser uma rotina. O cara chegou com sintoma de envenenamento, tem que se fazer análise e depois se apura o fato. Essa deveria ser uma rotina. A coleta e o exame deveriam ser públicos pra que todos pudessem fazer, porque quem se envenena não é o microempresário ou empresário, quem se envenena é o trabalhador que não tem o dinheiro pra comprar o próprio remédio para combater o sintoma daquela contaminação (Edu).

Esses dirigentes sindicais falam da invisibilidade de certos fatores de adoecimento ao desenvolver determinadas doenças. A silicose, decorrente da poeira de sílica, e outras doenças decorrentes de contaminação por produtos químicos, tais como o benzeno e os agrotóxicos.

Nós somos prejudicados por aquilo que não conseguimos ver. Este é o caso dos trabalhadores rurais que são contaminados por agrotóxicos (Edu).

Nos relatos dos dirigentes sindicais ligados às categorias cujos processos produtivos operacionais têm menor disponibilidade de tecnologias, a preocupação com a insalubridade do ambiente de trabalho é muito grande, haja vista situações

extremas, como condições e locais inapropriados para os trabalhadores se alimentarem e descansarem.

Os nossos trabalhadores, principalmente da limpeza pública, comiam na rua. Dava hora do almoço, eles sentavam à beira da rua e comiam. Às vezes estava ventando, caía poeira, porque na rua a gente sabe que tem vários tipos de contaminação (Carlos).

As ações sindicais que visam à saúde são mencionadas por grande parte dos entrevistados, como resultado da ação de prevenção de acidentes, prevenção de doenças e de promoção da saúde. A prevenção implica ações que são tomadas dentro do ambiente de trabalho, buscando adequá-lo com vistas a melhorar a segurança dos trabalhadores, evitando assim os acidentes e as situações que possam causar o surgimento de doenças.

Então nós trabalhamos com três eixos. Um dos eixos é o da prevenção, que é nossa prioridade. As pessoas estão num movimento atento para não adoecerem. Esta que é a grande vantagem da prevenção. A prevenção é, sem dúvida, a melhor arma que a gente tem pra fazer saúde (Pedro).

Para eles, a prevenção das doenças deve ser trabalhada a começar da conscientização. Sob essa ótica, é necessário o entendimento das pessoas em relação à importância da prevenção e o envolvimento delas na criação das condições concretas para realizar um trabalho de prevenção.

Pedro e Carlos defendem a prevenção como uma das ações do sindicato em Saúde do Trabalhador. Essa ação está em agir em consonância com as políticas de saúde pública, que se tem apoiado amplamente nessa vertente. Czeresnia (1999) postula sobre a necessidade de entendermos o processo de saúde-doença, para então buscarmos agir adequadamente, seja no campo da prevenção de doenças seja no da promoção de saúde. A prevenção visa evitar que o mal se concretize, baseando-se na história natural das doenças e no conceito epidemiológico de risco.

Não existe técnica pra se discutir saúde. Saúde se discute respeitando o indivíduo. Se a população entendesse que é necessário lutar por políticas de prevenção, esta população não viveria o estado de saúde apenas trabalhando. Você nunca pode discutir saúde a partir do técnico, qualquer discussão você sempre discute a partir do povo. São os trabalhadores que precisam entender e se conscientizar que é necessário se envolverem com as discussões de saúde (João).

A promoção da saúde, segundo Czeresnia (1999), tem uma ação de maior amplitude se comparada à prevenção, pois abrange medidas que se dirigem ao alcance do

bem-estar geral para gerar a saúde. Ela exige a formação e o empenho individual e coletivo. A importância da promoção da saúde ficou evidenciada também nos relato de João:

As crianças tinham que estar na escola aprendendo que saúde é fundamental, que saúde não tem como comprar, não tem como vender (João).

Em consonância com o relato do João, Mattos (2005) argumenta que a consolidação de uma frente ampla em defesa do direito à saúde passa pelo conceito e prática da educação permanente. Isso implica o conhecimento da doença, fazendo-o interagir com outras formas de andar a vida, proporcionada pela interação com a voz dos outros sujeitos da transformação das práticas de saúde, como técnicos, equipe e usuários.

Os dirigentes afirmaram que, nas respectivas entidades sindicais em que atuam, existe uma estrutura que comporta um setor destinado a discutir e buscar soluções para os problemas atinentes ao campo da saúde. Trata-se de uma secretaria de saúde que, segundo eles, é prioritária dentro da estrutura dos sindicatos. Isso faz que esses dirigentes acreditem que a saúde é um tema importante a ser discutido e enfrentado pelo sindicato que representam.

A secretaria de saúde é uma secretaria... Uma das secretarias prioritárias (Pedro).

Mesmo considerando a importância da temática da saúde e acreditando nela, haja vista a menção anterior, os sindicalistas não deixam de expressar as dificuldades atinentes ao trabalho na área da saúde no âmbito sindical.

Uma dessas dificuldades está expressa nos depoimentos, como um desinteresse dos sindicalistas em atuar com essa temática em virtude da falta de visibilidade política que ela tem no âmbito sindical.

As pessoas estão muito desinteressadas pela área de saúde, os diretores de uma forma geral. Pra vender o peixe da saúde é muito difícil. A maior dificuldade que eu encontro é que as pessoas façam investimento efetivo [...] São poucos os sindicatos que fazem investimento efetivo na área de saúde, porque infelizmente a área de saúde não é prioridade para o sindicato. Ainda é a questão da remuneração, da campanha salarial... (Pedro).

É difícil começar as ações de saúde porque a saúde não dá ibope. Não traz aquele retorno econômico rápido [...] O sindicato representa os

trabalhadores, o anseio dos trabalhadores. O anseio dos trabalhadores está no plano de saúde privado (João).

Percebe-se uma contradição na fala dos entrevistados com relação à importância dada pelos dirigentes sindicais ao trabalho em saúde. Eles falam da existência, dentro dos sindicatos, de um setor de prioridade alta, que é direcionado para discutir e pensar ações no campo da Saúde do Trabalhador, ao mesmo tempo em que enfatizam a falta de interesse dos sindicalistas em atuar nesse campo, devido ao baixo retorno político e econômico. O retorno político, para eles, trata do reconhecimento do trabalho e de sua visibilidade dentro e fora do sindicato. O retorno econômico é esperado pelos trabalhadores representados que, em sua maioria, anseiam por planos privados de saúde. Os planos privados representam ganhos financeiros, na ótica dos trabalhadores, quando incorporados como salários indiretos, ou seja, uma forma de ter vantagens financeiras que estão fora do salário.

A questão da falta de consciência dos trabalhadores em relação ao processo saúde-doença-trabalho foi destacada por um dos entrevistados como um aspecto difícil de ser trabalhado junto com a categoria. Ele ressalta que o trabalhador de hoje vive para o trabalho, tem pouco tempo e pouca oportunidade para o lazer e para as atividades fora do ambiente de trabalho.

As atividades mais simples e prazerosas da vida são cambiadas pelo trabalho que permite ao trabalhador manter-se como consumidor, atendendo assim aos anseios de um consumo que são socialmente produzidos.

O trabalhador não tem consciência de que é necessário ter saúde pra poder trabalhar. Dormir bem, acordar bem, ter uma atividade normal, correr, sorrir, nadar, brincar, essas coisas perderam o foco, agora o negócio é trabalhar, trabalhar, trabalhar pra suprir os gastos, porque eles têm gastos (João).

Oliveira (1998) verificou na classe trabalhadora popular que esses trabalhadores costumam ir até seu limite máximo de tolerância antes de admitirem que estão doentes ou que precisam de cuidados médicos. Esse fato é associado por eles à fraqueza, por isso somente as mulheres e as crianças estão suscetíveis a ele. O que determina a condição de doentes, para esses trabalhadores, é o fato de estarem de cama e não poderem trabalhar.

Outra possibilidade de discutir a questão da saúde vem à tona quando se questiona a quem compete a responsabilidade pelas suas ações.

Alguns dirigentes sindicais defendem ser essa uma responsabilidade do Estado, Outros dizem que o sindicato pode dar conta dela e existem também os que vêem a empresa como responsável.

O Estado tem que dar condições para que as pessoas possam ter e gozar perfeita saúde (Dico).

O Estado tem que estar a serviço da comunidade, não importa se o cara é rico ou é pobre. Todos têm o mesmo direito: o Estado é o pai aonde a herança pertence ao povo [...] E, quando se trata da saúde do trabalhador, muitas vezes, acha-se que é uma relação só das empresas. Mas é responsabilidade do Estado. Ele que vai direcionar muito as políticas que vem aí. Tem que ter políticas públicas, porque o Estado é que regula. Se não tiver a regulação do Estado automaticamente vira terra sem lei, onde as empresas acham que podem explorar o trabalhador, esculhambar com vida dele e tudo (Edu).

Outro depoimento sugere que o trabalhador seja o responsável pela própria saúde no ambiente de trabalho e no ambiente em geral.

A gente quer fazer uma comparação, na maioria das vezes, com dois ou três trabalhadores que sofrem o mesmo acidente no mesmo local, então, a gente quer fazer um gráfico disso pra descobrir por quê. Se é falta de segurança na empresa, se é o próprio trabalhador que não se cuida pra poder evitar aquele acidente [...] A maioria do povo brasileiro é doente, o mundo é doente, simplesmente porque as pessoas não se cuidam (Carlos).

Nesse caso, o trabalhador é culpabilizado por exercer suas atividades de forma insegura ou pouco cautelosa; ou ainda por trabalhar sem ter as informações necessárias para o desempenho seguro de suas atividades.

Verificou-se, no discurso dos entrevistados, que o SUS é citado como um dos responsáveis pela Saúde do Trabalhador.

O certo teria que ser o SUS para dar suporte à Saúde do Trabalhador. É um órgão do Estado, todo cidadão brasileiro contribui, tem o direito. Então, o SUS é que era pra estar na frente, igual a estes países do primeiro mundo aí. Ele teria que estar na frente, não era nem pra ter plano de saúde (Dico).

Na visão de alguns sindicalistas, o sindicato é o responsável pelas ações de saúde. Seu papel seria o de facilitar o trâmite do processo nas instâncias estatais.

E aí quando ele vem pro sindicato. É neste momento que a gente vai unir e juntar provas buscando laudos com os médicos do SUS e provar para a Previdência e para a empresa que a doença foi adquirida no trabalho. Mas até aí o trabalhador fica naquela: igual a um pingue-pongue. A empresa manda pra Previdência, a Previdência joga pra empresa e, enquanto isso, o trabalhador vive de quê? A família dele está vivendo de quê? (Caco).

Nós montamos um vídeo, fizemos uma audiência pública lá em Vila Velha e fizemos uma em Vitória. Pra mim, a partir daquele momento, pelo menos pra limpeza pública, começou a mudar porque nós conseguimos tirar esses trabalhadores que comiam na rua, hoje a empresa é obrigada a passar na rua pra pegar eles e levar lá pro refeitório. Por força judicial elas tiveram que construir um refeitório, um banheiro, um lavatório pra fazer a higiene (Carlos).

Na visão de outros entrevistados, o sindicato deveria assumir uma perspectiva assistencialista. Alguns sindicalistas sentem-se na obrigação de fornecer a assistência uma vez que não se tem um sistema de saúde eficiente para suprir as demandas do trabalhador. Dessa forma, muitas vezes o sindicato assume minimamente essa função dentro de sua categoria, oferecendo serviços básicos de saúde.

Temos um dentista no sindicato para atendimento do trabalhador, apesar de que não é o papel do sindicato dar assistencialismo, mas defender o direito dos trabalhadores. Mas, já que ele tem dificuldades no sistema público, a gente colocou dentista e médico em algumas regiões onde o sindicato tem maior atuação (Caco).

Os empresários, na concepção dos sindicalistas, são também responsáveis, pois as questões sobre o processo saúde-doença no local de trabalho envolvem posições dos empregadores. Eles deveriam estar empenhados em solucionar os problemas no ambiente de trabalho, pois sem a contrapartida deles não se terá uma perspectiva de quebrar esse ciclo de adoecimento, que hoje já se tornou comum e naturalizado.

Na nossa idéia, o empresário teria que construir e manter um centro de referência. Seria uma forma de... Não compensar, não vai compensar nunca. Mas seria uma forma de estar devolvendo alguma coisa. E aí não seria só a categoria, seria o trabalhador em geral, a sociedade em geral (Caco).

As empresas são as que mais favorecem o adoecimento do trabalhador no local de trabalho. Como não há uma política compensatória com relação ao trabalhador, elas preferem pagar adicionais de insalubridade porque fica bem mais barato do que elas investirem num ambiente melhor de trabalho. Então tudo parte da questão econômica (Edu).

Alguns dos dirigentes sindicais entrevistados mostraram preocupação com uma análise das atividades empresariais que enfocasse a sustentabilidade. Sustentabilidade é um conceito que se fundamenta no desenvolvimento com base na responsabilidade sobre as questões do meio ambiente em geral. Nessa abordagem, o desenvolvimento, ao invés de trazer problemas sociais e ambientais e o desemprego, traz a possibilidade de uma vida melhor para a comunidade. As

críticas e reivindicações devem estar assentes nas necessidades da comunidade em que se insere a empresa, e isso é cobrado pelos movimentos sociais. O olhar crítico não está voltado somente para dentro da empresa, portanto a análise do processo de trabalho visa identificar seus efeitos tanto dentro do ambiente como também no seu entorno (JACOBI, 1999).

O foco agora do nosso trabalho não é só a perfuração, mas toda a questão. Porque não é só a mina ali, a praça tem que ser umidificada, a estrada tem que ser umidificada, uma série de coisas (Caco).

A empresa vai produzir o quê? Espera aí... Será que esta empresa vai gerar mesmo emprego, gerar melhoria pra nós ou vai gerar um caos pra nós? Isto não é analisado (Edu).

Os relatos dos sindicalistas Caco e Edu, ao abordarem a sustentabilidade, trazem para a cena a importância da Educação e formação dos sujeitos, bem como sua participação nos espaços políticos de decisões das políticas sociais. A respeito da participação e da sustentabilidade, Jacobi (1999) adverte-nos da nova condição do sujeito a partir dos anos 1990. Para o autor, essa era inaugura uma nova forma de fazer ocorrerem os processos que culminam em conquistas sociais, levando ao exercício pleno da cidadania. A novidade está no cidadão ciente de seus direitos e de suas demandas, que não se sujeita, mas age como sujeito das possíveis transformações sociais. Ela também está na sociedade e no Estado em aprendizado, que têm necessidades emergentes de convivência e interlocução com esse novo cidadão, que reivindica o lugar de ser ouvido e de se fazer presente e ativo nas discussões e debates sociais. O desenvolvimento sustentável pressupõe essa interlocução com a finalidade de buscar o equilíbrio em relação às potencialidades produtivas e aos seus limites, considerando o bem-estar humano, o equilíbrio na comunidade e a capacidade do meio ambiente.

Os discursos dos dirigentes sindicais com relação à questão da saúde mostraram quão é difícil trabalhar essa questão. Trata-se de um trabalho árduo cujos resultados ainda estão sendo avaliados.

Apesar de haver unanimidade na ênfase à prevenção de doenças e à promoção da saúde, percebe-se que se trata de uma prática ainda incipiente. O tratamento ainda ocorre depois do mal já posto e configurado como doença ou acidente.

O trabalho de prevenção de acidentes e promoção da saúde têm se mostrado alternativa mais acertada, e os sindicalistas têm procurado investir nessa alternativa por meio da formação dos delegados sindicais, para disseminarem os conhecimentos preventivos e para atuarem na promoção.

Essas ações são comuns aos sindicatos entrevistados, uma vez que a CUT tem um programa de saúde com suas diretrizes, entre as quais a prevenção é uma delas. Esse programa origina-se da CUT nacional, de discussões e congressos com as regionais. O Instituto de Saúde do Trabalhador da CUT (INST-CUT), que é uma pasta da CUT, fica responsável pela capacitação dos diretores e estes pela dos delegados sindicais que estão nas bases, configurando assim uma rede por meio da qual as diretrizes e a capacitação em saúde são implementadas.

8.2 O SUS NA SAÚDE DO TRABALHADOR

A importância do SUS, na visão dos entrevistados, está firmada, principalmente, no seu caráter universal, que pretende dar à população acesso aos serviços de saúde. Para eles, ao mesmo tempo em que o caráter universal do SUS é um ponto positivo da política de saúde, é também um aspecto difícil de concretizar devido à amplitude e à diversidade das demandas.

O SUS é que vai garantir a saúde de todos, da sociedade em geral. O melhor plano de saúde que existe é o SUS. Só que ele não dá conta por causa da demanda (João)

Um dos entrevistados mostra que os problemas que hoje se enfrenta decorrem de fatores históricos. Entretanto, esses sindicalistas compreendem que se trata de um processo que está em curso e tem evidenciado melhorias. Eles citam indicadores de melhorias no âmbito da saúde e ressaltam que existem atores sociais comprometidos com o sucesso do SUS.

O programa ou a política pública que está estabelecida não é ruim, porque ela tem caráter universal e é para todos. Muitas coisas faltam, mas é porque o acúmulo de problemas ao longo de gerações em gerações talvez tenha conseqüências no SUS. Já se consegue perceber um nível de qualidade no SUS e tanto é que a expectativa de vida das pessoas aumentou. Isso significa que a saúde está melhorando. Está melhorando e tem gente que está atuando pra que o SUS dê certo. A redução da mortalidade infantil, por exemplo, é um fato real que tem acontecido, a gente consegue perceber (Edu).

Eu acho que não tem nenhum plano de saúde melhor do que o SUS. Agora é obvio que como é um plano universal é muito difícil você ter uma otimização em curto prazo pro SUS (Pedro).

A construção do SUS se dá em meio a diferenças regionais que dão matizes diferenciados, tanto às demandas quanto aos serviços oferecidos pela rede, ainda que existam padrões instituídos. Um dos sindicalistas, inclusive, aponta práticas exitosas nesse processo de construção.

Pinheiro et al. (2005) nos alertam sobre a importância do reconhecimento de as diferenças culturais, sociais, ambientais e de etnia, na conquista por um sistema universal, serem fruto da luta dos movimentos, e não serem apenas dirigidas pelo Estado conforme programas predefinidos. Para os autores, essa é uma das dificuldades de pôr em prática um sistema universal.

O SUS tem feito trabalho preventivo e trabalho curativo, mas tem trabalhos que já estão na lógica de mostrar que existem outros caminhos. Tem um monte de prefeitura que tem iniciativa, e no SUS tem espaço para todas essas coisas. É preciso pensar numa estratégia de ter equipes profissionais, não é só o médico, não é só o agente de saúde, mas ter profissionais que terão capacidade de analisar a questão do meio ambiente, a questão da saúde, a questão da alimentação que a pessoa consome. E de certa forma isto tem ocorrido. Então, eu acho que essa construção de programas de saúde, por exemplo, o programa de saúde da família, teria que ser ampliado, inclusive abrindo espaço para esse tipo de profissional. Deveria ter um nutricionista e até ser pensada a questão psicológica também, porque muitos problemas que fazem com que a pessoa fique rodeando o posto de saúde, não tem nada de doença física, eles têm um problema psicológico, ele fica lá inferiorizado, numa condição de abandono e não tem com quem compartilhar este sentimento de forma respeitosa para buscar a compreensão da própria situação (Edu).

Observa-se, nesse discurso, a boa compreensão desse sindicalista acerca das transformações que o SUS propõe na abordagem da saúde da população. Ele ressalta que já tem verificado, na prática, iniciativas que vêm ao encontro do princípio da integralidade das ações, da abrangência dos aspectos preventivos e curativos, físicos e emocionais e aponta para uma necessária interdisciplinaridade e incentivo à inventividade de novos modelos assistenciais.

Ainda dentro da perspectiva da integralidade, Mattos (2005) postula que está subjacente a ela o direito universal à saúde e desse direito em diante é que são delineados os parâmetros norteadores do princípio da integralidade. Tais parâmetros podem ser resumidos pelas boas condições de vida que englobam a vida cotidiana

das pessoas em suas moradias e em seu trabalho, aliadas ao acesso às tecnologias supostamente capazes de melhorar ou prolongar a vida.

A falta de condições para o financiamento do sistema foi uma das questões tratadas por dois dos sindicalistas entrevistados. Para eles, o recurso para a saúde, que já é escasso, tende a ficar ainda menor devido às últimas medidas que o Governo Federal adotou em relação à Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Com o fim do CPMF, o SUS tende a piorar muito (Pedro).

Se você for ver o tanto de dinheiro que o Estado gasta em outras áreas e esquece da área da saúde. Na nossa visão, a saúde em 2008 vai até piorar um pouco, por causa [do fim] da CPMF (Dico).

A CPMF passou a vigorar, em 1997, como uma das fontes de recurso para a saúde e a previdência social. Foi prorrogada por três vezes e, em 2007, foi decidida a sua extinção que vigorou a partir de janeiro de 2008.

Em relação às dificuldades de financiamento do sistema, Menicucci (2007, p. 310) analisa que “[...] a questão do financiamento tornou-se o calcanhar-de-aquiles da reforma sanitária [...]”, dado que não foi garantido aporte de recursos suficientes para efetivar uma universalização e realizar investimentos necessários para ampliar a rede pública de serviços.

De um modo geral, as deficiências do financiamento têm sido creditadas ao momento histórico de implantação do SUS que coincide com os programas de estabilização e de ajuste fiscal caracterizado por cortes nas despesas públicas, particularmente nos gastos sociais. No entanto, a autora questiona se, em algum momento, houve de fato a intenção de garantir recursos para financiar o SUS. Dessa forma, os recursos do CPMF figuraram como paliativo e não uma solução para o problema.

Mattos (2005) também analisa a questão do financiamento. Segundo esse autor, os problemas de financiamento do SUS não são em virtude da insuficiência de recurso, como é comum se ouvir dizer. Eles parecem estar ligados às políticas econômicas adotadas nas esferas do executivo e do legislativo. Nessas esferas, existem defensores da redução dos recursos para a saúde em prol de seu deslocamento

para programas que visam a melhorar as condições de vida das pessoas. Em face dessas dificuldades, é comum práticas de racionamento da oferta dos serviços de saúde ou adoção de protocolos e critérios.

Para o autor, as demandas por serviços de saúde judicializadas, por meio do Ministério Público, em parte se devem ao entendimento do uso dos recursos destinados ao SUS pelos seus gestores e isso, de certa forma, aponta a dificuldade de interlocução do Estado com a comunidade para criar consensos mínimos sobre as necessidades de saúde da população. Mattos (2005) finaliza sua análise dizendo que a via judiciária, principalmente por meio do Ministério Público, vem-se constituindo em uma nova arena política contra a desresponsabilização do Estado com suas obrigações com a saúde.

Segundo os entrevistados, o SUS é a única opção para os trabalhadores que não têm plano de saúde. Para eles, os usuários do SUS pertencem à categoria de trabalhadores de baixa renda que trabalham em empresas que não contribuem com o custeio de um plano privado. O SUS também se destina àqueles trabalhadores que não estão no mercado formal de trabalho, ou aos que estão desempregados.

Ribeiro et al. (2006) referem que o SUS é questionado sobre sua capacidade de atender a parcela da população mais necessitada. Entretanto, foi observado, em estudo, que os usuários do sistema público de saúde em sua maior parte são mulheres e crianças com padrões econômicos baixos. Os homens e idosos procuram pelo sistema público com menor frequência.

O autor argumenta que o fato de o SUS atender as demandas da população de baixa renda, em parte, se deve à presença dos planos privados de saúde que fazem reforçar a idéia de que o SUS é uma política preferencialmente destinada à população que não está coberta pelo sistema privado de saúde.

Então, a gente pode dizer que nas categorias que têm plano de saúde o SUS é pouco usado. Agora acho que é importante ter esse acesso ao SUS porque os trabalhadores pagam por isto, não é de graça (Pedro).

Os usuários do SUS são pessoas que não têm condições de pagar uma passagem pra ir à consulta. Eles vão a pé porque não têm condição de pagar uma passagem (Carlos).

Se o trabalhador está fora do mercado de trabalho, ele fica sem o plano de saúde. Aí ele depende do SUS. O SUS vai empurrando porque não tem

como atender tudo. E os que estão lá na empresa e que não têm plano de saúde, quando acontece qualquer acidente, são jogados no SUS (Dico).

Observa-se nesses relatos, principalmente nos dois últimos, que ser assistido pelo SUS é visto como uma condição de abandono. No entanto, os sindicalistas percebem que as pessoas que necessitam de procedimentos de alta complexidade também são usuários do SUS, ainda que, tenham plano privado de saúde, pois estes não oferecem cobertura para tais procedimentos. Os procedimentos de alto custo têm baixa lucratividade; assim, não interessam para a iniciativa privada e ficam sob responsabilidade do Estado.

Com relação ao procedimento de hemodiálise, por exemplo, é o SUS que banca. Ainda que tenha que direcionar para os planos privados de saúde que são 'os donos da saúde', vamos dizer assim, e que atuam na saúde de acordo com os seus interesses. Mas a gente percebe que existe reação e nós vamos ser sempre defensores do Sistema Único de Saúde do mesmo jeito que nós defendemos que a educação tem que ser de qualidade e publica (Edu).

A gente encaminha para o SUS os casos mais graves, como câncer, como o diabetes, AIDS e tal, que o SUS dá cobertura e a gente sabe disto e os planos privados não dão (Pedro).

E até nós, que temos um plano de saúde, quando há um acidente, a gente vai pro SUS. Quando aquele avião caiu em São Paulo você não via nenhuma ambulância, nenhum socorro de hospital particular, era tudo do SUS. Então, quem paga este preço somos nós (João).

Santos (2007) aponta para o fato de que o crescimento da demanda espontânea encaminhada ou judicializada aos serviços de maior custo do SUS, frequentemente tem beneficiado os consumidores de planos privados de saúde. Segundo o autor, isso tende a se constituir em uma sangria no sistema, fazendo aumentar a iniquidade e a fragmentação do atendimento, o que põe o SUS numa condição complementar ao mercado.

Com referência ao cotidiano nas unidades de saúde, nos prontos atendimentos e nos centros de especialidades, os entrevistados apontam para uma ineficiência do SUS. Relatam a dificuldade de acesso a esses serviços de saúde devido às grandes demandas e à falta de estrutura adequada. Isso acaba prejudicando o trabalhador que não pode se ausentar durante muito tempo do local de trabalho.

No SUS, a pessoa precisa fazer, por exemplo, uma ressonância, que é um caso de urgência. O SUS marca pra daqui um ano, oito meses e aí a pessoa já morreu. Isto no plano de saúde privado não acontece (Dico).

No SUS, a pessoa tem que ir para uma unidade de saúde enfrentar fila e dependendo do caso precisa ser encaminhado para locais de atendimentos específicos. Então, o que passa na cabeça do trabalhador? Ele trabalha oito horas e não tem muito tempo livre pra ir ao médico. Ele tem que pedir dispensa do trabalho pra ir ao médico. Então quando ele tem uma rede privada ele pode ir além do horário, geralmente os médicos atendem. No SUS ele vai perder mais tempo pra usar o SUS (Pedro).

Os planos privados conseguem maior eficiência nesses casos, o que faz que haja o interesse neles, tanto por parte de algumas empresas como dos trabalhadores. O custo desses planos para o empregador é compensado com a estabilidade da produção, pois o trabalhador não precisa ausentar-se por muito tempo do trabalho. Para o trabalhador que pertence a categorias que oferecem o plano privado a vantagem está na rapidez do atendimento e na facilidade de conseguir tratamentos especializados.

Em estudo realizado com trabalhadores no município da Serra, Poldi (2008) mostra que os trabalhadores não encontram nos serviços de saúde facilidade para serem atendidos, considerando que esses serviços se estruturam para atender pessoas que têm disponibilidade de tempo e horário, o que não é o caso dos trabalhadores. Nesse sentido, muitas vezes os trabalhadores, principalmente os trabalhadores autônomos da construção civil, preferem pagar planos de saúde ou mesmo consultas médicas e exames diagnósticos para não “perder” um dia de serviço.

Interessante perceber que o parâmetro de comparação para as ações do SUS são as atuações e os resultados obtidos pelos planos privados de saúde, e isso ficou evidenciado no discurso de um dos sindicalistas.

Se o SUS atendesse, não vou dizer igual ao plano de saúde atende, mas 70% que os planos de saúde atendem... Se o SUS tivesse condições, o Brasil seria outro. Não só a saúde do trabalhador, mas de todo o povo brasileiro seria melhor. Não teria gente no corredor (Dico).

Os sindicalistas atribuem papel de destaque negativo aos trabalhadores do setor público da saúde. Para eles, esses profissionais têm contribuído para a disseminação de uma imagem depreciativa do SUS, devido a uma tendência desses profissionais de saúde a não dar credibilidade a essa política social e a não se inserirem como usuários dela e, também por serem avaliados pela população como desqualificados para atender as demandas dos trabalhadores. No que se refere à prática desses profissionais, ela se traduz em descaso, falta de acolhimento e de vínculo com o usuário do sistema.

O próprio trabalhador da saúde critica muito o SUS. Eles não politizam a saúde, eles não trabalham o que o SUS tem de positivo. Eles só pegam o negativo. Eles não têm um olhar coletivo, não vêem o processo (Pedro).

Um trabalhador de 21 anos que perdeu a mão está há dois meses sem receber. O médico do SUS não teve tempo de fazer o laudo dele para dar entrada no INSS. Eu já fui ao posto várias vezes e o médico diz que não tem tempo de fazer um laudo. Este é o tratamento que o SUS dá para os usuários (Dico).

Nesse último depoimento, constata-se mais uma dificuldade em relação à satisfação das necessidades de saúde dos trabalhadores, ou seja, os profissionais do SUS não estão preparados ou não têm tempo para cuidar de aspectos relativos aos acidentes de trabalho e Saúde do Trabalhador em geral.

Outro entrevistado mostra quão distante estão as práticas do SUS em relação às expectativas do trabalhador e suas necessidades de saúde. A respeito desse aspecto, Poldi (2008) evidencia, em seu estudo, que o trabalhador sabe de suas necessidades e tem consciência de que a forma como o sistema de saúde está estruturado dificulta o acesso aos serviços de saúde. Segundo a autora, se o trabalhador fosse ouvido pelo profissional que o atende, no momento em que expressa sua queixa, as adequações poderiam ser feitas conforme as características da população, considerando suas reais necessidades.

A gente defende um SUS que atenda ao trabalhador nas suas necessidades, que oriente o trabalhador naquilo que ele tem dúvida, e hoje a gente não tem esse SUS. A gente tem um SUS que você chega e o médico está sentado lá e não olha nem pra sua cara, ele vai te passando qualquer remédio. Tem caso de pessoa que foi com um tipo de problema e chegou lá o médico meteu a faca, operou e tirou outra 'coisa' que não tinha nada a ver. Então, pra mim, isso não é um SUS. Algumas pessoas costumam falar que isso é o 'SUS to'. Eu vejo o SUS mais carente do que os carentes mesmo (Carlos).

O relato acima contém ainda a idéia do SUS como “[...] política pobre para os pobres [...]”. Nas palavras desse sindicalista, “[...] o SUS é mais carente dos que os carentes [...]”, que são a maioria de seus usuários. Reforça Edu “[...] só a população de baixa renda que pode ser tratada de qualquer jeito [...]”.

Isso contribui para uma percepção geral do SUS como uma política cujos recursos são muito limitados e cujos profissionais são desqualificados. Esses relatos corroboram esta idéia de política pobre para pobres:

Os usuários do SUS são pessoas, são trabalhadores que não têm condições de pagar uma passagem pra ir à consulta. Eles vão a pé porque não têm condição de pagar uma passagem (Carlos).

Santos (2007) e Menecucci (2007) ressaltam que, além dos problemas de financiamentos para o SUS, a distribuição dos recursos muitas vezes é feita para atender às políticas locais e interesses que não são os da coletividade. Isso torna o SUS refém do modelo de ofertas e de programas verticalizados, por isso sem condições de atender às necessidades reais da população. Assim, o SUS, muitas vezes, é percebido pela população como uma política “pobre para os pobres”.

O “Humaniza SUS” foi mencionado como sistema de gestão que está sendo implantado no SUS, com vistas a mudar a lógica de atuação dos profissionais de saúde, ao prepará-los para dar um atendimento mais humano e acolhedor aos usuários.

O humaniza SUS vai quebrar um pouco esta lógica do trabalhador do SUS que não consegue ver as práticas de saúde como um processo e por isto acaba tratando os usuários de forma inadequada. Eles não têm a informação e não sabem como lidar com o usuário, o que gera muitas vezes desentendimentos. Isto ajuda a fortalecer uma imagem negativa do SUS e de seus profissionais. Mas acho que os movimentos que o SUS tem feito, voltados para o humaniza SUS, desenvolvem gestores, supervisores e usuários, acho que esta é uma política muito interessante do SUS (Pedro).

Os depoentes classificam o SUS como uma política muito boa que passa por distorções ao ser concretizada. Essas distorções, segundo eles, ocorrem devido a questões políticas que expressam interesses antagônicos de grupos e setores dos segmentos público e privado de saúde. Para eles, existe um segmento hegemônico nesse campo de forças que direciona as políticas para beneficiar o setor privado.

Em alguns casos, as decisões políticas de governador e de outros esculhambam o programa. Nós sabemos que eles trabalham para que o SUS não dê certo. A lógica dos governantes é que os planos de saúde privados dominem. A gente percebe que nas políticas de saúde do Brasil há espaço para os ‘donos da saúde’, aqueles que atuam na saúde de acordo com os seus interesses (Edu).

O governo não investe no que tem que investir, não melhora a saúde pública, porque, se melhorar a saúde pública, as empresas dos planos de saúde vão ter que fechar, e os donos dessas empresas estão ligados de alguma forma com a classe política (Caco).

Os relatos de Edu e de Caco demonstram insatisfação com a forma de os governantes gerenciarem os recursos destinados ao SUS. Paim e Teixeira (2007) argumentam que, em parte, a gestão dos recursos fica comprometida em

razão do financiamento para a saúde, que é pouco e instável, e também do estilo ainda fragmentado do modelo de política do SUS. Segundo os autores, essa fragmentação opera em lógicas distintas que vão desde o interesse público ao objetivo do lucro e acumulação do capital até a consolidação de espaços de privilégio de corporações e de práticas clientelistas, visando a manter os interesses partidários. Os autores ressaltam ainda que, apesar de o SUS se constituir como conquista e um patrimônio da população brasileira, por se tratar de uma política universal e assentada sobre valores democráticos, ele tem sido ineficiente no modelo de atenção à saúde. Verifica-se, no cotidiano das relações entre prestadores de serviços e usuários, o descompasso entre as propostas de uma política de saúde pautada na efetividade, qualidade e humanização da atenção à saúde, o que evidencia a necessidade de mudança e revitalização dessas práticas.

Em um dos depoimentos, está contida a idéia de que o Estado arca com problemas de maior complexidade dentro do sistema, cujos investimentos financeiros são altos, principalmente na recuperação de estruturas que necessitam de reformas e de equipamentos adequados para atenderem às demandas de saúde. Em alguns casos, após o funcionamento adequado dessas estruturas, ocorre a sua privatização.

O sistema às vezes não funciona, porque, por exemplo, um hospital todo detonado, que não tem condição de realizar nenhum procedimento, ele é jogado na 'cacunda' do estado. Mas, em contrapartida, o estado recupera, e aí eles querem privatizar [...] Os planos privados de saúde na verdade são paliativos, é como uma enganação. Porque, quando o trabalhador precisa mesmo, ele não funciona. Não funciona porque o problema é dispendioso e não gera lucro, aí eles jogam para o SUS. Normalmente tudo que é problema sério e dispendioso, o plano de saúde cobra do trabalhador e, quando cobra, o trabalhador não aguenta pagar. Isso, na visão do trabalhador, é menos pior do que ele ficar refém de uma situação devido aos problemas que tem no SUS. Mas o problema é que o plano de saúde privado é feito para se ganhar dinheiro e não é para cuidar, realmente, da saúde do trabalhador. O capital está ali para gerar mais capital. Então tudo aquilo que vai ser dispendioso ele prefere soltar na 'cacunda' do SUS (Edu).

O Sistema Público de Saúde analisado por meio da chave da lógica neoliberal, conforme nos alerta Paim (2006), faz submeter à saúde da população às leis de mercado. O Estado, ao regulamentar o funcionamento desse mercado, reforça o modelo de saúde privada. Esse modelo busca atuar nos segmentos que a ela proporcionarão o retorno financeiro desejado. Em contrapartida, o SUS cumpre

realizar os procedimentos de alta complexidade e mais onerosos, aliviando o mercado e azeitando as engrenagens deste modelo.

Essa situação expressa a lógica do neoliberalismo, que busca a participação do Estado na regulação do sistema para benefício do mercado. Em outro depoimento, o alerta é dado para essa constante e firme ofensiva do capital contra as políticas públicas, com o objetivo de ganhar mais espaço no mercado. Este depoimento fala de uma forte tendência para uma política de privatização da saúde.

O SUS é imprescindível, a gente tem que lutar para que ele não morra, porque está tendo um movimento internacional de privatização da saúde (Pedro).

A maioria dos entrevistados defende a saúde como uma política pública e ressalta o Estado como referência na prestação desses serviços.

Eu entendo da seguinte forma: não tinha que se pensar em plano de saúde, você tinha que ter uma política de saúde plena, onde o rico e o pobre fossem tratados da mesma forma e que não precisasse haver a fila que você vê por aí. O tratamento dispensado tem que ser em condição de igualdade com todo cidadão, mas o serviço de saúde deve pertencer ao estado, ao município (Edu).

A gente quer o SUS, trazer o SUS pra cima. Levantar o SUS. Nossa diretriz é lutar pra que o SUS venha atender a população como a população merece, esse é o nosso objetivo (Dico).

Pedro, Edu e Dico trazem em seus depoimentos o desejo de lutar pelo SUS e de mantê-lo como política de Saúde sob a responsabilidade do Estado. Em consonância com o que esses dirigentes vivem na prática, a análise de Paim e Teixeira (2007) aponta para a necessidade de trazermos vivas as discussões da XIII Conferência Nacional de Saúde. Essa Conferência trata da expressão política de estado, como central e indispensável ao entendimento do compromisso e obrigações no âmbito das políticas de saúde, que não podem ser submetidas a interesses conjunturais. O Estado, nas três instâncias do executivo, precisa conduzir tais políticas, dialogando com o Legislativo, submetendo-se às fiscalizações do Judiciário e Ministério Público e buscando uma relação harmônica com esses órgãos, para fazer cumprir as políticas de saúde nascidas da sociedade.

O depoimento de um dos sindicalistas aponta para uma dificuldade enfrentada dentro dos sindicatos em relação à defesa do SUS. Isso ocorre porque, segundo ele, não há compreensão por parte dos trabalhadores de que as políticas públicas de

saúde são necessárias. Esses, no geral, não têm conhecimento sobre a política pública de saúde e têm pouca informação sobre o funcionamento do SUS.

Mas é difícil para os trabalhadores compreenderem que o SUS é universal, que ele abarca toda a população brasileira. Portanto, existe uma compreensão muito pobre do SUS. Os trabalhadores sabem que no SUS você tem que enfrentar fila e 'Deus me livre do SUS' (Pedro).

Importante frisar que tal dificuldade, apontada pelo sindicalista Pedro, não se restringe a uma realidade local. Outros autores, inclusive Menecucci (2007), afirmam que, durante a reforma sanitária, houve uma forte participação popular, porém nos anos subseqüentes à sua institucionalização, alguns atores sociais que se envolveram nas discussões e lutas pela reforma sanitária, não seguiram apoiando-a. Alguns devido à posição ideológica igualitária e outros por estarem em busca de interesses corporativos. Entre esses está o movimento sindical, na visão da autora.

A autora argumenta que os sindicatos mais combativos, correspondentes às categorias cobertas por planos privados de saúde no âmbito das empresas e instituições públicas, como efeito das políticas anteriores, não se sensibilizaram por defender um sistema público e universal, por não perceberem os benefícios que adviriam dessa atitude.

Sobre a dificuldade de conseguir apoio para a defesa do SUS em sua categoria, o sindicalista sugere uma articulação entre os gestores do SUS e o movimento sindical, para que o SUS seja mais bem compreendido pelos trabalhadores. Isso facilitaria a luta dos sindicalistas em defesa do SUS e possibilitaria o engajamento dos trabalhadores nessa luta.

Infelizmente, os trabalhadores ainda não 'vestem a camisa do SUS'. Talvez precisasse que os próprios gestores de saúde fizessem um movimento junto aos sindicatos, junto às centrais ou alguns sindicatos no sentido de disseminar mais esta política do SUS, porque nunca houve comprometimento com a política do SUS. É preciso trabalhar junto ao sindicato. Dar visibilidade ao SUS. Dentro do próprio sindicato fazem críticas ao SUS, imagina na base (Pedro).

Diante das constantes queixas dos trabalhadores sobre as filas e sobre o mau atendimento no SUS, os dirigentes sindicais buscam saídas alternativas para a assistência médica e odontológica dos trabalhadores de sua categoria sindical.

Devido às dificuldades que todos nós sabemos que o trabalhador tem para conseguir marcar um dentista, pra fazer um serviço no dente; devido a ele

ter que dormir numa fila para conseguir uma consulta médica, a categoria reivindicou e aprovou o atendimento médico e odontológico no sindicato (Caco).

Para a assistência específica aos problemas decorrentes do trabalho e acidentes, alguns sindicatos preferem manter convênio com médicos do trabalho e encaminhar os casos de doenças do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho para esses profissionais. Esses emitem os laudos que servirão para dar entrada ao benefício, uma vez que a empresa se nega a abrir a CAT e o atendimento no SUS tende a ser demorado.

Quando o trabalhador chega acidentado ou doente, a gente encaminha para o médico do trabalho. Este médico a gente tem um contrato com ele. Ele emite o parecer dele, seja de acidente do trabalho, seja de doença do trabalho. A gente encaminha também para o Centro de Referência [do Estado] (Carlos).

Esse dirigente sindical traz em seu relato o descontentamento com o SUS, embora encaminhe os problemas de Saúde do Trabalhador para atendimento no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST), que é SUS.

Assim, observamos que existe uma avaliação do SUS relativa à saúde em geral, diferente da avaliação de Saúde do Trabalhador. Isso fica evidenciado em um dos relatos, ao atribuir um valor positivo ao desempenho do CRST, que, muitas vezes, não é percebido como SUS.

Os sindicatos, até por um empenho da coordenação do Centro de Referência, têm menos resistência, ao Centro de Referência e muitas categorias procuram o Centro de Referência. Eu encaminho quando a pessoa já foi em alguns médicos do plano dela e não conseguiu resolver o problema. O médico do plano privado não dá reconhecimento do acidente de trabalho. Neste caso, eu encaminho para o Centro de Referência. Já encaminhei muito mais do que hoje, porque a gente tem conseguido em acordo coletivo melhorar alguns planos, mas eu encaminho para o CRST, casos que eu preciso de uma avaliação mais detalhada aí eu ligo e falo que é um caso específico e que eu gostaria que fosse analisado detalhadamente. Isto, quando se trata de uma situação crítica. Então nós temos esta interlocução com eles, mas as categorias que mais encaminham hoje para o CRST são as categorias de menor renda (Pedro).

A gente começou a fazer um estudo, inclusive com apoio do Centro de Referência, que nos ajudou muito. Alguns trabalhadores foram lá fazer exames e em todos eles ficou detectado algum tipo de contaminação devido à poluição, ao lixo. Mas o atendimento lá no Centro de Referência é diferente do atendimento de um hospital lá fora, porque os médicos que estão lá no Centro de Referência estão ali e foram preparados para cuidar da Saúde do Trabalhador. Então, eles estudam, eles passam o tempo todo fazendo pesquisas referentes à Saúde do Trabalhador. É diferente de um médico lá de fora que deveria saber detectar um trabalhador com desvio de coluna, um trabalhador com uma tendinite, com uma bursite, e vários tipos

de doença que estão relacionadas ao trabalho. Os médicos em geral [não os do CRST] relacionam a doença com o fato de o trabalhador ter jogado bola, ter pegado peso ou ouvido som muito alto. Ele não vai detectar que aquilo é gerado pelo trabalho. Essa é a diferença que eu faço do Centro de Referência (Carlos).

O Centro de Referência, portanto, é citado por alguns sindicalistas como um órgão que tem credibilidade naquilo que faz, ou seja, em Saúde do Trabalhador. Esses sindicalistas ressaltam a competência e a qualificação dos profissionais e o envolvimento deles em estudos e pesquisas atinentes a esse campo. Algumas categorias, mesmo dispondo de acesso a planos privados de saúde, recorrem ao CRST quando os casos são específicos e de difícil diagnóstico, pois existe o reconhecimento de que o trabalho deste Centro está bem fundamentado.

No entanto, o CRST da região Norte do Estado, criado em 2006, ainda não é avaliado positivamente. Segundo depoimento, o funcionamento desse Centro é precário devido à necessidade de investimento do município. O Estado oferece o recurso para implantação, mas o município precisa ter uma contrapartida financeira para fazer o CRST funcionar adequadamente. Para o entrevistado, esse fato que ocorre em sua região serve de parâmetro de análise para a política de Saúde do Trabalhador no SUS. Ele sustenta, portanto, que, apesar de já ter sido regulamentada e discutida, tal política não foi concretizada:

Na região norte do estado, onde nós atuamos, sempre encaminhávamos o trabalhador para o centro de referência. Mas um dia, quando eu pedia para a funcionária encaminhar um trabalhador para o centro de referência, ela me falou que o centro de referência não estava marcando mais, porque tinha um centro funcionando no norte. O centro de referência tem que cuidar da Saúde do Trabalhador tem que diagnosticar, tem que ter estrutura pra isto. Recurso tem, só que o município tem que dar contrapartida e tem muito município aí que não está querendo, não tem condições de dar. Lá ficou um bom tempo sem funcionar. Ultimamente está funcionando precariamente (Caco).

Para um dos sindicalistas, o SUS, de uma maneira geral, está despreparado para atender o trabalhador, pois os profissionais não conseguem estabelecer o nexo causal entre os sintomas apresentados pelo trabalhador e suas atividades laborativas, para diagnosticar a doença.

Alguns profissionais não estão preparados para saber se a doença tem relação com a atividade ou não. E aí eles falam que o trabalhador pode exercer outra atividade, fazer outra coisa. Mas se um cara é bancário, você não pode fazer um exame nele como se ele fosse um trabalhador rural. Do mesmo jeito um trabalhador rural não pode ser examinado como se fosse um bancário. O trabalhador deve ser visto em sua condição profissional.

Deve ser analisado se ele tem como exercer a atividade que exercia antes do adoecimento, e é para isso que ele contribui com a previdência. Porém, quando chega na hora de exercer um direito de cidadão, ele tem que ter outra função pra não receber o benefício? (Edu).

A formação dos profissionais de saúde no âmbito do SUS foi destacada como deficiente pela maioria dos sindicalistas. Paim e Teixeira (2007) tratam da questão da formação dos profissionais como crítica. Para os autores, faz-se necessário qualificar o debate em torno da educação permanente para os profissionais e trabalhadores do SUS, com vistas a contemplar a dimensão dos conhecimentos científicos e também da ética de formação e capacitação dos cursos em todos os níveis. A formação dos profissionais, para esses autores, se conduzida adequadamente, tende a dar novo fôlego à continuidade do processo da reforma sanitária brasileira.

Para alguns dos entrevistados, o diagnóstico, em certos casos, é muito difícil de ser realizado. Os exames necessários têm alto custo, pois os laboratórios credenciados estão em outros estados, mais especificamente em Minas Gerais, e o SUS não dá cobertura. É o caso, citado por eles, das doenças causadas por contaminação por produtos químicos e pela sílica, que leva à necessidade de deslocamento do trabalhador para Belo Horizonte, onde pode ser realizado o diagnóstico.

O SUS não está fazendo o diagnóstico da silicose, sempre foi particular. Particular é caro. O exame é feito em Belo Horizonte e a empresa não tem interesse em diagnosticar (Caco).

Um laboratório para análise de resíduos químicos, na questão de agrotóxicos, só tem em Belo Horizonte. Como é que o trabalhador vai fazer o exame? É um exame extremamente caro. No meu ver isso deveria ser uma rotina dentro do SUS (Edu).

A despeito de todas as dificuldades relatadas pelos dirigentes sindicais, relacionadas ao SUS e ao atendimento às necessidades dos trabalhadores, houve unanimidade em considerar o SUS como um sistema que deve ser responsável pela saúde dos trabalhadores, ainda que careça de formar seus profissionais e definir melhor as políticas e os procedimentos mais adequados.

É a saúde pública que deve dar conta da Saúde do Trabalhador. Eu sempre falo e eu sempre vou dizer isso: nós também colaboramos um pouco para a situação da saúde pública, porque, se nós ganharmos um pouquinho melhor, se melhorarmos um pouquinho o nosso salário, o nosso rendimento mensal, a gente logo quer um plano de saúde (Caco).

O certo teria que ser o SUS a dar suporte para a Saúde do Trabalhador. É um órgão do Estado, todo cidadão brasileiro contribui, tem o direito. Então o SUS é que era pra estar na frente, para sair na frente, igual a estes países do primeiro mundo aí. Não era nem pra ter plano de saúde (Dico).

Percebe-se nesses relatos a contradição vivida por esses dirigentes, pois a aquisição de planos privados de saúde é anseio da maioria dos trabalhadores, inclusive dos sindicalistas. Os sindicalistas defendem o SUS como política pública, que deve dar conta das questões relativas à Saúde do Trabalhador, e simultaneamente desejam os planos privados de saúde. Dessa forma, eles ajudam a fortalecer as empresas privadas de assistência médica.

Para os sindicalistas, os planos privados, no entanto, não cumprem com o esperado, tratando-se de Saúde do Trabalhador. Na visão deles, os planos privados estão mais voltados para a assistência médica e têm pouco enfoque em programas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Ainda assim, eles afirmam que o trabalhador tem preferência por eles, uma vez que encontra facilidade na marcação de consultas e o atendimento é mais rápido e de melhor qualidade, mesmo sendo de cunho curativo.

Alguns sindicalistas fundamentam objetivamente as vantagens de uma assistência privada.

Aqui, por exemplo, não é uma empresa é um sindicato, uma entidade pequena. Mas a gente tem a Unimed, eles pagam 50%. (Pedro).

No relato abaixo, o sindicalista mostra compreender essa contradição e procura, em parte, explicá-la:

O sindicato representa os trabalhadores, o anseio dos trabalhadores. O anseio dos trabalhadores está no plano de saúde privado. O anseio do trabalhador não está no fortalecimento do SUS (João).

Os trabalhadores pagam pelo plano de saúde privado um valor por mês de 25 ou 30% do salário dele. Quando ele precisa utilizar, ele vai ter que pagar mais a metade do valor do convênio. Então, ele está sendo enganado, porque, além de pagar uma mensalidade todo mês, quando ele precisa utilizar, ele ainda tem que pagar a metade de tudo. Pra mim, isso não é vantagem nenhuma e eu sempre falo para os trabalhadores a respeito do plano que funciona dessa forma que não é vantagem (Caco).

No caso da empresa [não o sindicato], o plano de saúde era sem custos para o trabalhador. Aí foi ficando caro, representava 3,5% da folha de pagamento e hoje nós mudamos o plano, nós pagamos R\$ 70,00 por grupo familiar na empresa. É muito barato se comparar com outros planos que tem por aí. Mas a maioria dos planos que a gente tem hoje o valor pago é

diretamente proporcional ao seu uso. O trabalhador desembolsa de 20% a 30% do valor quando vai ao médico ou quando você faz um exame. Então o trabalhador prefere desembolsar 30% sobre o valor de convênio – não é o valor inteiro – do que enfrentar a fila do SUS [...] A maioria das categorias brigam por planos privados, isto está na nossa pauta de reivindicação. Todos os sindicatos, inclusive, têm as contradições, porque os próprios sindicatos ligados à saúde, ao governo, sindicatos ligados diretamente ao SUS, eles querem ter seus planos de saúde privado. Isto não é ruim porque desafoga um pouco o SUS. Porque o SUS está aí pra quando a gente precisar dele. Os trabalhadores não sabem o que é o SUS, que existem todos estes programas que o SUS defende. Mas nós não desmerecemos em nenhum momento a política do SUS, muito pelo contrário, defendemos o SUS como o melhor plano de saúde e de maior cobertura [...] Os planos privados não resolvem o problema de Saúde do Trabalhador, mas ele tem à mão um plano de saúde e quando ele quer usar um médico ou ir a um laboratório fazer um exame, ele faz isto com facilidade quando ele tem um plano de saúde (Pedro).

Deste modo, a contradição se faz presente no fato de os sindicalistas se definirem como defensores do SUS, e ao mesmo tempo argumentarem favoravelmente ao plano privado de saúde. Percebe-se a falta de confiança na rede de assistência e justifica-se a preferência pelo plano privado devido à segurança que ele oferece na hora da necessidade. Entretanto, essa segurança, conforme relatos transcritos anteriormente é um engodo, pois a cobertura não é total e os procedimentos de alta complexidade ficam ao encargo do SUS. Por isso, “[...] o SUS está aí para quando a gente precisar dele [...]” (Pedro).

Com relação ao direito à saúde, percebemos, nos relatos dos sindicalistas, que alguns têm conhecimento desse direito, incluindo aí a responsabilidade do Estado no que se refere às necessidades de saúde da população:

Se eu chegar ao hospital e não houver vaga pra internação, o SUS tem que pagar um hospital particular pra mim. No SUS não tem vaga, aí pega e me põe no corredor. Pela lei, o Estado tem que contratar um quarto em hospital particular. Então a lei manda, mas o Estado não faz (Dico).

Entretanto, muitos ainda não sabem o caminho a ser trilhado, uma vez que ele está em construção. Alguns afirmam que o SUS é um sistema ainda jovem, com muitos acertos a serem feitos; em contrapartida, reconhecem que os acertos não podem ser feitos a poucas mãos. Os ajustes deverão vir como produto da luta dos atores sociais envolvidos com esta problemática:

Então, o movimento sindical acabou perdendo o foco da saúde, da defesa do SUS, devido à nossa cultura, ao desemprego, essa coisa toda. E hoje nós estamos tentando construir; esse é o problema, está vendo? Nós estamos tentando construir ações em cima das nossas necessidades de saúde. Ações efetivas que levem o trabalhador e a trabalhadora a terem

uma consciência que sem saúde ele não tem vida, não tem qualidade de vida, não tem emprego [...] Como que a gente vai fazer isso? Eu não sei, a gente não sabe. A gente está buscando resposta (João).

As contradições estão por toda a parte e é um fato que elas tendem a dificultar a caminhada e a percepção dos processos sociais. Entretanto, com relação à luta por políticas públicas de saúde, embora as contradições estejam muito evidentes e concomitantemente difíceis de extirpar da prática e do discurso da população de uma forma geral, entendemos: “É dever do SUS cuidar da vida e da saúde das pessoas que não podem ser comprometidas pelos humores, crenças, ideologias e vaidades dos dirigentes de plantão” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1824)

8.3 A PARTICIPAÇÃO DOS SINDICALISTAS NA ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Os sindicalistas entrevistados reconhecem a importância da participação por meio da mobilização e luta da população para garantir o direito constitucional à saúde e para as políticas públicas irem ao encontro das necessidades da população.

No momento que você conseguir dar voz ao usuário, o SUS pode melhorar muito (Pedro).

É preciso mobilizar toda a sociedade, independente de rico ou de pobre ou que nível que seja, e brigar por saúde pública. A Constituição garante que nós temos direito de ter saúde, e aí sim, aí nós teremos uma saúde de boa qualidade [...] Eu não acredito que a saúde pública, esteja lá qualquer governo que estiver, melhore, a não ser que o povo vá para brigar, vá causar um problema danado, senão não melhora (Caco).

Pinheiro (2001) acrescenta que a prática participatória proporciona a escuta ativa das demandas que são expressas por vozes que têm por implicação ética a produção de saúde como direito de cidadania, independentemente de sua inserção nos grupos sociais e com respeito à alteridade, e esse é um importante passo para integralidade das ações em saúde, o que resultaria num SUS melhor, como diz o Pedro e Caco em suas análises sobre a importância da participação.

A importância da participação nessa luta é complementada por um dirigente sindical, como a idéia de algo que se deve tornar uma prática comum na sociedade, visando a um sistema de saúde mais solidário em que todos possam ser incluídos.

A questão da saúde tem que ser uma prática. As pessoas precisam lutar e não é porque estão pensando no futuro delas próprias somente, ou nas suas famílias. Deve ser uma prática porque, se eu precisar, eu tenho um sistema de saúde, mas tomara que eu não precise. Se o outro precisar, eu vou estar aqui defendendo para que ele seja atendido pelo sistema (Edu).

Os sindicalistas demonstram que sabem da força da participação e um deles ressalta que a criação do sindicato foi resultado de uma luta da comunidade.

E a comunidade na região lá de Cachoeiro se mobilizou, puxado pelo líder comunitário e aí foi criado o sindicato (Caco).

Opinião semelhante foi a de um sindicalista que entende o reconhecimento da CUT como um avanço, fruto da luta dos trabalhadores na busca por espaços para dar expressão as suas demandas.

A história de lutas da classe dos trabalhadores tem aí 200 anos, persistindo dentro de alguns caminhos e segmentos e nós não podemos dizer que não somos vitoriosos. Só o direito de se organizar para poder falar de forma oficial já é um avanço. Imagina que a CUT só foi reconhecida agora em 1983 (Edu).

Caco, Pedro e Edu ressaltam nos seus depoimentos a importância da participação popular e da necessidade de haver uma prática participatória consolidada na sociedade em prol da defesa dos direitos sociais. Mattos (2005) aponta para essa mesma direção, quando diz que, no âmbito da conquista social pelo direito a saúde, precisa-se reconquistar a luta pelas políticas públicas para além do setor da saúde. O autor defende a participação da população na luta pelas melhorias de condições de vida, bem como pela conquista ao direito universal e igualitário às ações e serviços de Saúde. Na visão de Mattos (2005), tal luta envolve atores sociais que vão além dos técnicos sanitaristas do movimento sanitário. Devem fazer parte desse processo os gestores do SUS, profissionais e estudantes da área de Saúde, movimentos sociais, organizações não-governamentais e órgãos presentes nas instâncias de participação popular.

Os sindicalistas também mencionam mobilizações que visaram a sensibilizar a sociedade e os órgãos governamentais para questões relacionadas à saúde dos trabalhadores e conseguiram, muitas vezes, ampliar o espaço de discussão e participação nos fóruns instituídos. Ações políticas na perícia médica do INSS, na Assembléia Legislativa e no Ministério Público foram citadas como exemplos.

Nós fizemos atividades conjuntas. Realizamos plenárias no INSS com peritos e com a coordenação tentando abrir um debate. Fizemos uma manifestação em frente ao INSS para os usuários e tivemos uma panfletagem na praça. Só que isto é muito pouco diante daquilo que a gente sempre costumava fazer (Pedro).

Estamos participando da elaboração de um projeto para enviar pra Brasília. Este projeto visa acabar com uma coisa que vem acontecendo. Nós queremos criar o impedimento para que o mesmo médico não venha a exercer a função de perito do INSS, ao mesmo tempo em que é médico do trabalho nas empresas (Dico).

Conseguimos uma audiência pública com os deputados, na Assembléia Legislativa e fizemos o maior circo mesmo. Nós armamos um circo, chamamos o Ministério Público, chamamos a DRT, o INSS, representantes da Assembléia, representantes das empresas. Pedimos aos nossos acidentados com LER que fossem a caráter com talas, com munhequeiras, paramentados e preparados para falar. Designamos quem ia falar. O resultado foi uma 'puta' ação política, com reversão de algumas demissões através do reconhecimento da doença pelo INSS (Pedro).

Devido ao grande valor pago em multas pelos empresários referentes aos acidentes de trabalho, estamos pleiteando junto ao Ministério Público uma forma de reverter o valor das multas em ações que beneficiam a Saúde do Trabalhador. Está se vendo a possibilidade deste dinheiro voltar para a sociedade, mas não através do Fundo de Assistência ao Trabalhador (FAT), que não traz benefícios sociais. Nós sugerimos uma idéia, talvez a construção do centro de referência nós mesmos. Os empresários financiariam com o valor das multas. Não sei se seria um centro de referência, uma associação. Seria uma entidade que viria em benefício da sociedade (Caco).

Para Machado, Pinheiro e Guizardi (2005), a participação não se pode restringir aos espaços instituídos, embora esses se constituam em importante canal de luta. A necessidade de revitalizar os espaços de luta pela saúde e buscar novas formas de expressar as necessidades de saúde e de melhorar as condições de vida mantém o princípio da participação da comunidade dentro dos preceitos explicitados na VIII CNS. Caco, Pedro e Dico mostram que as práticas dos movimentos sindicais se têm voltado para explorar esses espaços de participação e de reivindicação na luta por uma melhor política de Saúde para o Trabalhador.

Um dos depoimentos mostra que a mobilização dos trabalhadores, por meio de suas entidades representativas, tem atuado com base numa concepção de saúde do trabalhador mais ampla, que visa a chamar a atenção da sociedade para os vários problemas atinentes à saúde.

Nós fizemos um teatro que mobilizou as pessoas. Satirizamos a questão da saúde, mas trazendo à tona a questão da violência contra a mulher, ao mesmo tempo em que ressaltava a necessidade do cuidado com a saúde da mulher e uma série de outras coisas que eram denunciadas (Edu).

Esses relatos ilustram a existência de movimentos que ocorrem fora dos espaços instituídos específicos da participação e regulamentados por leis. As manifestações geralmente ocorrem em frente aos órgãos executores de políticas, como INSS e Previdência Social, são de caráter voluntário e visam expressar a resistência da população às políticas postas.

A prática dos dirigentes tem mostrado também a iniciativa de provocar uma movimentação interna ao sindicato, intersindicais, e junto com os outros movimentos sociais por meio da Coordenação dos Movimentos Sociais (CMS), que é uma entidade não-governamental que centraliza as lutas sociais. Essas iniciativas visam a ampliar o debate sobre políticas para construir propostas que abranjam as necessidades de saúde dos trabalhadores, incluindo nele as demandas específicas dos diferentes movimentos sociais.

Lembro-me que, uns anos atrás, eu estava preocupado com tantos problemas nos sindicatos. Então, resolvi tomar ações por conta própria. Aí a gente fez algumas reuniões, eu juntei todos os sindicatos que tinham problemas com LER/DORT, na época era só LER. A gente fazia reuniões quinzenais para discutir nossos problemas coletivos junto ao INSS (Pedro).

Vamos criar lá em Colatina uma Fundação dos mutilados, já que este é um problema que tem se intensificado naquela região. Estes acidentes têm ocorrido nas indústrias do ramo da metalurgia lá em Colatina [...] Eu tenho um ano aqui na secretaria de saúde e neste período eu já fiz o primeiro seminário de saúde do Estado do Espírito Santo. O auditório nem coube, de tanta gente que foi. Participaram trabalhadores e sindicalistas. Nós discutimos questões relacionadas à saúde, trabalho e meio ambiente (Dico).

Nós fizemos vários debates com a CMS. Trabalhamos de forma integrada, pra que cada um construísse e a gente apresentasse uma proposta coletiva de todos os movimentos sociais com relação à saúde. As propostas foram construídas a partir destes debates com a CMS e foram apresentadas na assembléia legislativa, na comissão de finanças e orçamentos e na comissão de justiça e cidadania [...] No caso, levamos uma proposta sobre a anemia falciforme. A anemia falciforme acomete grande parte da população negra e muita gente desconhece. Ela é proveniente de um traço genético, uma má formação do sangue. A pessoa apresenta um tipo de anemia diferente da anemia normal e não tem cura. Esta doença só é detectada por alguns exames. A gente estava pleiteando, por exemplo, que outros municípios tivessem um centro de referência pra tratar essas pessoas. A maior parte da população, 50% da população é negra e muita gente não sabe, desconhece a doença. Só o Centro de Referência de Vitória que abrange este problema. Então junto com a CMS foi feita uma proposta neste sentido em relação à saúde pública e foi apresentada na assembléia legislativa, através da comissão de finanças e orçamentos, comissão de justiça e cidadania (Edu).

Dentro dos espaços de ação dos sindicalistas, entendidos como espaços de participação e discussão, também encontramos práticas que buscam, além de envolver os órgãos do Estado, o diálogo com os empresários.

A gente forma as equipes para fazer trabalho na área. Identificamos os problemas e chamamos as empresas para discutir e tentar resolver. Se não for possível, amigavelmente ou extrajudicial, a gente aciona para resolver na justiça [...] A gente vem realizando os seminários, levando discussões com o Sindicato Patronal e com os órgãos envolvidos. Ministério Público de Trabalho, Ministério do Trabalho, Delegacia Regional do Trabalho, Fundacentro, IBAMA etc. (Caco).

Essas práticas, segundo o sindicalista, é uma das formas que o sindicato tem para diminuir os danos referentes às más condições de trabalho.

Outra forma de ação dos sindicalistas foi mostrada por outro dirigente que, ao assumir a Secretaria de Saúde do Sindicato, elaborou um projeto com a finalidade de realizar um seminário interno. Esse seminário na época pretendia ter a participação de dirigentes sindicais e de alguns órgãos governamentais e visava a gerar uma carta política para que os caminhos de interlocução entre o sindicato e os órgãos governamentais fossem abertos.

A gente está pensando em criar nesse seminário uma carta política. Seria uma forma de criar condições na convenção coletiva de trabalho que a gente tem, que é aonde a gente negocia piso salarial, benefícios do trabalhador; e é onde a gente pretende ressaltar, também a partir desta carta, a nossa necessidade de ter mais acesso, principalmente, em alguns órgãos que a gente não tem. Por exemplo, na Previdência Social a gente tem sérios problemas, eu sei que não somos só nós, todos os sindicatos vêm reclamando. É uma briga imensa que a gente tem, tanto com Previdência, com Ministério do Trabalho, então a gente vai criar a carta política que é uma abertura para esta interlocução (Carlos).

Um dos sindicalistas expressa que, na posição deles, é necessário desafiar a legislação, quando essa não corresponder aos interesses dos trabalhadores, ou seja, ele defende a busca por novas alternativas e o confronto com as forças hegemônicas nos quais os sindicalistas devem pautar suas ações.

As lideranças sindicais não têm que fazer as coisas dentro da lei. Elas têm que estar exatamente desafiando a lei, porque quando nós desafiamos o perito do INSS por causa do problema de saúde de LER que ele achava que era daquele jeito, porque ele achava que era o dono da verdade. Quando eu desafio, eu passo a denunciar que o que está na lei não está bom para o trabalhador. Eu estou construindo outra lógica e construindo uma nova proposta para que os trabalhadores tenham acesso dentro dos seus direitos à saúde, à educação, ao lazer e todos os outros segmentos (Edu).

Machado Pinheiro e Guizardi (2005) certificam que, na ação de participação, é preciso o sujeito ir além da prática natural, ou seja, é preciso que ele desconfie do óbvio, do instituído e os desafie, para que as práticas de poder sejam renovadas, atualizadas e ressignificadas, fazendo emergir atores sociais numa perspectiva de sujeito do processo. Os jogos de força e poder tendem a impedir o diálogo com a experiência dos sujeitos envolvidos na problemática da saúde, e mostram pouca permeabilidade à produção de novas possibilidades de viver e afirmar a saúde.

Ainda que valorizem as práticas coletivas dos espaços instituídos e garantidos em lei, no âmbito do SUS, há o reconhecimento de que a participação tem sido uma prática difícil por faltar entendimento da necessidade de participação tanto dos trabalhadores quanto dos próprios sindicalistas.

Mas a gente sente uma precariedade enorme no entendimento das necessidades da participação social (Pedro).

A participação hoje está fraca. A gente sofre muito, sabe. Os trabalhadores e os sindicalistas não entendem o porquê de participar de conselhos e conferências. Isto acaba enfraquecendo politicamente o trabalho (João).

Os autores afirmam que o debate entre os trabalhadores se restringe às questões corporativas, não havendo interesse pela questão da saúde e seus fóruns de discussão, talvez devido à falta de entendimento. Muitos atribuem essa baixa participação dos dirigentes sindicais nos espaços de discussão e elaboração de políticas do SUS ao despreparo dos militantes sindicais para esse debate, o que acaba limitando ou impedindo a sua participação, mesmo quando existe espaço institucional para isso.

Quando tem algum debate, alguns dirigentes sindicais participam, mas não têm preparo nenhum para as discussões. Teve a Conferência Nacional de Saúde e teve também as Conferências Regionais. Só que não houve debate. No Espírito Santo não há debate (João).

No geral, você não vê interesse da categoria em debates. Então, a gente faz muito poucos debates (Pedro).

No debate o que eu ouvia eram discussões corporativas, aí quando eu fazia uma fala com relação à saúde todo mundo ficava boquiaberto porque ninguém fazia (João).

Eles abrem o debate pra fazer de conta, mas o que vale é a proposta deles (Edu).

Edu, Pedro e João se referem à participação como prática difícil de realizar e, muitas vezes, como um processo que tem a finalidade de “um faz de conta”. Partindo da

percepção desses sindicalistas, vemos a possibilidade de analisar a prática participatória segundo a vertente liberal comunitária, que pressupõe a instrumentalização da comunidade em prol da construção de políticas apaziguadoras, gerando menor custo na implementação de políticas sociais, no caso dessa pesquisa, políticas de Saúde (CARLOS, 2007).

A vertente democrática também explica essa percepção dos sindicalistas, pois nela, têm-se verificado práticas clientelistas com o objetivo de legitimar as políticas e o poder.

Entretanto, mesmo considerando esta falta de entendimento, um dos dirigentes sindicais aponta para um incipiente movimento em favor da participação, pois percebe a presença de alguns movimentos sociais interessados nesse debate.

As pessoas estão indo pro debate, os movimentos sociais que, até então, não estavam sendo sensibilizados começam a participar (Edu).

Dois dos entrevistados ressaltam que, além da falta de entendimento da necessidade de participação e da luta em defesa do SUS entre os militantes ela também é grande entre os trabalhadores. Entretanto, os entrevistados deixam claro que não se trata de os militantes serem mais receptivos ou capazes de absorver tal entendimento, mas de terem mais acesso às informações.

Se os que estão liderando e representando os trabalhadores não estão sensibilizados, imagine o povão que tem menos conhecimento. Não é que povo é menos capaz que a gente, é que talvez não tenham a informação que a gente tem pela convivência e por aquilo que a gente faz (Edu).

As pessoas estão cegas, elas estão muito longe da verdade. E, pra você fazê-las entender a verdade, é difícil. Se é difícil para nós que somos dirigentes sindicais, somos representantes da categoria, se é difícil trabalhar com os sindicalistas, imagina com o trabalhador (João).

A pressão que o capital faz sobre o trabalhador é um dos entraves para a participação. A ameaça de desemprego coloca o trabalhador numa inércia ante as políticas de saúde que estão postas.

A participação não é uma questão fácil. Quando você começa a discutir, aí tem dois problemas que normalmente acontecem: a questão da ameaça de perder o emprego. Esta é a lógica do capital, ameaçar. É uma lógica perversa, porque torna o camarada refém e submisso às suas condições (Edu).

Além disso, a prioridade para o capital é a produção e isso, muitas vezes, é um impedimento para o trabalhador da área produtiva, que não é liberado para participar dos eventos de saúde promovidos pelo sindicato. A ênfase à produtividade é mencionada por um dos entrevistados. Nesses casos, o que tem ocorrido é a liberação de gestores e de funcionários da área de recursos humanos. Aqueles trabalhadores que estão vivenciando cotidianamente os problemas dentro da empresa não conseguem participar nem dos cursos de formações realizados pelos sindicatos nem das discussões e dos debates por eles provocados sobre acidentes de trabalho e Saúde do Trabalhador. Na concepção desse entrevistado, o empresário não demonstra preocupação com as questões referentes à Saúde do Trabalhador e à prevenção de acidentes, por isso eles relutam em melhorar as condições de trabalho.

O grande problema nessa questão do trabalhador estar se conscientizando no local de trabalho é a dificuldade de participar nos cursos e eventos que nós promovemos. A empresa não libera com facilidade o trabalhador que está lá na produção para os eventos promovidos pelo sindicato. É importante que ele participe, pois é ele que precisa ter as orientações, ter o treinamento, organizar o seu local de trabalho para que evite os acidentes. Geralmente quem participa é o psicólogo, o gestor ou o próprio empresário. Se for para atrasar a produção, ele não libera o trabalhador para participar de nada. A gente tem muita dificuldade na discussão para a melhoria das condições da saúde do trabalhador, porque é difícil um empresário se preocupar com a saúde do trabalhador e com segurança do trabalhador (Caco).

Diante do poder do capital o movimento sindical mostra-se impotente, pois vive uma realidade de escassez de recursos e de ferramentas para mobilizar os trabalhadores.

A pressão dos empresários é muito grande. O movimento sindical não faz pressão nenhuma. A partir dos debates, da pressão que pode ser provocada pelos debates, o movimento busca fincar suas ações. A gente não consegue mobilizar a mídia, a gente não consegue conscientizar a população, porque a gente não tem instrumentos e não tem recursos pra isso (João).

A pressão do capital sobre o trabalhador vem sendo estudada por muitos autores. Alves e Antunes (2004), ao estudarem a mutação e as transformações no mercado de trabalho, apontam para uma relação entre trabalhadores e empregadores, desde o início do capitalismo, de sujeição por parte dos trabalhadores a favor das demandas de produção, para favorecer a valorização do capital. Ao longo dos séculos XI e XX, essa relação foi intensificando-se e aprimorando-se a favor do

capital. Hoje os mecanismos de coerção são bastante sutis, o que transparece na atitude, muitas vezes, do próprio trabalhador, que assimila o discurso da classe dominante. Quando não há uma pressão aparente do capital; ele por si já decide investir energias no aumento da produtividade e na melhoria do processo, devido à pressão subjetiva por que ele passa.

Após destacar a importância da luta pela saúde que historicamente levou à conquista de direitos de cidadania, um dos sindicalistas entrevistados afirma que atualmente, para os trabalhadores, a preocupação com a remuneração está acima da preocupação com a saúde.

A discussão com relação aos direitos e cidadania começou por causa da saúde. As mortes em decorrência do trabalho no séc. XVII fizeram com que houvesse uma mobilização para discutir a saúde. Hoje nós deixamos de discutir a saúde do trabalhador. Os trabalhadores perderam o foco da saúde e estão mais preocupados com a remuneração do trabalho do que com a vida. Hoje nós estamos tentando construir, esse é o problema, nós estamos tentando construir ações em cima da questão saúde do trabalhador no Brasil (João).

A afirmação de que a participação já foi melhor em outros momentos também é defendida por um dos sindicalistas.

E teve uma época que a gente já fez alguns barulhos legais. Um tempo em que houve um envolvimento coletivo (Pedro).

Entretanto, apesar da falta de preparação já mencionada, esses dirigentes ressaltam que existe um fórum de discussão de saúde promovido pela Central Sindical, o Coletivo de Saúde, que discute as questões que serão encaminhadas para os Conselhos e Conferências de Saúde, fundamentadas em conhecimento técnico, mas também articuladas com a ação política.

Temos o coletivo de saúde, onde debatemos e definimos ações para as categorias desenvolverem internamente e onde tiramos as prioridades para levarmos para discussão nos Conselhos e Conferências de Saúde. Vários sindicatos estão representados dentro deste Coletivo de Saúde (Dico).

A gente faz formação. A meta da Central é fortalecer os Coletivos, porque, a partir dos Coletivos, a gente faz um trabalho de formação com os trabalhadores (João).

A direção da CUT trabalha numa lógica de defesa, mas também respaldado por orientações técnicas, por conhecimentos. Então, muitas vezes, as pessoas brigam, esperneiam, mas contra esse conhecimento eles não têm condição de reagir. E a gente toma isso em caráter de denúncia e vai registrando (Edu).

Essa formação dos sindicalistas os prepara para as diversas atuações no seu cotidiano de trabalho, incluindo aí a participação dentro das instâncias governamentais e não-governamentais para intervir de forma que melhorem as políticas públicas e as questões relacionadas ao trabalho e à saúde.

Foi mencionado que a Central Sindical tem escolas de formação nas quais os sindicalistas participam de seminários, fóruns e cursos que visam a sua preparação para os embates políticos a que o movimento sindical está ligado. O Coletivo de Saúde divulga esses cursos dentro dos sindicatos para a participação dos dirigentes. Os conhecimentos adquiridos nesses eventos são utilizados tanto nas ações políticas promovidas pelo Coletivo, como também no repasse dessas informações e conhecimentos para os trabalhadores, visando a sua preparação nas questões atinentes à Saúde do Trabalhador.

A Central tem diversas escolas de formação, são cinco escolas nas cinco regiões do país. Os nossos cursos são para os sindicatos afiliados, então a divulgação é feita através do Coletivo de Saúde e também produzimos material de divulgação que é distribuído nos sindicatos (Carlos).

Essas escolas de formação com o INST-CUT⁶ buscam discutir os temas de interesse sindical, visando a unificar as ações dos movimentos sindicais. No que diz respeito às discussões sobre os temas relacionados com a saúde, a CUT tem buscado fundamentar suas diretrizes em torno das concepções do movimento operário italiano centrado na prevenção dos acidentes de trabalho.

Essa metodologia foi proposta nos anos 1970-1980, dentro do movimento operário italiano que esteve à frente da reforma sanitária na Itália. Ela consiste no levantamento dos riscos de adoecimento e de acidentes, presentes no ambiente e na forma de organização do trabalho. A metodologia prevê que o levantamento dos riscos seja feito por meio de mapas de riscos que são elaborados em entrevistas coletivas com os trabalhadores de um mesmo setor, visando a encontrar os elementos que agem de forma nociva e os efeitos percebidos por eles (ODDONE et al., 1986).

No entanto, as práticas baseadas nessa concepção precisam ser aperfeiçoadas para a realidade de cada região. Além disso, requer também superar uma prática

⁶ Órgão da CUT, que se ocupa da formação sindical em Saúde.

sindical que valoriza fórmulas prontas, o que não pode ser o caso, haja vista ser a participação um caminho em construção.

A Central tem feito um trabalho de unificação dos movimentos sindicais com relação às metodologias de prevenção de acidentes. Ela tem nos levado a uma reflexão. Mas não existe nada pronto, existe um modelo que a gente copiou da Itália, dos países europeus, as normas regulamentadoras, tudo isso que foi copiado. Então tem um trabalho lá que ele é financiado por uma entidade européia, porque o Brasil é campeão em acidente de trabalho. Mas a unificação das ações dentro das especificidades de cada região, inicialmente proposta, ainda não existe, porque nós somos legalistas, nós somos legalistas. Nós queremos 'receita de bolo' (João).

Um dos sindicalistas mostra que o trabalho é denso e amplo, pois engloba outras questões sociais. Um exemplo dessa amplitude é o fato de a saúde ser ligada a uma pasta que é de políticas sociais. Nessa pasta estão também as questões de etnia, gênero, entre outras que como a saúde, são políticas sociais.

Entretanto, deixa claro que essas questões são discutidas em sua transversalidade com as questões da classe trabalhadora.

Nosso trabalho é muito amplo e são grandes as demandas. Nós procuramos agir em consonância com os movimentos sociais e temos um trabalho de políticas sociais, que é onde está a saúde. Entretanto, nós temos um lado, nós defendemos a classe dos trabalhadores e por isso nós estamos mostrando, e fazendo questão de mostrar, para todo mundo isso (Edu).

Segundo um dos sindicalistas, houve uma tentativa de criação de uma Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), por demanda do Conselho Estadual de Saúde. A CIST seria constituída por militantes de vários setores, como meio ambiente, Saúde do Trabalhador e outros, para assessorar os conselheiros nas questões da saúde relacionadas com os diversos setores representados na CIST.

Foi criado lá no conselho de saúde um fórum composto por vários grupos. A idéia é boa, que é de criar grupos de assessoria aos representantes do conselho. Eu estava participando deste grupo que é a CIST, comissão intersetorial de saúde do trabalhador. Eram vários outros setores envolvidos e a gente foi na primeira reunião que criaram a comissão, mas ela nunca funcionou, já tem um ano (Pedro).

Com relação aos espaços de participação instituídos pela Lei orgânica da Saúde nº. 8.142/90, os Conselhos e Conferências de Saúde, os sindicalistas afirmam que esses fóruns constituem em grande avanço nas práticas de participação. Defendem a participação nesses espaços, valorizam-na e investem para que os sindicalistas participem, inclusive formando-os para isso. Ressaltam que esse é um dos espaços

onde podem vocalizar suas demandas. Ali, suas propostas ficam registradas nos anais das conferências, dando as bases para que se possa depois cobrar as ações nelas definidas (BRASIL, 1990b)

É através desta participação nos conselhos que nós conseguimos levar nossas propostas. Foi participando das conferências do SUS, que a gente conseguiu pelo menos que fosse discutido e que fosse aprovada uma política de saúde do trabalhador. O que está faltando agora é a gente brigar um pouco mais para que passe funcionar na prática (Caco).

Eu vejo o seguinte, nós vamos ter muitos limitantes, mas pelo menos a conferência você já ganha a condição de igualdade. É o médico que vai lá dar palpite, mas aí o cara diz 'não, não é desse jeito não. Lá vocês fizeram isso, esculhambaram com nós, foi desse jeito lá embaixo'. É um espaço que as pessoas têm liberdade para expor. Consegue-se formular documentos, você consegue registrar, por exemplo, dentro dos espaços do governo federal, estadual ou municipal, os seus problemas, as suas dificuldades e mesmo as suas virtudes também; prende o que tem acontecido de bom e inibe o que tem de ruim. Automaticamente, você está registrando o seu posicionamento [...] Eu acho que a grande vantagem da questão da conferência é que a gente conseguiu se mobilizar e as pessoas começaram a reagir. Eu acho que isso já foi um efeito porque antes a gente não participava de nada (Edu).

Um dos sindicalistas ressalta que os Conselhos e as Conferências são espaços de exercício da cidadania e que os gestores que tendem a agir de forma autoritária, impondo suas vontades, agora terão mais dificuldade com essa prática.

O exercício da cidadania já está em prática e as pessoas que andam por esses caminhos do autoritarismo, do absolutismo, elas estão começando a ficar com os dias contados, porque a população está começando a perceber o direito. Ela está atuando de fato. Tem muito problema financeiro? Tem. Tem muita coisa que não acontece? Tem. As pessoas às vezes desanimam? Desanimam. Mas a gente vê que tem uma evolução no processo da comunidade de agir em vários outros segmentos, mas também de agir na questão da saúde (Edu).

A participação dos conselhos é defendida por um dos dirigentes como uma ação que o sindicalista precisa assumir como uma função da sua posição. Assim, além da participação, eles defendem a formação dos conselheiros para a participação desses fóruns, tanto para defesa do SUS quanto para conhecimento das ações e regulamentações dos planos privados de saúde, que também têm espaço de discussão nos conselhos.

A função nossa é atuar livremente nos conselhos de hoje. Inclusive é o próprio conselho de saúde que direciona as políticas de planos privados [...] Mas, além da gente participar, temos que preparar os nossos conselheiros para poder atuar, indiferente se o sindicato dele negocia plano de saúde ou não. A atuação do conselho ela tem que ser prioritária, porque é a gente que define a política de saúde, indiferente se é SUS ou se é plano de saúde (Edu).

Ainda com relação à participação nesses fóruns, esse mesmo sindicalista aponta para a importância da contribuição das pessoas que não têm grande nível de instrução, mas sofrem a realidade na prática e conseguem ter uma visão política das questões de saúde. Ele defende a participação dessas pessoas e argumenta que, muitas vezes, as idéias mais pertinentes vêm delas em virtude de sua experiência de vida. Entretanto, faz a ressalva de que, pela condição da simplicidade, elas são excluídas do processo participatório.

A gente percebe que as pessoas também têm capacidade de reação. As melhores propostas que a gente vê dentro dessas conferências, às vezes, vêm das pessoas mais simples. Elas não sabem ler nem escrever, mas sabem tomar posição política daquilo que interessa – e a gente vê o pessoal simples que consegue trazer soluções assim de um ponto de vista brilhante, mas porque ele vive o problema. E essas pessoas não são pautadas na Conferência porque não têm diploma (Edu).

Outra opinião, ao contrário, alega que os dirigentes sindicais participantes do movimento sindical, por terem mais informação e conhecimento sobre o assunto, estariam mais bem habilitados para essa participação do que o cidadão comum.

Quem foi para a conferência nacional foram os usuários de comunidades, que não entendem de Saúde do Trabalhador, quem questiona o trabalho de Saúde do Trabalhador são os sindicatos. A comunidade sabe muito pouco de Saúde do Trabalhador (Pedro).

As conferências de saúde são vistas por alguns dos entrevistados como espaços de incipiente participação dos sindicalistas. A participação fica muito restrita aos dirigentes diretamente ligados à área de saúde.

Só cinco sindicatos se interessaram em participar de uma conferência de Saúde do Trabalhador. Nós temos praticamente um quinto de sindicatos envolvidos. É sempre o pessoal que está envolvido com a saúde que participa, com a secretaria de saúde [...] Os fóruns de discussão sobre Saúde do Trabalhador são brechas coletivas, mas ainda subutilizados. Totalmente subutilizados. Eu fiquei, por exemplo, muito chateado de não participar da conferência nacional, porque eu queria ir para a conferência nacional, porque eu sabia que podia colaborar. Contribuir com a nacional. Tem muita gente que foi pra fazer turismo e tal, infelizmente. Participei desta última conferência que teve de saúde, só da municipal, eu não quis ir à estadual, porque eu achei a municipal muito fraquinha (Pedro).

Um dos fatores que dificulta a participação efetiva dos trabalhadores nessas conferências, segundo um dos dirigentes sindicais, é o critério de escolha dos delegados para as Conferências Nacionais, que é pouco transparente e pouco democrático, o que o torna também pouco representativo.

Nós sempre conversamos e apoiamos a participação das pessoas nas conferências municipais. O problema é que quando você chega lá você tem diversos setores. Na verdade, nós tiramos vários delegados para a conferência estadual, mas tiramos poucos para a conferência nacional. Teve exemplos de delegado estadual que, quando chegou na conferência estadual, o número de delegados ligados ao trabalhador não era tão grande. Aí fica difícil defender propostas. Então, os servidores públicos, que é um dos setores que tem os grupos articulados, especialistas em participação de conferências, não é uma coisa tranquilamente democrática. Tem as panelinhas porque a conferência vai viajar pra tal lugar (Edu).

Machado, Pinheiro e Guizardi (2005) nos advertem sobre a tendência de focar a melhoria do funcionamento dos Conselhos de Saúde na formação e capacidade dos conselheiros. Segundo os autores, essa é uma das ações que permite fazer avançar o debate sobre saúde, entretanto apresenta limites. Um desses limites é a falta de democracia nos critérios de seleção para a escolha dos conselheiros, o que leva à especialização e ao elitismo. Além disso, o domínio técnico, a formação e a capacitação dos conselheiros podem ter como efeito o distanciamento da comunidade na condução dos debates. Isso leva a pensar a participação como exercício de autonomia e da potência de criação que constitui o humano que situa as práticas da participação na produção de realidades sociais como ação política.

A falta de conhecimentos desses espaços de participação por parte dos trabalhadores e sindicalistas também é vista como um fator que restringe a prática participatória nesse seguimento. Segundo alguns sindicalistas, quem conhece esses espaços são os dirigentes que participam do coletivo de saúde da central sindical e aqueles que participam de eventos nas escolas de formação da central.

Tem muito trabalhador que não sabia nada sobre os conselhos de saúde e conferências. Aí nós passamos tudo pra eles (Dico).

Quem participa do coletivo da CUT sabe que existem os conselhos de saúde, que periodicamente são realizadas as conferências, etc. Sindicato que não participa não sabe. Não vai saber nunca, ele não defende nem o SUS, como é que vai saber que tem conselho? (Pedro).

Estudos de Vazquez et al. (2003) foram usados por Machado, Pinheiro e Guizardi (2005) na reflexão sobre a participação dos usuários nas arenas de debate de saúde. Esses constataram, no estado de Pernambuco, que a maioria dos sujeitos do estudo não conhecia as formas de participação no SUS e que os poucos que souberam indicar formas de participação indicaram o uso dos serviços prestados pelo SUS. A partir disso, Machado, Pinheiro e Guizardi (2005) argumentam que a população não se reconhece agente de constituição e produção da política pública

de saúde. Os autores dizem que isso pode estar condicionado por quão pública se apresenta a política, pois uma política se faz pública à proporção que amplia suas redes, cria intercessões e se faz com o outro e não pelo outro.

Por fim, outro aspecto que destacam é que, apesar de uma estrutura que possibilita a participação paritária de segmentos sociais nas conferências, o segmento que representa o Governo está mais bem preparado e articulado para trazer e defender suas propostas e, por conseguinte, fazê-las serem aprovadas pelos demais segmentos, deixando pouca margem de resistência para esses. Dessa forma, esses sindicalistas nos dizem que o caráter democrático desse debate não passa de um engodo.

Nós participamos dos conselhos municipais de saúde, nós participamos nos conselhos estaduais de saúde e sempre estamos discutindo. É difícil para nós, usuários, conseguirmos dominar, combater o que vem da parte do Governo, dos representantes do Governo. Geralmente, em muitos locais, em muitos municípios e tudo mais, funciona e aprova aquilo que o gestor que é lá da parte do governo coloca. Os usuários muitas vezes não são nem ouvidos (Caco).

Eles abrem o debate pra fazer de conta, mas o que vale é a proposta deles (Edu).

A participação popular, dentro da perspectiva de luta por direitos sociais e cidadania, vem cumprir a defesa de interesses coletivos sob a forma de uma sociabilidade política e que não se confunde com interesses individuais ou partidários.

Ainda que, de certa forma, distantes do modelo de participação que exalta o sujeito em autonomia e empoderamento, os movimentos sociais podem ampliar os canais de vocalização de suas demandas e trazer para o debate novos sujeitos, identidades e interesses que, ao fundarem uma nova ordem na sociedade civil, fazem emergir a necessidade de coletivizar e socializar suas reivindicações, institucionalizando-as no interior do Estado (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Dessa forma, se de um lado pensamos que o ideal para o modelo participativo democrático estaria fundado na democracia participativa, de outro não se verifica ainda condições concretas para que tal proposta seja exequível.

As condições concretas, segundo Marx (1989), estão ancoradas numa *práxis* que comporta outros modelos de relações sociais quando as anteriores já se mostram desgastadas. Assim, pensamos que ainda não esgotamos o modelo representativo,

já que as atuais práticas buscaram sua revitalização com o uso simultâneo da democracia participativa, a exemplo dos orçamentos participativos. Outras ordens podem ser fundadas com base no que já existe. Isso tudo mostra que talvez estejamos vivendo uma crise da representatividade, tanto nos partidos políticos como nos movimentos sociais e até no Estado.

Continuar a trilha significa, para nós, colocar combustível no processo e fomentar a sua continuidade, carregando como bagagem a defesa da representatividade que Gramsci (2004) propôs, com a vanguarda dos partidos políticos, e também a coragem de Foucault (2007) ao se mostrar indignado com o fato de pessoas falarem por outras pessoas, como se elas fossem.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da participação popular no SUS, objeto central deste estudo, foi analisada com base nas experiências de dirigentes sindicais nos fóruns institucionalizados, como Conselhos e Conferências de Saúde. Procuramos compreender, também, outras formas de participação que estão sendo criadas, ainda que não estejam constituídas oficialmente, ou seja, que funcionam nos interstícios da lei no momento em que o canal de diálogo entre população e Estado se encontra obstruído ou pouco poroso às demandas sociais por saúde.

Delineamos tal estudo de modo a focar a prática dos dirigentes sindicais no processo de participação no SUS, devido às evidências que trazem alguns estudos, como os de Stralem et al. (2006), sobre a falta de representatividade dos Conselhos de Saúde e também sobre a falta de informações quanto às formas de participação dos trabalhadores na luta por um sistema de saúde público.

Considerando os objetivos propostos acreditamos que conseguimos acessar as informações que desejávamos: como tem se dado a participação dos dirigentes sindicais nas instâncias políticas de controle social dos SUS na saúde e na Saúde do Trabalhador; como os trabalhadores, em geral, têm se envolvido com a temática de saúde e Saúde do Trabalhador; como se dá o envolvimento dos trabalhadores, em geral, com a temática de Saúde do Trabalhador; como tem se dado sua inserção nos fóruns de participação, e por fim, como avaliam a importância desses espaços de debate e se existe inovação e criação de formas alternativas de expressão da demanda por saúde. Obtivemos respostas a esses questionamentos, mas também outros questionamentos e algumas discussões foram suscitados.

Para compreendermos um pouco da temática da participação, considerando os sujeitos deste estudo, trilhamos um caminho que partiu da compreensão do processo saúde-doença-trabalho à percepção que esses sujeitos têm do SUS e, por fim, da análise do processo de participação social na saúde pelo movimento sindical.

Os dirigentes entrevistados, em sua maioria, mostram uma concepção de saúde que está ligada ao bem-estar geral, incluindo aí o físico, o biológico, o social e o espiritual. Para eles, esses componentes juntos oferecem condições de levar a vida

de forma agradável, dentro e fora do trabalho. Esse bem-estar é o poder que gera força para trabalhar e também para se envolver em atividades prazerosas. A saúde para eles traz a potência para a criatividade e para a liberdade. Esses dirigentes mostraram que saúde é um conceito amplo e isso vem ao encontro das mais calorosas discussões sobre esse tema.

A idéia da indivisibilidade do sujeito, trazida pelos entrevistados ao falarem de saúde, leva-os também a pensar a saúde de forma integral, assim, não é possível conceber o trabalho como uma instância separada na vida do homem. O homem é integral e indivisível onde quer que esteja: no lazer, no cotidiano de sua vida, no trabalho, ou em qualquer outro lugar.

Esses sindicalistas estão certos de que não querem somente trabalhar e tampouco trabalhar para sobreviver. Assim, o anseio por um modo de viver a vida em sua plenitude e amplitude vai de encontro à lógica do capital, que se estabelece sob a égide da ampliação das margens de lucro e da busca pelos melhores padrões de produtividade, tanto no nível quantitativo quanto no qualitativo. Isso leva a um modo de organização do trabalho que busca aproveitar o máximo do potencial de produção do homem. As condições salariais não oferecem condições dignas de vida, o que tem levado o homem a uma vida totalmente voltada para o trabalho e para a sobrevivência dele e de sua família com a finalidade de minimamente suprir as suas necessidades.

O contexto social é tratado como algo que traz possibilidade tanto de saúde como de adoecimentos, assim como o trabalho. Desse modo, esses sindicalistas têm o entendimento de que não vivemos num mundo estático e assim, precisamos lidar com as adversidades da vida e nos manter equilibrados apesar delas. Um bom modo de se viver seria aquele em que, mesmo diante dos percalços da vida (e aí inclui as más condições de trabalho e a forma como ele se organiza), o homem pudesse buscar os caminhos disponíveis ou mesmo criar possibilidades para o enfretamento desses obstáculos. Isso se daria nos espaços instituídos representantes do Estado e também pela capacidade de o homem agir autonomamente em busca de saídas que, não necessariamente, seriam por meio dos canais instituídos. Dessa forma, o tratar-se e o cuidar-se tem o objetivo de buscar sempre o bem-estar, uma vez que este não é um estado permanente. O

resultado desse processo é que permitiria colocar em marcha os projetos pessoais, profissionais e sociais que cada trabalhador tem.

Sob essa perspectiva, duas são as considerações feitas pelos entrevistados ao abordarem o processo saúde-doença-trabalho: a primeira exalta o trabalho como fator gerador de boas condições de vida e de qualidade de vida, o que é atribuído ao poder de o salário atingir os bens necessários para uma vida digna para o trabalhador e para a sua família; a segunda atribui ao trabalho o desgaste e o conseqüente adoecimento, a qual está assentada no cotidiano do trabalho, que vem mostrando condições inapropriadas para algumas categorias, principalmente para àquelas cujos processos de trabalho são mais rudes e dispõem de pouca tecnologia. A lógica neoliberal dita os atuais contornos do mercado de trabalho e da organização do trabalho. Alguns fatos são relatados por eles como algo que já domina suas vidas, tais como pressão exagerada por produtividade; metas arrojadas e jornadas muito intensas que chegam a comprometer a vida do trabalhador com sua família e com as atividades fora do trabalho. Somado a isso está o desemprego, que pode assolar a porta de qualquer um, por isso, muitos trabalhadores preferem não questionar essa ordem.

A cada etapa do desenvolvimento da sociedade, delineiam-se, também, os avanços tecnológicos e microeletrônicos, o que faz que novas formas de dominação sejam tecidas pelo capitalismo. Assim, foi comum ouvir dos sindicalistas relatos de fadiga psíquica, estresse e assédio moral. Esse último, em evidência, principalmente em virtude do crescimento do setor de serviços. Outro fator que pode condicionar o adoecimento dos trabalhadores desse setor são as metas rigorosas que o mercado impõe e a competitividade que ele alimenta com isso.

Os sindicalistas entrevistados têm conseguido reconhecer, com clareza, os aspectos mais relevantes desse processo. Eles mostraram um bom nível de discussão sobre o tema, mas também encontram entraves às suas ações como sindicalistas e, até o momento, não conseguiram identificar uma forma de lidar com eles.

Foi consenso que a área da saúde é relevante e também estratégica dentro dos sindicatos. O fato que confirma tal afirmação é que os sindicatos representados neste estudo possuem uma secretaria de saúde. Entretanto, enquanto isso parece

confirmar a preocupação em solucionar os problemas de Saúde do Trabalhador e em lutar pela defesa das políticas públicas que atendam às necessidades da categoria, também expressa quão difícil é envolver os sindicalistas nessa luta, inclusive a diretoria. A luta pela saúde pública, dentro do movimento sindical, parece ter perdido o *glamour* da época da reforma sanitária brasileira. O movimento sindical tem sido realista ao assumir que as cláusulas econômicas e a negociação salarial é que têm sustentado os grandes embates.

Dessa forma, torna-se difícil fazer todo o “dever de casa” e surgem os discursos de impotência dos sindicalistas com relação ao poderio do Estado e do capital. São as políticas públicas que não atendem como deveriam o trabalhador; são os “faz-de-conta” das participações; são as senhas para participar de eventos fora do Estado, entre outros fatos que ocorrem.

Enquanto isso há trabalhadores doentes na fila, no corredor, ou em qualquer lugar, porque também não conseguem entrar nos serviços de saúde. Muitas vezes, isso ocorre quando já não há possibilidade de retorno à vida laborativa. Nesse momento, o sindicato acolhe, encaminha documentos aos órgãos competentes, tenta usar de seus conhecimentos dentro das entidades do Estado para tentar resolver os problemas do trabalhador, mas o formato das políticas públicas não oferece malhas de alcance para capturar, para dentro da rede, esse trabalhador doente, incapacitado ou aposentado por doença do trabalho e muitas vezes desempregado. Assim, fica evidente que a ação de alguns sindicalistas parece estar voltada para os problemas da doença do trabalhador, em vez de buscar os momentos e os espaços nos quais esse quadro pode ser mudado. Vale dizer que é o momento de discutir sobre de que adoece o trabalhador e como o SUS tem incluído em seus serviços esse segmento de usuário, que é a maior parte da população.

O SUS, para os sindicalistas, é uma importante política pelo seu caráter universal e pelas ações de integralidade que têm sido adotadas em seu âmbito. Eles se posicionam como defensores do SUS e sustentam uma retórica de que o SUS deva dar conta da saúde do trabalhador brasileiro.

A defesa do Estado como responsável pela saúde, a nosso ver, deve estar assentada em uma concepção do processo saúde-doença-trabalho, no qual a

doença é expressão da pressão que o capital faz sobre os corpos dos trabalhadores. Portanto, quando deixamos esse espaço ser ocupado pela iniciativa privada, estamos reforçando a idéia de saúde como mercadoria e a conseqüente exploração dos corpos dos trabalhadores pelo capital.

As dificuldades que os usuários do SUS encontram também são amplamente discutidas e relatadas nas entrevistas. Essas são atribuídas aos poucos recursos destinados ao SUS, a sua má utilização, devido a práticas clientelistas e elitistas, bem como ao uso dos recursos a favor de políticas locais e pontuais conforme interesses pessoais ou de pequenos grupos, em detrimento dos interesses coletivos; à má qualificação dos profissionais, principalmente quando lidam com os problemas de Saúde do Trabalhador; estrutura precária para atender a uma demanda tão grande e diversificada; entre outros.

O grupo de sindicalistas entrevistados, em geral, classifica o trabalhador, usuário do SUS, como trabalhador carente e de baixa renda.

Nos casos de acidentes de trabalho, as empresas são responsabilizadas pelo tratamento e restabelecimento da saúde do trabalhador. Entretanto, esses trabalhadores são “jogados” ao SUS pelas empresas que não oferecem ou subsidiam planos privados de saúde.

Os sindicalistas que defendem o SUS e apresentam em seu discurso proposições, como “[...] o SUS é imprescindível [...]”, “[...] o SUS é que deve ser o responsável pela saúde do trabalhador [...]”, “[...] nós temos que levantar o SUS [...]”, “[...] na hora que o trabalhador realmente precisa, é o SUS que banca o tratamento, porque plano de saúde privado joga para cima do SUS tudo que é de alto custo e de baixa lucratividade [...]”, são os mesmos que admitem que usar os serviços do SUS coloca o trabalhador numa “[...] condição de abandono [...]”, por isso “[...] Deus me livre do SUS [...]”, “[...] O SUS é para quando a gente precisar dele e tomara que não precise, ou ainda “os trabalhadores que não têm planos de saúde são ‘jogados’ no SUS [...]”.

As contradições verificadas neste estudo, por meio do discurso dos sindicalistas, estão de uma forma geral em nossas vidas. Elas são fruto de uma *práxis* social que se transforma, derrubando paradigmas e fazendo que outros surjam. Entretanto, não

se substitui um paradigma pelo outro de forma total e imediata. É preciso que se caminhe pelas vias dos valores a defender. Existem sim as filas, os maus profissionais, as estruturas precárias, a longa espera pelos especialistas, entre outros. Mas existem também valores e ideários que defendemos.

Essas contradições que se exteriorizam no discurso dos sindicalistas, antes são internalizadas devido a um sistema de saúde confuso, que se diz universal, mas se deixa conduzir pelas leis do mercado. Corrobora essa contradição o fato de na prática se verificar que os próprios sindicatos têm plano de saúde privado para seus funcionários

Verificamos também, neste estudo, que existe uma dicotomia no discurso e na prática dos dirigentes sindicais com relação à saúde, pois para eles avaliar a saúde no SUS é uma coisa e a Saúde do Trabalhador é outra. Os sindicalistas tendem a direcionar ao CRST os problemas atinentes à área de atenção à Saúde do Trabalhador e avaliam muito positivamente esses serviços, em Vitória, ES. Entretanto, eles não conseguem fazer, no primeiro momento, a conexão desse serviço com o SUS.

Desse modo, para eles, no CRST estão os profissionais mais bem qualificados para lidar com a problemática de Saúde do Trabalhador. Esses profissionais, na visão dos sindicalistas, são estudiosos do tema e sabem estabelecer a relação entre a doença e a organização do trabalho. Nos outros serviços do SUS, os serviços destinados a toda a população, inclusive aos trabalhadores, não existe compreensão e entendimento por parte dos profissionais sobre as doenças geradas pelo trabalho.

Assim, uma questão que fica em evidência. O problema está na falta de qualificação dos profissionais que atuam na atenção primária, secundária e terciária para realizar o nexo causal entre os problemas de saúde e as condições de realização do trabalho.

O SUS, embora já possam ser verificados indicadores de melhorias, como citam alguns dos sindicalistas, ainda tem um grande percurso a desenvolver. Vale ressaltar que a primeira pedra dessa obra foi lançada com a reforma sanitária Brasileira nos anos 1980. Porém, também, é bom lembrar que os mecanismos de luta ali instituídos, como a participação da comunidade, precisam ser revigorados e

ressignificados a cada prática, para que não morram ou percam o seu verdadeiro sentido, que é levar a população ao debate e fazer que suas demandas de saúde tenham um canal de expressão e possam ser ouvidas, fundando novas políticas de saúde e novas práticas, próximas das necessidades de saúde da população. Isso tende a proporcionar a autonomia e a independência dos sujeitos da transformação social, isto é da comunidade.

A participação é avaliada pelos entrevistados como algo muito importante em uma sociedade democrática. Embora esses sindicalistas deixem claro quão incipiente tem sido essa prática no movimento sindical, principalmente entre os trabalhadores, afirmam também que foi um grande avanço a conquista dos espaços e arenas de debates, como os Conselhos e Conferências de Saúde.

Eles revelam que participam dos Conselhos e Conferências, entretanto é uma participação ainda restrita, uma vez que nem todos os sindicatos, sindicalistas e trabalhadores têm conhecimento desses espaços de debate. Isso deixa transparecer a falta de informação e, ainda parafraseando Machado, Pinheiro e Guizardi (2005), pode estar condicionado por quão pública se apresenta a política, pois uma política se faz pública à medida que amplia suas redes, cria intercessões e se faz com o outro e não pelo outro.

As dificuldades para a participação também são apontadas como entraves do processo. Entre outras eles apontam: a falta de preparação do sindicalista; a não-liberação dos trabalhadores das áreas produtivas e também a falta de interesse em defender o SUS, pois o anseio do trabalhador é ter um plano privado de saúde, por assim se sentir mais seguro.

O desencanto com o SUS, somado à preocupação com as lutas por melhores salários, pelas cláusulas econômicas do acordo coletivo de trabalho e pela aquisição de planos privados de saúde, tem levado as práticas sindicais para rumos diferentes ao da participação social. Mesmo assim, os sindicalistas, que estão envolvidos com a temática de Saúde do Trabalhador, trazem em seu discurso o desejo de reverter esse quadro. Entretanto, têm consciência da dificuldade, pois, uma vez eleitos para atender aos interesses de sua categoria, devem assumir e lutar pelas necessidades que ela coloca como prioridade, ou seja, remuneração e plano de saúde.

Percebe-se, no conjunto do discurso dos entrevistados, que a participação para eles também está além dos espaços instituídos, pois estes, embora sejam valorizados, são tidos como espaço de manobra das forças hegemônicas. Eles enfatizam outras práticas de participação que estão mais voltadas para a ação política em si, práticas que, muitas vezes, não são amplamente divulgadas pela mídia, não têm hora nem lugar marcados, mas têm pessoas, trabalhadores, para fazer valer sua vontade e voz. Essas ações são realizadas ante o Ministério Público, INSS, na Assembléia Legislativa e onde mais se queira que essas vozes, silenciadas pela impermeabilidade do sistema de saúde, tenham de ser manifestadas.

Assim, percebemos que a democracia representativa se tem revitalizado e tomado outras formas, além das já convencionadas e instituídas. Nessas ações políticas, a participação é aberta e, a nosso ver, os Conselhos e Conferências de Saúde têm de estar cada vez mais permeáveis a novas participações, acolhendo mais amplamente as demandas por necessidades de saúde respeitando e incluindo em suas pautas as diferenças étnicas, de gêneros, de classe social e outras.

O processo de participação que cria e se recria na *práxis* deve estar pautado no matiz da democracia representativa, porém se permitindo um matiz mais aberto, ou seja, a democracia participativa. Dessa mistura um novo matiz é nascido, que não é nem este e nem aquele.

Sem o propósito de concluir, porque muitas foram as questões suscitadas, queremos lembrar um depoimento, por considerarmos o verdadeiro espírito da democracia que deve ser vivida pelos sindicalistas. Esse depoimento diz que a verdadeira atuação dos sindicalistas não é participar dos Conselhos e aceitar o que está na lei, mas o contrário, patinar com segurança e leveza pelos interstícios da lei, desafiando-a e fundando outra ordem.

Entendemos que é uma prática difícil e que é necessário perspicácia, boa articulação e interlocução com os órgãos envolvidos com o debate sobre saúde, pois não se trata de uma transgressão, mas sim de uma negociação. Essa negociação não termina, ela precisa estar sempre em aberto para dar vida e sustentação a trama social. Desse modo, os dirigentes sindicais, como importantes atores do processo de transformação social, podem contribuir com os rumos dessa dinâmica,

não aceitando integralmente e nem passivamente o que vem como política predeterminada, mas mostrando a necessidade de se estabelecer canais de interlocução que, ao trazer novas vozes para o debate, promove um movimento instituinte pronto para ser reavaliado, revitalizado e ressignificado em qualquer tempo.

Essa idéia traz em seu bojo a concepção de homem como agente e agenciador de mudanças e principalmente como o principal conhecedor de suas necessidades e por isso habilitado a defendê-las e a vocalizá-las nos espaços e arenas políticas. Desta forma, um novo sujeito aparece no cenário das lutas sociais. Esse sujeito está aprendendo a lidar com esses espaços políticos e o Estado, por sua vez, também está num processo de aprendizagem e de adaptação a essa nova forma de interagir com a sociedade civil.

Pensamos que nesse movimento é que está a chave das novas formas de elaborar políticas sociais, em específico as de saúde, e que o tempo de sujeição às políticas hegemônicas está sendo, paulatinamente, substituído, a seu tempo, por posturas de enfrentamento que trazem a necessidade de verbalizar tudo aquilo que foi sentido e sofrido por esses atores que são atingidos diretamente pelas políticas de saúde

10 REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-646, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n5/13156.pdf>>. Acesso em: maio 2008.

ALVAREZ, M. C. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 168-176, 2004. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down089.pdf>>. Acesso em: maio 2008.

ALVES, G. Do "novo sindicalismo" à "concertação social": ascensão (e crise) do sindicalismo no Brasil (1978-1998). **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 15, p. 111-124, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n15/a08n15.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

ALVES, G. Trabalho e sindicalismo no Brasil: um balanço crítico da "década neoliberal" (1990-2000). **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 19, p. 71-94, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n19/14624.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

ALVES, G.; ANTUNES, R. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Rev. educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br/revista/rev/rev87.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização dos direitos à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 13, p. 407-449.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 33, de 23 de dezembro de 1992. Disponível em: <<http://www.portalsocial.ufsc.br/legislacao/saude/reso33.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2004.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 de set. 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 20 abr. 2007.

BRASIL. Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 de dezembro de 1990b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 20 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. Acordo do benzeno. Disponível em: <www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_benzeno_acordo.asp>. Acesso em: jan. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde/Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério do Estado da Saúde. Portaria nº. 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/gm/GM-1.679.htm>>. Acesso em: 20 out. 2007a.

BRASIL. Ministério do Estado da Saúde. Portaria nº. 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 20 out. 2007b.

BRASIL. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde de 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: jun. 2008b.

BRASIL. Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador de 24 de maio de 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2007c.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARLOS, E. **Controle social e política redistributiva no orçamento participativo**. Vitória: Edufes, 2007.

CARVALHO, B. G. et al. Controle social em saúde. In: CORDONI, L. et al. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. Cap. 4.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.

COHN, A. O SUS e o direito a saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 12 p. 385-407.

CORREIA, M. V. C., **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CÔRTEZ, S.M.V. Céticos e esperançosos: perspectiva da literatura sobre participação e governança na área de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 401-423

CÔRTEZ, S.M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, Ano IV, n. 7, p. 18-49, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a02n7.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2008.

COSTA, M.S. O sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. **RBCS**, São Paulo, v. 20, n. 59, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v20n59/a08v2059.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2008.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992. cap. 3, p. 105-127. CAP. III Michel Foucault

FOUCAUL, M. **As palavras e as coisas**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FOUCAUL, M. Os Intelectuais e o poder. In: _____. **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 69- 78

FOUCAULT, M. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas do pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. v. 2. (Coleção Ditos e Escritos).

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. 13. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. v. 1.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. 9.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

GUIZARDI, F.L et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v14n1/v14n1a03.pdf> >. Acesso em: 12 nov. 2007.

JACOBI, P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Rev. Saude soc.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p; 31-48, 1999.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf> >. Acesso em: jul. 2007.

LACAZ, F. A. C. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 233-242, 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v6n1/7039.pdf> >. Acesso em: 2 jul. 2007.

LACAZ, F.A.C. Políticas públicas de saúde, segurança e ambiente. A necessidade de ações integradas entre as áreas de atuações. São Paulo, set. 2003. Disponível em <[http:// www.diesat.or.br/artigos/artigos_lacaz.htm](http://www.diesat.or.br/artigos/artigos_lacaz.htm)>. Acesso em: 10 maio 2006.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção de saúde**: desgaste e trabalho operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

MACHADO, S., R., F.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI L., F. **Vozes da participação**: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.

(Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro:IMS/UERJ, 2005, p. 225-237

MARX, K. Manuscritos econômico-filosófico São Paulo: Abril Cultural, 1932. p. 7-54. (Coleção Os pensadores).

MARX, K. **O capital**. Crítica da economia política. O processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. v. 1.

MARX, K. **O capital**. Crítica da economia política. O processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. v. 2.

MATTOS, R. A. Direito, necessidade de saúde e integralidade. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p.33-63.

MATTOS, U. A. O.; FREITAS, N. B. B. Mapa de risco no Brasil: as limitações da aplicabilidade de um modelo operário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 1994. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v10n2/v10n2a12.pdf >. Acesso em: 10 jul. 2007.

MEDEIROS, M. A trajetória do welfare state no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990; 2001. Disponível em: <www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td_0852.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991.

MENECUCCI, T. A implantação da reforma sanitária: a formação de uma política In. HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. E.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 303-325.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2008.

NIETZSCHE, F. **Humano demasiado humano**: um livro para espíritos livres. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

NORMAS regulamentadoras de saúde e segurança do trabalho (NRs). Disponível em: < <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nrs.htm> >. Acesso em: jan. 2008.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, J. A. Concepções doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: LEAL, A. F.; DUARTE, L. F. D. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. cap. 4, p. 81-93.

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 150-158, 1992.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, Supl., p. 1819-1829, 2007.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: Liberdade ou Necessidades? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro:IMS/UERJ, 2005. p. 11-31.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINEIRO, R, MATTOS, R, A. **Construção da integralidade**: cotidiano saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p 7-34.

POLDI, R. M. V. **Relação entre trabalho e necessidades de saúde de moradores, adscritos a uma unidade de saúde da família, do município da Serra-ES (ES)**. 2008. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32337.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2007.

RODRIGUES, S. et. al. Auto-relato de situações constrangedoras no local de trabalho e assédio moral nos bancários: uma fotografia. **Rev. Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 117-128, 2007.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para. visualização dos rumos **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 Ago 2008

SATO, L.; BERNARDO M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciênc. e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.

SELIGMAN-SILVA, E.; A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: SILVA, F.; FERREIRA, J.; JARDIM, S. (Org.). **A danação do trabalho**: organização, trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Cora, 1997. p. 19-63.

SEMERARO, G. Da sociedade de massa à sociedade civil: a concepção da subjetividade em Gramsci. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 20, n. 66, 1999. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/cadernoscol/caderno11/semeraro.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2007.

SOUZA, S. M.R. **Um outro olhar – filosofia**. São Paulo: FTD, 1998.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-122

STRALEN, V. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2007.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TONI, M. Visões sobre o trabalho em transformação. **Rev. Sociologias**, Porto Alegre, ano 5, n. 9, p. 246-286, 2003.

VAZQUES, M. L. et al. Participação Social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 559-579, 2003.

VILAR, P. A transição do feudalismo ao capitalismo. In: SANTIAGO, T. (Org.). **Do feudalismo ao capitalismo**: uma discussão histórica. 5. ed. São Paulo: Contexto, 1996. p. 37-49.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneiras de Ciências Sociais, 1992.

YAMAMOTO, O. H. BORGES, L. O. O mundo do trabalho. ZANELLI, J. C.; ANDRADE, J. E.B.; BASTOS, A. V. B. (Org.). **Psicologia organizações e trabalho no Brasil**. São Paulo: Artmed, 2004. p. 24-62.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de Solicitação de Autorização ao Sindicato

Vitória, 06 de março de 2008.

Ao(À) Secretário(a) de Saúde,

Em virtude da realização da dissertação de mestrado “Participação dos Trabalhadores na Elaboração das Políticas de Saúde e de Saúde do Trabalhador”, desenvolvida, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Henrique Borges e co-orientação da professora Dr^a. Maristela Dalbello Araújo, pela mestrande Margareth Marchesi Reis, solicito autorização para coletar os dados necessários para desenvolvimento deste trabalho nessa instituição.

Os dados serão todos confidenciais e não haverá nenhum comprometimento para os profissionais nem para o Sindicato.

Contando com seu entendimento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Margareth Marchesi Reis

Pesquisadora

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Informado

Projeto: “Participação dos trabalhadores na elaboração das Políticas de Saúde ”
Responsável: **Margareth Marchesi Reis- tel. 3224-0103/8111-4910**
Orientador: **Profº Dr Luiz Henrique Borges**
Instituição: **Universidade Federal do Espírito Santo – Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saúde Coletiva – tel: 3335-7287**
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde.
End. Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória, ES –CEP 29040-091
Tel: 33357504

Objetivos da pesquisa

Analisar como se tem dado a participação dos dirigentes sindicais no controle social do SUS e, em particular, na construção de políticas de Saúde; analisar a participação dos trabalhadores nos fóruns de discussões sobre políticas de saúde; identificar, por meio da ótica dos dirigentes sindicais, a importância dos espaços institucionalizados para vocalização de suas demandas; verificar que outras formas de participação eles encontram para expressão de suas demandas por saúde.

Descrição dos procedimentos a que o participante será submetido

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com dirigentes sindicais, tratando questões da temática em estudo. Os depoimentos serão gravados em aparelho gravador de voz digital, para maior aproveitamento e fidedignidade dos dados e, após serem transcritos, serão apagados da memória do aparelho.

Contribuições esperadas

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação que ficará disponível nas bibliotecas da UFES, das centrais sindicais e dos sindicatos que participarem do estudo. Também, serão apresentados em congressos e publicações de artigos em periódicos especializados, contribuindo para o corpo de conhecimento que se tem produzido sobre o controle social na saúde dos trabalhadores. Esperamos que os resultados possam gerar subsídios para construir estratégias de participação dos movimentos sindicais e sociais em geral, nas arenas políticas de discussão, elaboração, gestão e controle de políticas de Saúde dos Trabalhadores.

Concordo em participar da pesquisa “O controle social na Saúde dos Trabalhadores hoje”, desenvolvida pela mestranda Margareth Marchesi Reis.

Declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa e autorizo a publicação dos dados e imagens obtidas pela pesquisadora, com a garantia de que serão confidenciais e será mantida em sigilo minha identidade e, em qualquer momento da pesquisa, poderei retirar o consentimento, mesmo já tendo sido entrevistado.

Estando assim de acordo, assino o presente termo de compromisso em duas vias.

Participante

Margareth Marchesi Reis

Pesquisadora

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

Orientador da Pesquisa

Vitória, ____ de _____ de 2007.

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista – Dirigentes sindicais

“Participação dos trabalhadores na elaboração das Políticas de Saúde”

Temas a serem tratados

- Para você, o que é saúde?
- Qual a relação entre saúde e trabalho?
- Qual a relação entre saúde, trabalho e sindicato?
- Como você vê o SUS?
- Como você vê o controle social no SUS e na Saúde do Trabalhador?
- Como se dá a participação do Sindicato nas lutas pela saúde do trabalhador?
- Os planos privados de saúde trazem a solução para a saúde dos trabalhadores?
- Como vocês se mobilizam para a participação? Existe uma estratégia de preparação para participar?

APÊNDICE D- Mapa de Associação de Idéias

MAPA DE ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS		
Participação dos dirigentes sindicais nos debates sobre Saúde		
Categoria de Análise 1	Categoria de Análise 2	Categoria de Análise 3
SAÚDE	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	PARTICIPAÇÃO