

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável:
apontamentos para uma Política de Estado”***

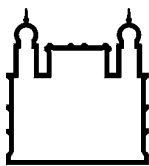
por

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na
área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. William Waissmann

Rio de Janeiro, maio de 2007.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

***“Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável:
apontamentos para uma Política de Estado”***

apresentada por

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Hesio de Albuquerque Cordeiro

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Costa Dias

Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Barros de Oliveira

Prof. Dr. William Waissmann – Orientador

Tese defendida e aprovada em 04 de maio de 2007.

A tese

**Tenho uma filha, aliás, muito linda,
Valquíria,
e também um filho, aliás, muito lindo,
Fernando,
mas, filha só tenho uma,
aliás,
agora tenho duas...**

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

V331s Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel de
Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável:
apontamentos para uma política de Estado. / Luiz Carlos
Fadel de Vasconcellos. Rio de Janeiro: s.n., 2007.
xviii, 421 p.

Orientador: Waissmann, William
Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca.

1.Saúde do trabalhador. 2.Desenvolvimento sustentável.
3.Inter-relação. 4.Sistema Único de Saúde. 5.Meio
ambiente. 6.Políticas públicas de saúde. I.Título.

CDD - 20.ed. – 363.11

Resumo - O enfoque sistêmico de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS, nas políticas públicas de interesse da saúde, não foi assumido pelos sucessivos governos desde o seu advento. Considerando que o SUS, efetivamente sistêmico, consoante sua concepção e consignação na lei, deveria se basear em políticas trans-setoriais, na transposição de sua gestão e na interferência sobre as políticas públicas que tratam dos determinantes sociais da saúde, esta tese engendra apontamentos para uma política de Estado integralizadora das variáveis saúde, trabalho, produção, consumo, meio ambiente e desenvolvimento sustentável. Para chegar aos apontamentos, com base na revisão bibliográfica e experiência vivida, calcado numa reflexão histórico-crítica o texto discute conceitos de saúde do trabalhador, em busca de um "conceito perdido", e de desenvolvimento sustentável, em que é patente a desfocalização da relação saúde-trabalho. Ainda, analisa o modelo da saúde do trabalhador em suas variáveis de organização, formulação de políticas e estrutura, nas quais predomina uma cultura de fragmentos de foco assistencial medicocêntrico. Daí, aponta para sua expansão centrada em relações trans-setoriais no campo institucional, especialmente no de políticas públicas e no de produção de conhecimentos, buscando interfaces de reflexão e ação com as áreas do meio ambiente e desenvolvimento. Busca, também, sinalizar para a vigilância em saúde, na linha de uma vigilância dos processos produtivos, considerando alternativas trans-setoriais de integralidade sistêmica e complexidade de ações. Reflete sobre a forma como o Estado brasileiro vem estabelecendo políticas públicas num contexto desarticulado entre a saúde e outras variáveis, cujas estruturas institucionais consolidadas e seus mecanismos legais de controle-estímulo, tais como financiamentos, negociações, licitações, contratações e incentivos, não exigem contrapartidas de defesa da saúde. Finalmente, aponta para políticas públicas trans-setoriais de saúde e desenvolvimento sustentável, dentre as quais: sistemas integrados de gestão, espaços produtivos saudáveis, configuração e controle de cadeias produtivas e a participação de crianças e jovens na construção do SUS, como forma de resgate da reforma sanitária, cujos ideais repousam na mudança do modelo centrado na doença e na assistência médica.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; desenvolvimento sustentável; vigilância em saúde; Estado e SUS; políticas públicas de saúde.

Abstract - The systematic performance approach of the "Health Brazilian System – SUS", in the public health politics, was not guarded by the successive governments since its advent. Considering SUS an effective system, according to its conception and to its principles laws, would have to be based on trans-section politics, on the transposition of its management and on the interference in social determinants of health, this thesis points to integrated State's health policies in work, production, consumption, environment and sustainable development variables. These notes were based on bibliographical research and life experience, supported by theoretical historical-critical reflection. The paper discusses the concepts of worker's health, reaching a "lost concept", and the sustainable development, in which the relation health-work is out of focus. It still analyses the worker's health organization pattern, as its structure, in which predominates a culture of fragments with focus on medical services. From this point it leads to an expansion cored in trans-sectorial relations in the institutional field, specially in public politics and in production of knowledge, looking for interfaces of reflection and action with the environment and developmental areas. It also intends to get attention to health's vigilance on a surveillance of productive processes considering trans-sectorial actions. The text concerns the disarranged way of how the Brazilian State establishes public politics over the mentioned variables and health. The legal and institutional structures and some of its control-stimulus mechanisms, such as financing, negotiations, auctions, employment and incentives, do not demand actions of health's defense. Finally, it points to public politics of inter-relation between health and sustainable development, such as integrated systems of management, productive healthy spaces, control of productive chains and the participation of children and adolescents in the construction of the SUS, as a form of rescue for the sanitary reform, whose ideals rested in the change of the model centered in the illness and the medical assistance.

Key words: Worker's health; sustainable development; health vigilance; State and SUS; public politics of health.

Uma tese de apontamentos não pode fugir à regra por fazê-los agradecidos às tantas pessoas que estiveram por aqui, mais perto ou mais longe, mas estiveram como participantes dessa história. Esta tese conta um pouco uma história e faz uma viagem para apontar coisas. Coisas que serão pertinentes algumas, outras não, aplicáveis algumas, outras não, coisas, enfim, que amadureceram em mim por uma razão: pessoas.

Por isso aponto agradecido para as pessoas das primeiras horas: o Jorge Machado, de quem sempre falo que é o cara que mais entende de saúde do trabalhador no Brasil, o que também não quer dizer muita coisa, mas com quem aprendi muito disso aí.

Aponto para a Maria Helena (Barros de Oliveira) que, nas primeiras horas, ao me ensinar a mostrar as garras me ensinou a alma da saúde do trabalhador. E se tornou minha irmã.

Aponto nessas horas alvorecentes para o Guto (Galvão), para a Arilda dos tempos da Ciplan e para o poeta alagoano Luiz Nogueira Barros, do Pam Campo Grande, dos tempos de pediatra, d'onde me evadi com sua ajuda.

Aponto para a Anamaria Tambellini, de quem apreendi nas primeiras horas a refletir teoricamente sobre essas coisas.

Aponto para Telma Ruth, Fátima Siliansky, Maria Helena Mendonça, Temporão, Miguel Murat, Maria Alice, o velho Marangoni, Antonio Márcio Resende, Ziadir (que virou parente), Silvia Bonfim e ai que a memória é curta, pois estou nas primeiras horas de Inamps ainda. Todos com quem aprendi alguma coisa.

Aponto, nas primeiras horas do Programa de Saúde do Trabalhador, e já emendo com as segundas horas, para: Gabriel Rebello, Padilha, Luiz Felipe, Christóvam Barcellos (companheiro de Grupo de Brighton alternativo), Gilberto (com quem compartilhei muitas municipalizações), Fátima Sueli (com quem compartilhei municipalizações, reflexões e emoções), Nonô, Ana Inês, Cláudia Osório, Lobão, Wellington (o filósofo brechtiano), Magnólia. Todos com quem aprendi mais algumas coisas. Aponto aqui para o Russo, essa é a hora, eterno garçom do *Westphalia*.

E nessas mesmas horas, aponto para o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador, onde aprendi quase tudo. Aponto para tantos conselheiros, companheiros sindicalistas, peões, que estão por aqui e nos capítulos seguintes desta tese: Felício (com quem aprendi na prática o que é interdisciplinaridade, ou melhor, trans), Jorginho metalúrgico (que virou irmãozinho), Salvador (infantaria pesada), Vantuil (cujo filho de 5 anos queria ser leucopênico quando crescesse, para ser igual a ele), Tânia, Chumbinho (o homem que atravessava a Via Dutra de joelhos), Marluce, Amaury (o homem da indústria naval, que se tornou grande companheiro), Odilon (o petroleiro de Hollywood), Neildo, Álvaro, Macedo, Nivaldo, Neves, Jamiro, Ratão, Vicente, Braguinha, Bona, Alex, Edson, Brizola, Bira, Seu Jaci, Seu Valdomiro, Tomires, Severino, Ângela, Regina, Kátia, Herta, Edna, Sabadin, Raulino, Amadeu (o bancário que cantava 17 horas seguidas), Zani, Sebastião, Batista, Genésio, Itamar, Diana Antonaz (evadida ao Norte), Denise Torreão (querida amiga que permanece), João Carlos, Luiz Tenório (com quem iniciamos o conselho) sem estes e os demais eu não estaria por aqui....

Aponto no decorrer das horas para o Luiz Sérgio (companheiro de tantos aprendizados, tantos escritos e tantos chopps) e para a Heloísa, que, comigo, formamos o primeiro trio de mestrandos em saúde do trabalhador na Ensp (acho que no Brasil).

Aponto, também, nas primeiras horas do mestrado para a Leila Gasparini e para o Victor Valla (pela solidariedade e generosidade em horas turbulentas), para o Marcelo Firpo e para a Jussara Brito (pelas reflexões sistematizadas sobre os processos de trabalho), para o Ogenis (com seus EIAs, Rimas e impactos ambientais que retomei tantos anos depois), para o Joaquim onde estará, a Célia Leitão e os ensinamentos de ambos.

Depois, as horas passando, aponto para a Jacinta, que igual se tornou irmã e me possibilitou grande parte de tudo o que aprendi, embora ainda falte a maior parte para aprender. Para a Jacinta, um apontamento especial.

E caminhando que as horas passam rápido, aponto, já nos tempos da Cist, no Conselho Nacional de Saúde, para a Olga Estefania da CUT (companheira de trincheira), para a Lucinha Trajano (com quem rabisquei a Portaria 3.120 de Vigilância em Saúde do Trabalhador), para o grande guerreiro Clemente da Força Sindical, com quem também

aprendi muitas coisas. E, claro, para o Mozart de Abreu Lima que me ensinou que o SUS é um sistema não assumido sistemicamente.

Aponto para o povo da saúde do trabalhador, sabedoria e práxis: Lacaz (rival do Jorge nos grandes entendimentos), Tarcísio Pinheiro, Raquel Rigotto (ética, estética e sapiência), Herval, Lia Giraldo, Letícia Nobre, Jandira, Beth Dias, Minayo.

As horas passam e o povo da saúde do trabalhador é vasto: Stênio, Juliana, meu irmãozinho Geraldo (o Gera, companheiro de viagens musicais), Paulo Bagé (meu gaúcho predileto, companheiro de doutorado na Coppe e grande saxofonista), Jussara, Álvaro Merlo, Armenes, Marcos Armando, Paulinho Gutiérrez (companheiro de tantas, que diz que virou botafoguense por minha causa, será?).

Como estão muito ao sul esses apontamentos, aponto a outros cardinais: Glória Campos, Marivalda e o Bem, Ângela e suas arquiteturas *underground*, Martinha, Djanira, Admilson (que também virou irmãozinho), Luiz Saraiva, Carmelúcia (a bailarina), Teresa Mitsunaga, Maria Maeno, Rui Magrini (o cinéfilo que virou cineasta), Peninha, Paiva (o paulista baiano que virou santista), Ana Caricari, Rita (com quem pilotei um Boeing 767 pela única vez). Aponto para Katharina, eterna subintrante da saúde do trabalhador e outras saúdes.

Nesses vastos do povo da saúde do trabalhador, o Brasil chacoalha de um lado a outro, pois que aponto ao norte e ao centro-oeste: Fabrício, Francileuza, Valter (guerreiro do Rio Madeira), Verônica, Nadir, Ivanil, Herônia, Bertúlio, Lúcio, Daylana e o grande Rubens Aipoitia (querido amigo e único que consegue ser mais marxista do que eu).

E tanto chacoalha que os apontares apontam para a América Latina, com seus 4 cavaleiros da saúde do trabalhador, que são 5, com quem planejávamos, há alguns (muitos) anos, escrever um livro para integrar nossas coisas comuns: Oscar Betancourt (Equador), Mariano Noriega (México), Manoel Parra (Chile), meu amigo Fernando Tomasina (Uruguai) e meu irmão argentino, muy querido amigo, Jorge Kohen, a quem aponto especialmente.

Não se trata isto aqui de um catálogo de inadimplentes do imposto de renda. Mais, é um catálogo de afetos nem sempre manifestos.

E haja apontamentos especiais para os que ainda vêm.

Pignati, meu irmão, com quem trilhamos esse doutorado e repartimos aprendizados, cursos, textos, copos e loterias.

Gláucia, querida amiga, sócia de quase inadimplências prediais, com quem continuo aprendendo, e ainda levo de quebra seu companheiríssimo Genaro.

Carmen Verônica, cúmplice querida de cursos de vigilância e rubras aventuras.

Débora Renata, minha querida menina em quem pude ver de perto como se dá o nascimento ideológico da saúde do trabalhador nas pessoas.

Ednalva, um Araguaia de afeto e competência, que trilhamos juntos muitas jornadas tocantinenses. E, porque casou durante, tenho que apontar para o Vander, o marido amigo, mais amigo por ser marido do que por ser botafoguense fanático.

E, claro, um apontamento especial para minha irmãzinha Sonia Alves, minha guardiã (literalmente) dos primeiros tempos de Brasília, com quem viajei nas primeiras incursões na saúde do trabalhador e depois no desenvolvimento sustentável. Apontamento especial.

E tanto que as horas passam que estamos quase chegando. Os tempos de Brasília, na Cosat, têm de ser apontados para pessoas queridas, dedicadas e delicadas: Chris, Terezinha, Swilmar (querido amigo que sem querer me iniciou no Boi Garantido), Elza, André, Thiago, Andreza, Erlita, Cleide, Riani, Antonio Alves, Nelson Monaiar (com quem escalei o Everest do Manual das Doenças Relacionadas ao Trabalho).

É evidente que haverá apontamentos não apontados, pois que tantos faltarão tantos são os que estão por aqui e nas páginas seguintes: René Mendes, Drumond (o cavaleiro andante da 2ª Renast), Paulo Conceição, Marco Rego, Mario Bonciani, Carlos Augusto (companheiro de inquilinato), Ubirajara Mattos, Paulo Pena, Danilo, Otani, Heleno, Guilherme Franco, Nicanor (o Nica), Magda, o grande Rebouças (baluarte das primeiras horas brasileiras da saúde do trabalhador), Mario Vidal (o Cristóvão Colombo do ovo epistemológico da Ergonomia), Miguel de Simoni onde estará (meu primeiro ex-orientador de doutorado), Volney Câmara (meu ex-primeiro orientador de doutorado), Meirelles (com quem viajamos pelos meandros da Casa da Moeda sem retirar nenhum).

Aponto para o pessoal da Ensp, como apontamento imprescindível: Silvia Gerschman (que inadvertidamente deu o rumo à minha tese, obrigado redundante), Eliana

Labra (e sua usinagem de minhocas na cabeça), Mendes (que me ajudou nas suas disciplinas a fazer o *link* econômico), Fermin Roland (condutor da minha viagem epistemológica), Carlos Freitas (sempre prestimoso, com quem viajei no desenvolvimento sustentável) e aponto para o Nilson do Rosário, querido amigo e companheiro de Maracanã, porquanto além de sua sabedoria sobre o SUS, é botafoguense doente, pois não somos perfeitos, nem eu nem ele.

E aponto para o pessoal do Cesteh: Blandina, Cristina Guilam, Cyro, Carmen, Ana Braga, Marco, Mariza, Vanda, Kátia, Márcia Agostini, Augusto, e todos os demais que de alguma forma partilharam algumas coisas em algum momento.

Aponto para o William Waissmann que, sem saber o risco que corria, me aceitou como orientando para essa empreitada. O que aconteceu com ele só ele pode dizer. E que na reta final revelou sua ternura recôndita. Apontamento especial.

Aponto para Patricia Pol, por muito mais além do que apenas pela confiança...

Aponto para Valéria, com quem compartilhamos protocolos holopiramidais e tantos mais, além de ter se arriscado a olhar de perto o tijolo para ajudar-lhe a dar os contornos bibliográficos.

Aponto para Roberto Sanchez, querido amigo de portenhas metodologias.

Os apontamentos dessa parte da tese apontam, ainda, para os tantos fora do circuito dos meandros, mas dentro da dinâmica do processo, para manter a linguagem da área: os filhos, Valquíria e Fernando, já falei deles, Celeste, a companheira de sempre e de todas as agruras, Coquinho, o bolerista churrasqueiro, que conduziu o fundo musical de muitas etapas da viagem. Apontamentos especiais, porquanto. E para os outros que são tantos... Soneca, por exemplo, que me acompanhou ao violão na defesa da dissertação de mestrado e continua aqui por dentro do peito.

Um apontamento, enfim, para o amor, que vagueia espargido por tantas dessas linhas. É isso.

Glossário de siglas e respectivos endereços eletrônicos

- Abrasco - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva <<http://www.abrasco.org.br/>>
- AIS - Ações Integradas de Saúde
- Alerj - Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro <<http://www.alerj.rj.gov.br/alerj.rj.gov.br/>>
- Anfip - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social <<http://www.anfip.org.br/>>
- Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária <<http://www.anvisa.gov.br/>>
- BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento <<http://www.iadb.org/index.cfm?language=portuguese>>
- BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social <<http://www.bndes.gov.br/>>
- Capa - Centros de Atenção Primária Ambiental
- CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões
- Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<<http://www.capes.gov.br/capes/portal/>>
- CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho
<http://www.mpas.gov.br/pg_secundarias/paginas_perfis/perfil_Empregador_10_04.asp>
- Cesteh - Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
<<http://www.ensp.fiocruz.br/depto/index.cfm?dep=18>>
- CGT - Confederação Geral dos Trabalhadores <<http://www.cgt.org.br/>>
- Cgvam - Coordenação-geral de Vigilância em Saúde Ambiental
<http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=449>
- Ciplan - Comissão Interministerial de Planejamento
- Ciret - Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires
<<http://nicol.club.fr/ciret/index.htm>>
- Cist - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
<<http://conselho.saude.gov.br/comissao/saudetrab.htm>>
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas <<http://www.mte.gov.br/Menu/servicos/mapadosite.asp#CLT>>
- CNA - Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil <<http://www.cna.org.br/cna/index.wsp>>
- CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas
<<http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNAEFiscal/cnaef.htm>>
- CNC - Confederação Nacional do Comércio <<http://www.cnc.com.br/>>
- CNI - Confederação Nacional da Indústria <<http://www.cni.org.br/>>
- CNIF - Confederação Nacional das Instituições Financeiras <<http://www.cnf.org.br/default.htm>>
- CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
- CNS - Conselho Nacional de Saúde <<http://conselho.saude.gov.br/>>
- CNS (xª) - Conferência Nacional de Saúde
- CNT - Confederação Nacional do Transporte <<http://www.cnt.org.br/>>
- Conama - Conselho Nacional do Meio Ambiente <<http://www.mma.gov.br/conama/>>
- Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde <<http://www.conasems.org.br/>>
- Conasp - Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
- Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde <<http://www.conass.org.br/>>

Cenepi - Centro Nacional de Epidemiologia
Consest - Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro
Coppe - Coordenação dos Programas de Pós-graduação de Engenharia
<<http://www.coppe.ufrj.br/>>
Cosat - Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde
<<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/trabalhador/home.htm>>
Covam - Coordenação de Vigilância Ambiental - VER Cgvam
Cosems - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CTPP - Comissão Tripartite Paritária Permanente
<<http://www.mte.gov.br/empregador/segsau/ComissoesTri/ctpp/oquee/default.asp>>
CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CUT - Central Única dos Trabalhadores <<http://www.cut.org.br>>
Dataprev - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social <<http://www.dataprev.gov.br>>
Diesat - Departamento Intersindical de Estudos de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
<<http://www.diesat.org.br/>>
DRT - Delegacia Regional do Trabalho
EIV - Estudo Prévio de Impacto de Vizinhança
Emerj - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro <<http://www.emerj.rj.gov.br/index.html>>
Ensp - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca <<http://www.ensp.fiocruz.br>>
Enst - Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador
ERP - Enterprise Resource Planning
Feema - Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente <<http://www.feema.rj.gov.br/>>
Fesp - Funções Essenciais da Saúde Pública
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz <<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>
Firjan - Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
<<http://www.firjan.org.br/notas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>
FMI - Fundo Monetário Internacional <<http://www.imf.org/>>
Fundacentro - Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
<<http://www.fundacentro.gov.br/start/default.asp?D=CTN>>
FS - Força Sindical <<http://www.fsindical.org.br/fsindical.php>>
Geisat - Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador
GGIOP - Gabinete de Gestão Integrada da Ordem Pública
GM - Gabinete do Ministro
GT - Grupo de Trabalho
IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão
Ibict - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia <<http://www.ibict.br>>
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística <<http://www.ibge.gov.br>>
Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
InfoRedeST - Informativo em Rede Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde
Inmetro - Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
<<http://www.inmetro.gov.br/inmetro/oquee.asp>>

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
<http://www.mpas.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_12_03-B.asp>

IN-Visat - Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS/Portaria nº 3.120, de 1 de julho de 1998.

ISO - International Organization for Standardization <<http://www.iso.org/iso/en/ISOOnline.frontpage>>

Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>>

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MP - Ministério Público

MPr - Medida Provisória

MPT - Ministério Público do Trabalho do Rio de Janeiro <<http://www.prt1.mpt.gov.br>>

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego <<http://www.mte.gov.br/>>

MT - Medicina do Trabalho

MUS - Ministério Único da Saúde

Noas - Norma Operacional da Assistência à Saúde

Nost - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador/Portaria 3.908, de 30/10/98.

NR - Norma Regulamentadora

ONG - Organização Não Governamental

Opas - Organização Pan-Americana da Saúde <<http://www.opas.org.br/>>

OIT - Organização Internacional do Trabalho <<http://www.ilo.org>>

OMS - Organização Mundial de Saúde <<http://www.who.int/en/>>

OSHAS - Occupation Health and Safety Assessment Series
<<http://www.ohsas-18001-occupational-health-and-safety.com/what.htm>>

Pacs/PSF - Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa de Saúde da Família

Pnad - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE)
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm>>

Pnot - Política Nacional de Ordenamento Territorial
<<http://www.integracao.gov.br/desenvolvimentoregional/publicacoes/pnot.asp>>

Pnud - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo <<http://www.undp.org.>>

PST/RJ - Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
<http://www.saude.rj.gov.br/Saude_trabalhador/programa.shtml>

QualiSUS - Programa de qualificação na atenção à saúde do SUS
<<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/buscar.cfm?inicio=6>>

Rais - Relação Anual de Informações Sociais <<http://www.rais.gov.br/>>

Renast - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS

SAE - Secretaria de Assuntos Estratégicos <http://ftp.mct.gov.br/CEE/revista/Parcerias3/ativ_sae.htm>

SAMHPS - Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social

Samu - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência <<http://www.saude.ba.gov.br/samu/>>

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde <<http://dtr2004.saude.gov.br/sas/>>

SAT - Seguro Acidente de Trabalho

Scielo - Scientific Electronic Library Online
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_home&lng=pt&nrm=iso>

SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia <<http://www.sei.ba.gov.br/>>

SES-RJ - Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro <<http://www.saude.rj.gov.br/>>

Sesi - Serviço Social da Indústria <<http://www.sesisp.org.br/home/2006/>>

Siab - Sistema de Informação de Atenção Básica <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>>

SIG - Sistemas Integrados de Gestão

Sigasso - Sistema Integrado de Gestão Ambiental, Segurança e Saúde Ocupacional

Silos - Sistemas Locais de Saúde

Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383>

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>>

Sisnama - Sistema Nacional de Saúde e Meio Ambiente <<http://www.mma.gov.br/conama/>>

SNAS - Secretaria nacional de Assistência Social
<<http://www.mds.gov.br/institucional/secretarias/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas-1>>

SO - Saúde Ocupacional

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

ST - Saúde do Trabalhador

Suds - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

Susp - Sistema Único de Segurança Pública

TAC - Termo de Ajustamento de Conduta

Uerj - Universidade do Estado do Rio de Janeiro <<http://www.uerj.br/>>

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro <<http://www.ufrj.br/>>

Unesco - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
<http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=29008&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html>

VPP - Vigilância dos Processos Produtivos

ZZE - zoneamento ecológico-econômico

SAÚDE, TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
APONTAMENTOS PARA UMA POLÍTICA DE ESTADO

Índice	Página
Introdução	
Parte 1 – Aprendendo (tributos e iniciações)	01
Parte 2 – Pensando (hipóteses e pressupostos)	10
A categoria trabalho	14
A área de saúde do trabalhador no SUS	17
Pensando as hipóteses	21
Parte 3 – Doutorando (objetivos e métodos)	23
O SUS - da retórica à dinâmica sistêmica	25
Objetivos e método	39
Estrutura do trabalho	45
Caminhando para o fim do começo	48
Notas	51
Capítulo 1	
Apontamentos sobre o SUS no contexto da Reforma do Estado Brasileiro	
Estado	53
Reforma do Estado	57
SUS e Reforma do Estado	62
1º plano - Um pouco de história do SUS	63
2º plano - O SUS estabelecido	73
3º plano - Os dilemas do SUS	82
4º plano - Cenários do SUS diante da reforma	87
5º plano - A ótica da saúde do trabalhador para pensar uma política de Estado nas relações saúde-trabalho-desenvolvimento, a partir do SUS	95
Notas	99
Capítulo 2	
Apontamentos sobre a relação entre Estado e desenvolvimento sustentável	
Desenvolvimento e desenvolvimento sustentável	101
Ideologia do desenvolvimento sustentável - contornos da sua construção	109
Desenvolvimento sustentável e capital social - a supressão do Estado	117
Desenvolvimento sustentável e mercado ao invés de Estado	124
Desenvolvimento sustentável - as teorias e as explicações	135
Capítulo 3	
Apontamentos sobre Saúde do Trabalhador: em busca do conceito perdido	
A categoria Saúde do Trabalhador	145
Primeiros surgimentos	146
Singularidades conceituais	161
Em busca do conceito perdido	165
O paradigma da saúde do trabalhador	169

Nota	174
------	-----

Capítulo 4

A desfocalização da relação saúde-trabalho no contexto do desenvolvimento sustentável

Desenvolvimento e saúde - aproximações	175
Confronto de ideologias - De que falamos?	177
Saúde e desenvolvimento sustentável - a questão do direito e o foco no trabalho	184
Desenvolvimento sustentável - uma ideologia excludente: a desfocalização da relação saúde-trabalho	191
Algumas reflexões propositivas	201
Desenvolvimento sustentável e os mecanismos de controle	203
Notas	208

Capítulo 5

Apontamentos sobre a Saúde do Trabalhador no atual contexto do Estado brasileiro

Como foi, como está	209
Os espaços de debate	211
As conferências nacionais de saúde do trabalhador - CNST	212
A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - Cist	218
O Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador - Geisat	220
A Comissão Tripartite Paritária Permanente - CTPP	221
O Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador da Abrasco	223
O Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Enst	224
O contexto do Enst	225
O modelo assistencial	227
O controle social	228
A questão das informações	230
Investigação e pesquisa	231
A questão dos recursos humanos	234

Capítulo 6

Apontamentos sobre o modelo de atenção da Saúde do Trabalhador no SUS

Reabrindo gavetas	239
Renast - a história	244
A 1ª Renast - aproximações com o modelo sistêmico	249
A 2ª Renast - a reconstituição de um modelo assistencial paralelo ao SUS	256
A 3ª Renast - a revigoração de uma utopia	259
Notas	264

Capítulo 7

Apontamentos sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador como política de Estado na perspectiva de um SUS sistêmico

Muitas Vigilâncias, pouca vigilância	265
--------------------------------------	-----

Vigilância em saúde - fiscalização e inspeção	272
A Vigilância em Saúde do Trabalhador como ponto de partida da política de Estado	274
Vigilância em Saúde do Trabalhador: o caminho para uma vigilância do desenvolvimento sustentável - abordagem por complexidade da ação	283
Demonstrativo de ações segundo os níveis de complexidade na Vigilância em Saúde dos Processos Produtivos	297
Ações de baixa complexidade	299
Ações de média complexidade	302
Ações de alta complexidade	304
Notas	312

Capítulo 8

Apontamentos sobre a negociação coletiva e o Estado participante na perspectiva de um SUS sistêmico

Negociar para ir além da norma	313
Porque a negociação coletiva em saúde do trabalhador	315
Os agentes da negociação	321
O conteúdo da negociação	329
Vantagens e desvantagens	331
A negociação coletiva em saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável na perspectiva de um SUS sistêmico	335
Notas	338

Capítulo 9

Exercitando a diversidade de caminhos - algumas variáveis negociais, de controle e de incentivo da política de Estado para um SUS sistêmico participante

Caminhos	339
O Seguro Acidente de Trabalho	341
A Declaração das Empresas quanto ao Processo de Produção relacionado às questões de Saúde e Meio Ambiente - Depro	345
O Projeto Empresa Saudável	346
O BNDES como foco estratégico	349
Nota sobre as leis - força e fraqueza	351
Os sistemas integrados de gestão - SIG	357
Os desafios do trabalho informal - O caso da Ilha das Flores	361
O papel das crianças e dos adolescentes na configuração de um SUS sistêmico	366
Notas	378

Conclusão

E eis que o que sustenta essa ciranda sem fim...	379
Notas	393

Referências Bibliográficas

394

Introdução

Escrever nem uma coisa nem outra - a fim de dizer todas - ou, pelo menos, nenhuma. Assim, ao poeta faz bem desexplicar - tanto quanto escurecer acende os vagalumes. Manoel de Barros (1990:298).

Parte 1 – Aprendendo (tributos e iniciações)

Em 1974, quando, entre um atendimento e outro como médico pediatra, eu assistia na Uerj as aulas de um dos primeiros cursos de Medicina do Trabalho, no Brasil, à época ainda organizado pela Fundacentro, eu não entendia nada do que se estava falando ali.

Hoje, talvez eu continue sem entender, mas com a diferença que naquela época eu sabia que não entendia, hoje eu acho que entendo. Pode ser.

E, além de não entender o que era bem aquilo, eu não imaginava que aquele curso iria mudar a minha vida 11 anos depois quando, após terminar o curso básico de saúde pública da Ensp - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em 1985, o Jorge Machado me perguntou se eu era médico do trabalho. Se bem me lembro, respondi-lhe que tinha o tal diploma e emendei um "por que?" Respondeu-me que estavam precisando de um médico do trabalho na Direção Geral do Inamps e que ele poderia me indicar à Telma Ruth, à época coordenadora de programas especiais, área onde estava inserida a seção dos acidentes de trabalho¹.

Assim, após conversar com a Telma Ruth, migrei para a área dos "acidentes de trabalho" convencido de que poderia fazer algo que atenuasse a minha angústia pela incapacidade de resolver coisas trabalhando na ponta do sistema de saúde.

Aliás, a minha ida para o curso de saúde pública já era reflexo de uma insatisfação que, àquela altura, aos 12 anos de formado, me empurrava para buscar outras iniciativas mais diretamente ligadas à política de saúde².

Encontrei duas pessoas no setor de acidentes de trabalhos do Inamps: o Dr. Onofre Marangoni, velho funcionário, médico do Inamps e fiscal do trabalho e Maria Helena Mendonça, com quem aprendi que o acidentado de trabalho era também um expropriado da dignidade humana. E o velho Marangoni, fumando um cigarro atrás do outro, passava o dia glosando as contas super faturadas de tipos da quadrilha de Jorgina e

Nestor que, após serem glosadas, eram pagas a mando da "justiça". Naquela época não sabíamos que os personagens de glosa das contas hospitalares dos acidentados de trabalho seriam manchete de jornal alguns anos depois³. Estávamos em dezembro de 1985 e, pois, que assim começou tudo.

A Superintendência de Planejamento, dirigida pelo José Gomes Temporão, onde nos situávamos, vivia uma efervescência, prenúncio de mudanças no Inamps, às vésperas da 8ª CNS, aquela mesma que mudou tudo. E eu comecei a entender que tudo estava mudando.

Presidido por Hesio Cordeiro, o Inamps era uma espécie de pedra de toque da Reforma Sanitária. Para onde fosse o Inamps iria a Reforma Sanitária e o Inamps, com Hesio, Temporão, José Noronha, Henry Jouval, Miguel Murat, Ilara Hammerli, Santinha e tantos outros, estava indo junto com a Reforma Sanitária, renunciando o que seria o SUS, por meio de várias estratégias, das quais se destacavam os convênios Suds que proliferavam como uma epidemia, para botar, rapidamente, o bloco da Reforma Sanitária na rua.

Quando conheci Anamaria Tambellini, nas primeiras reuniões para discutir a questão dos acidentes de trabalho, que seria levada para a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) e, em seguida, para a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1ª CNST), que se realizou naquele mesmo ano de 1986, em dezembro, eu entendi que o acidente de trabalho era uma pequena faceta de um campo muito maior da saúde pública, chamado de Saúde do Trabalhador - ST.

E, com a Anamaria aprendi que nascia, muito por suas mãos, uma coisa chamada de saúde do trabalhador que iria (ou que pretendia) mudar a cara dos acidentes de trabalho no Brasil, e alguma coisa além disso. No ano de 1985, o número de acidentes de trabalho, segundo os dados oficiais da previdência social, foi de 1.077.861 casos, com 4.384 mortes, uma média de mais de 12 mortes por dia. E eu começava a entender que o acidente de trabalho era um gravíssimo problema de saúde pública, negligenciado, até hoje, como tal. Aliás, um dos diversos motivos desta tese, mas isso é discussão p'ra depois.

Se logo depois que eu adentrava nesse novo mundo me bateu a tristeza quando a Maria Helena Mendonça nos deixou para seguir seu caminho na Ensp, a alegria me foi

devolvida com outra Maria Helena, a Barros de Oliveira, com quem aprendi que saúde do trabalhador era não só o resgate da dignidade do trabalhador, mas era também militância, ideologia e luta todo o tempo contra um *status quo* de perpetuação da iniquidade e de injustiça nos ambientes de trabalho.

Aprendi, a partir daí, que tudo o que eu viria a aprender em saúde do trabalhador seria com os próprios trabalhadores, em que estes são os sujeitos protagonistas das formulações e ações do campo.

Foi um tempo de aproximação com os trabalhadores, em reuniões, seminários, encontros diversos pelo Brasil adentro. E foi num desses encontros, na Bahia, que conheci um metalúrgico (não lembro seu nome) do Pólo de Camaçari, representante de um sindicato filiado à CUT, que me interpelou como representante do Inamps. Dizia ele que se os trabalhadores fizessem o que eu estava propondo, no sentido de trabalhar junto com o aparelho de Estado, eles estariam legitimando ações de um Estado que era, em essência, a causa de seus males nos ambientes e processos de trabalho.

E foi aí que eu aprendi que saúde do trabalhador era, também, subverter a ordem estabelecida dentro do aparelho de Estado. Tomei isto como lição de que fazer saúde do trabalhador, como técnico, é ser periférico, marginal, contra-hegemônico, subversivo. A partir daí passei a ser periférico, marginal, contra-hegemônico, subversivo, aliás, como todo o "povo da saúde do trabalhador".

E, de quebra, aprendi também a me abstrair como trabalhador nessa relação, pois se todos somos, em última instância, trabalhadores, nessa missão deixamos de ser trabalhadores para sermos o agente público, o aparelho de Estado, para o bem ou para o mal.

E, como agente público, aprendi que as ações por nós conduzidas em defesa da saúde dos trabalhadores são decorrentes de uma posição institucional e, não, do compadrio ou laços de amizade e afeto, embora estes naturalmente se estabeleçam.

E institucionalmente "ser" saúde do trabalhador significa ser de um lado só. Aprendi a saber, também, que esse lado é o lado dos trabalhadores.

No espírito, então vigente, da Reforma Sanitária, a proposta de reformulação, no âmbito do Inamps, da questão dos acidentes de trabalho vinha acompanhada de inúmeras iniciativas aqui no Rio de Janeiro e em outros estados.

Era um tempo de criação de programas de saúde do trabalhador, especialmente em São Paulo, onde se aglutinava uma massa crítica ao modelo vigente. A criação do Diesat, a emergência do debate da relação saúde-trabalho na Abrasco e o engajamento de diversos personagens na luta em várias frentes - sindicatos, fiscalização do trabalho, serviços de saúde, faculdades de medicina, entre outras, moldaram essas iniciativas.

E, entre essas, foi muito significativa a criação do Cesteh, sob a inspiração e coordenação de Anamaria Tambellini. Como membro do Inamps participei das suas primeiras reuniões de organização entre a sua coordenação e um conjunto de técnicos e diversos sindicalistas.

O espírito de construção do Cesteh era intersetorial e interdisciplinar, privilegiando especialmente o movimento dos trabalhadores. Foi quando comecei a entender que a construção da política pública em saúde do trabalhador, inclusive na área de ensino e pesquisa, passava pelos trabalhadores como sujeitos pareados dessa construção.

Ainda, nesses primórdios, fui aluno do Cesteh em sua 1ª incursão na área de ensino: o Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador (1986-1987). Foi quando aprendi que precisava ler muito sobre o tema, embora a literatura disponível fosse muito atrelada à Medicina do Trabalho, à Saúde Ocupacional e à Toxicologia. Ainda eram escassos os trabalhos que tratavam a questão do ponto de vista da macro-política e das políticas públicas de saúde. Com um certo cuidado eu diria que ainda o são.

Nessa primeira turma conheci pessoas que passariam a fazer parte do povo da saúde do trabalhador, onde fui me consolidando. Dentre outros lá estavam Luiz Cláudio Meirelles, Cristina Carneiro, Leilane Neubarth (Lili), Silvio Valle, Maria Helena Barros de Oliveira, Ildeberto Almeida (Pará), Luiz Sérgio Oliveira, Christóvam Barcellos.

Nesses anos de iniciação (1986-1987), com as atividades no Inamps, no Cesteh, na organização e relatoria da 1ª CNST e como assessor da Ciplan, sempre discutindo a reestruturação da área de saúde do trabalhador, no contexto da Reforma Sanitária, aprendi que ST era, também, guerrear em vários terrenos. Alguns anos depois (creio que em 1993), o David Pinton, secretário de saúde de Piraí (RJ) confirmaria isso, dizendo que nós da saúde do trabalhador éramos guerrilheiros urbanos em guerra permanente de

posições contra os causadores dos acidentes e doenças do trabalho. Foi quando aprendi que era preciso ser gramsciano para fazer saúde do trabalhador.

Em 1988, quando a direção geral do Inamps foi transferida para Brasília, também como estratégia de construção do SUS, o Jorge Machado me convidou para trabalhar na Coordenação de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, à época inserida na vigilância sanitária estadual. E para lá me transferi.

A nascente área de ST havia sido criada, naquele ano de 1988, por Sergio Arouca, então secretário de saúde, também com o apoio de Anamaria Tambellini e outros combatentes, como o próprio Jorge Machado e Gabriel Rebello, seu 1º coordenador.

Diz a lenda que o Arouca assinou o ato de criação da área de ST, ao sair do prédio, descendo as escadas, em seu último ato como secretário de saúde do Estado, já exonerado. Coincidência ou não, ao saber disso comecei a entender o quanto a institucionalização da área era um ato de heroísmo heterodoxo. Coisa que, se observarmos bem, é até hoje.

Nessa coordenação, posteriormente chamada de Programa de Saúde do Trabalhador - PST/RJ aprendi a aprender como se fazia saúde do trabalhador. Desde as primeiras reuniões dos poucos gatos pingados que começavam a construir a área no sistema de saúde estadual, ficou patente que os trabalhadores deveriam estar presentes na sua construção e formulação.

Assim, com Jorge Machado (já coordenador), Luis Tenório e Christóvam Barcellos forjamos a primeira versão do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador - Consest, com a participação de (ainda poucos) sindicatos de trabalhadores.

É curioso que o Consest foi criado 4 anos antes do Conselho Estadual de Saúde. Funcionou 2 anos informalmente, até que em 1990, a secretária de saúde Maria Manuela consignou sua existência em ato oficial⁴. Esse fato gerou uma intensa polêmica na 2ª CNST, em 1994, pois a existência de um conselho temático, paralelo ao conselho de saúde, era uma aberração. E era mesmo, mas em virtude de sua peculiaridade de origem, a 2ª CNST acabou acatando sua existência.

Assim, PST/RJ e Consest nasceram juntos e foram criados juntos. Simbolicamente poderia dizer: Estado e sociedade juntos, formulando políticas,

planejando ações, desenvolvendo estratégias, executando. Essa foi a escola que me ensinou que o campo da saúde do trabalhador não estabelece apenas parcerias com a sociedade, mas vai além, introjetando as representações sociais em seu aparelho institucional e incorporando as suas necessidades como determinantes da política.

Claro que também aprendi que isso não retirava a responsabilidade pública do aparelho de Estado e nem transferia aos movimentos essa responsabilidade.

Nesse contexto, o PST/RJ começou a desenvolver ações, especialmente de vigilância de ambientes de trabalho. As demandas eram trazidas pelos sindicatos (a essa altura muitos) e organizadas em conjunto no Consest. Várias ações foram desenvolvidas, com destaque para a questão da silicose dos jateadores de areia nos estaleiros do estado do Rio de Janeiro. Esse processo, estudado por vários pesquisadores⁵, teve seu êxito alcançado com a Lei estadual nº 1979, de 23 de março de 1992, que proíbe o jato de areia no estado.

O processo deixou a marca de uma legislação singular no Brasil, com a proibição de um procedimento técnico de trabalho e sua tecnologia decorrente, em virtude de causar dano à saúde. Nesse processo comecei a entender que havia uma utopia possível de se conseguir algumas vitórias. Era uma luta que valia a pena, além de tudo, pela sua capacidade de produzir fatos concretos de mudança.

Nos primeiros anos da década de 1990, o PST/RJ desencadeou um processo riquíssimo de formulação metodológica de atuação em vigilância em saúde do trabalhador. Suas reuniões de 2ª feira e as sempre muito concorridas reuniões do Consest eram uma verdadeira incubadora de métodos de ação que, anos depois, refletiu-se na adoção de muitos, na verdade quase todos, de seus princípios na legislação que rege a Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: a Portaria do Ministério da Saúde 3.120, de 1 de julho de 1998.

Naqueles anos de PST/RJ todas as questões que diziam respeito à saúde do trabalhador eram debatidas e tomadas as iniciativas de participação, formulação e ações conjuntas⁶.

Domenico de Masi⁷ descreve a formação de grupos de pesquisa e realizações como uma constatação de que a maior parte das criações humanas é obra não de gênios

individuais, mas de grupos e de coletividades, que se encontram (casualmente) em algum momento e lugar e conseguem levar adiante conjuntamente seus desejos.

Creio que foi isso que aconteceu no Programa de Saúde do Trabalhador, naqueles anos iniciados em 1988. Anos plenos de muitas descobertas me levaram a entender, praticando, os conceitos de interdisciplinaridade e de intersetorialidade. Por certo, daí nasceu minha opção, agora no doutorado, por discutir a política nacional de saúde do trabalhador.

Trabalhando em equipe interdisciplinar com os companheiros que participaram daqueles tempos novos - Jorge Machado, Christóvam Barcellos, Ana Inês Simões, Leonor Pinto (Nonô), Fátima Sueli Ribeiro, Cláudia Osório, Gilberto Araújo, Clara Teixeira, entre tantos que tocavam na orquestra do PST/RJ, no período de dez anos (1988-1997), pude entender várias coisas. Hoje, por exemplo, ao ler na Portaria 3.120/98 as palavras interdisciplinaridade, intersetorialidade, controle social, observo com muita tranqüilidade o quanto não são palavras vazias, o quanto são pertinentes como "palavras de ordem". Por aí se começa o desenho de uma política de Estado em ST e seus desdobramentos.

Já nos primeiros anos, a efervescência de idéias e necessidades de aprofundamento levou-me, como a todos os outros componentes do PST/RJ, a buscar um aporte no debate teórico, pela via da inserção, em 1991, no mestrado da Ensp. Em 1994, concluí o mestrado tendo como tema da dissertação a municipalização das ações de saúde do trabalhador⁸.

A municipalização foi tema central da 9ª CNS, em 1992, e no ano de 1994 a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador propunha a construção de uma política para a área. Portanto, a dissertação buscava estar sintonizada com esse debate e tendo sido elaborada concomitantemente com as minhas atividades na municipalização, traduziu a minha experiência vivida naqueles anos, buscando uma linha de reflexão sobre os grandes temas que fervilhavam sobre a questão.

Com a consolidação institucional da área de saúde do trabalhador na Secretaria de Estado de Saúde, tive a oportunidade de coordenar o PST/RJ, no período de 1994 a 1997. Durante esse tempo, as principais atividades desenvolvidas no programa foram as ações

de vigilância em saúde do trabalhador e seus desdobramentos: normatização, fiscalização do trabalho com intervenções de impacto e negociações.

Em virtude das ações impactantes desenvolvidas pelo PST/RJ, junto a poderosas empresas públicas e privadas do Rio de Janeiro, muitas vezes recorria-se ao Ministério Público do Trabalho - MPT, solicitando a este o apoio para a abertura de inquéritos civis públicos e, mesmo, ações civis públicas, especialmente no caso em que as empresas relutavam em reconhecer o papel da secretaria de saúde como agente interventor nesse campo.

Com a intensificação das ações conjuntas foi proposto, e logo assinado, um convênio interinstitucional de cooperação técnico-jurídica em saúde do trabalhador com o MPT, em 1994. Foi outro período profícuo de atividades, especialmente aquelas que exigiam o aprofundamento do debate acerca das questões políticas e legais então implicadas na área.

Foi um tempo de grandes enfrentamentos com setores econômicos poderosos, em que a expressão intersetorialidade ganhava um caráter estratégico de execução, muito além do seu significado filosófico de intenção de fazer as coisas com outros setores.

Públicas ou privadas, em muitas dessas empresas se conseguia avançar, se não como nós desejávamos, pelo menos colocando a questão da saúde no trabalho permanentemente em cena. Foi assim na Casa da Moeda do Brasil, na Bayer, na Petrobrás, na Companhia Siderúrgica Nacional, na Asberit, na Sandoz, nas empresas do setor de construção e reparo naval, nas grandes empresas do setor metalúrgico e por aí vai⁹.

Nascia a pergunta: É possível construir uma política de Estado, permanente, moldando-a a partir da construção de práticas públicas de intervenção sobre os problemas? É uma das hipóteses que esta tese tenta responder.

Em 1995/1996, o fato de estar exercendo a coordenação do Programa de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro levou-me a integrar a Cist na representação atribuída ao Conass, como membro titular. Nela, tive o privilégio de redigir a primeira versão da Portaria nº 3.120/98 de Vigilância em Saúde do Trabalhador, junto com Lúcia Trajano, representante do Conasems nessa comissão. Além disso, como membro da Cist, em contato permanente com a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da

Saúde - Cosat, tive a oportunidade de trabalhar mais estreitamente com sua coordenadora Jacinta Senna da Silva, o que me levou posteriormente a trabalhar diretamente na área, cedido como servidor do Ministério da Saúde pelo escritório do Rio de Janeiro para a Cosat, em Brasília.

Nesse ano de 1996, ainda, estimulado pelo professor Miguel de Simoni, da Coppe - Engenharia de Produção da UFRJ, cursei o doutorado nessa área. Meu objeto, já nesse momento, era o delineamento de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Todavia, a discussão de políticas públicas de saúde não se constituía em tema habitual daquela instituição, pelo que, apesar de ter concluído as disciplinas, não tive possibilidade de concluir o curso, cujo enfoque era centrado muito fortemente na Ergonomia da Escola Francesa.

Nessa passagem, aprendi que a Ergonomia é uma poderosa ferramenta de auxílio para o exercício da vigilância em saúde do trabalhador, contribuindo para o aprofundamento do olhar no processo de intervenção.

Quando comecei a trabalhar diretamente na Cosat, em Brasília, o tema da construção de uma política nacional para a área de saúde do trabalhador passou a me instigar mais fortemente.

A possibilidade de conhecer mais proximamente o povo da saúde do trabalhador, intercambiar com muitos em encontros, oficinas, cursos e algumas publicações me levou a entender o quanto se carecia de uma política de Estado mais incisiva para a área, pois a competência técnica aliada ao compromisso, à militância e à paixão pela questão não eram suficientes para traduzir em práticas concretas a utopia e o desejo desse povo de transformar a realidade.

A oportunidade que tive de viajar por todo o Brasil corroborou esse sentimento. Alternando com a Jacinta a participação em inúmeros eventos e cursos, compartilhávamos a construção da área com os estados em que ainda não havia discussão acumulada sobre o tema. Reforçava-se a utopia da transformação. Restava sacudir a realidade.

E a oportunidade de sacudir mais rapidamente a realidade começou a se dar nos diversos cursos de Vigilância em Saúde do Trabalhador que coordenei com outros companheiros, cuja metodologia é, também, parte discursiva desta tese. Neles, pude

(re)alimentar a convicção de que era possível continuar caminhando para o horizonte de uma política nacional mais perene.

Demais, as discussões vigentes nos diversos espaços de debate em ST, aliadas à leitura de textos que sistematicamente vinham fazendo a necessária ponte entre ST e meio ambiente, levaram-me a refletir sobre essas inter-relações e buscar novos caminhos. Foi quando, em 2002, fiz o concurso para o doutorado no Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília.

Durante a confecção do anteprojeto de tese¹⁰ tive acesso a uma bibliografia de desenvolvimento sustentável que me chamou a atenção para alguns pontos. A despeito de que o processo de industrialização é, a priori, a origem mais remota da relação saúde-trabalho, e a relação saúde-meio ambiente-desenvolvimento não deixa de ter as mesmas origens, tanto que os encaminhamentos de suas questões são comuns, uma e outra guardam uma enorme distância entre si.

Nesse contexto, é invariável a ausência da categoria trabalho das discussões conceituais sobre desenvolvimento sustentável. Por seu turno, é também invariável a limitação da amplitude conceitual das relações saúde-trabalho, de per se. Baseado nessas questões, esse anteprojeto foi a 1ª grande aproximação que fiz com a presente tese.

Na ocasião, nascia uma outra pergunta: é possível discutir-se políticas públicas de desenvolvimento sustentável tendo como ponto de partida as relações saúde-trabalho?

Logo em seguida à minha aprovação na UNB, fui também aprovado no doutorado da Ensp e entre as duas instituições optei por seguir o caminho mais próximo à saúde pública, "vícios" de origem, talvez. O estímulo da Maria Helena Barros de Oliveira e o acolhimento de William Waissmann, meu orientador, sem dúvida influenciaram na decisão.

Minha breve passagem pela UNB me propiciou mais esse aprendizado: falta alguma coisa ao desenvolvimento sustentável possivelmente da mesma índole do que falta à saúde do trabalhador. E eis-me aqui.

Parte 2 – Pensando (hipóteses e pressupostos)

Na origem e no decorrer desta tese, estou considerando a área de saúde do trabalhador como ponto de partida para se pensar políticas de Estado em

desenvolvimento sustentável, no atual contexto da globalização econômica. Feita a opção, por entender que as relações saúde-trabalho moram na quintessência dos problemas do desenvolvimento, restou-me estabelecer o caminho a percorrer nas linhas do pensamento político.

Devo justificar o porquê do título da tese, onde optei por sintetizá-lo, com o cuidado de não desconsiderar as variáveis produção, consumo e meio ambiente, obviamente também profundamente implicadas. Na expressão do título *saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável*, a despeito de seu aparente "enxugamento", em todo o tempo da análise considerei e espero que assim seja entendido que aquelas outras variáveis estejam implicitamente consideradas no objeto maior da política de Estado.

A opção pela categoria trabalho significou assumir a expressão simbólica mais tradicional e histórica das relações de produção e consumo, além de ser a sua essência mais primitiva. Portanto, analisando o trabalho estaremos analisando as relações de produção e consumo. Do mesmo modo, a categoria meio ambiente é considerada como essencial para a sustentabilidade, e, assim, a expressão desenvolvimento sustentável encerra como pilar central a discussão de meio ambiente.

A rigor, o título da tese deveria ser: *Inter-relações entre saúde, trabalho, produção, consumo, meio ambiente e desenvolvimento sustentável...* Mas, a limitação do fôlego (de fumante) me levou a sintetizá-lo à expressão mínima, embora ousando analisá-lo na expressão máxima.

A área de saúde do trabalhador, como veremos mais detalhadamente em outros capítulos, tem uma profunda e visceral ligação com o pensamento de Karl Marx, desde a sua concepção até o desfecho da realização de seus objetivos no campo da execução das políticas públicas em saúde.

Ora, se há um aparente anacronismo no pensamento marxista com suas clássicas categorias de análise, especialmente aquelas que dizem respeito ao trabalho como categoria central e móvel das transformações sociais, por outro lado, o pensamento marxista contemporâneo continua sendo um parâmetro de análise da macro-política, tanto estrutural quanto conjunturalmente.

O centralismo de Marx é tão evidente nas atuais análises da política nacional e internacional, que mesmo os autores que desconsideram seus enunciados continuam

utilizando suas categorias explicativas para desconsiderá-los. Bobbio (2006) bem se contrapõe à forma tantas vezes irritadiça de seus críticos, especialmente após a queda do muro de Berlim.

A desestruturação do socialismo real na maioria dos países onde foi "experimentado" nada tem a ver com a destituição do pensamento vivo de Marx. Não foi o pensamento marxista que se desestruturou e sim a interpretação do materialismo histórico na sua aplicação a esses Estados-nação.

Do mesmo modo, nos (poucos) países onde vigora um "socialismo real", não é o pensamento marxista o responsável pela sua manutenção e, tampouco, o guia para o seu funcionamento. Liberdades democráticas e condições dignas de vida foram e são colocadas em cheque em Estados autoritários, ditos socialistas. O mesmo raciocínio vale para regimes autoritários de direita. O espaço para a implantação de regimes autoritários fascistas, como contrapartida à implantação do socialismo, que antes interessava ao capital, agora já não interessa ao mercado global.

Na verdade, pouco a pouco vai se expandindo um autoritarismo do mercado que sobrepuja o autoritarismo de Estados, de um lado ou de outro. O que Marx tem a ver com isso é a capacidade que teve de prever a atual marcha dos acontecimentos.

Mudou o mundo, mas não mudou o pensamento marxista, enquanto motor das utopias que enxergam um mundo menos desigual, o que é reconhecido mesmo pelos seus contestadores, que alegam ser as desigualdades inevitáveis nas relações sociais.

Como analisaremos nos capítulos seguintes, contemporaneamente é o mercado que rege as relações políticas intra e internacionais e aí vemos o quanto o pensamento de Marx, assim como o de outros pensadores como Karl Polanyi, reveste-se de atualidade e pertinência para a compreensão da dinâmica sociopolítica dos acontecimentos.

Ao longo deste trabalho, pouco a pouco se observa a adequação e atualidade do pensamento marxista, aquilatadas pela profusão de idéias marxistas que se aplicam aos objetivos do tema aqui enfocado.

Assumir o marco teórico do materialismo dialético nesta tese, mais do que o risco de ser aparentemente anacrônico, representa uma fidelidade de origem com o tema proposto: as relações saúde-trabalho/produção, cuja possibilidade de ser um parâmetro de reflexão para as políticas de desenvolvimento sustentável é não só inegável como

inestimável. É um belo desafio a que me propus enfrentar e me sinto agradecido a Marx por tê-lo propiciado. O que não quer dizer que eu vá me deter, na tese, em análises da teoria marxista, mesmo porque inúmeros outros trabalhos em saúde do trabalhador, bastante mais consistentes, do que o que eu poderia trazer aqui, já o fizeram. Como guru da saúde do trabalhador, seu retrato estará na parede onde se desenrola a cena deste trabalho. O que para Marx, nos tempos atuais, não é pouco.

Desde que o sistema de saúde brasileiro assumiu normativamente (1988 e 1990)¹¹ a questão da saúde do trabalhador, como uma de suas atribuições, imputou-se uma responsabilidade ao Estado brasileiro, pelas vias de suas estruturas de saúde, não assumida ou, pelo menos, não completa e competentemente assumida, de verter políticas públicas voltadas para a área.

É bem verdade que o fato de se tratar de um campo novo, no espectro de abrangência das políticas públicas em saúde, coloca as peculiaridades da área de saúde do trabalhador como um permanente desafio para o seu desenvolvimento técnico-operacional por dentro das práticas de saúde em geral.

Isso pode ser visto na questão da assistência, na formação e educação permanente dos quadros, no tratamento das informações e, claro, na condução de políticas locais, focais e mais gerais. Tímidas tentativas vêm sendo efetuadas, ao longo dos últimos 17 anos, no sentido de prover políticas e normativas, no setor saúde, mas sem impacto ou sistematizações que a coloquem como vertente de política de saúde relevante.

Várias são as razões, que se pretende trazer à análise neste trabalho, que impedem que a área de ST decole como política de saúde com a relevância e importância estratégica para as políticas de desenvolvimento do país de que deveria merecer interesse, por parte do Estado brasileiro.

Uma delas, por muito provável a principal, é a não valorização, ou invisibilidade, da categoria trabalho como um fator complexo de determinação social dos problemas de saúde das mais diversas ordens, nos mais diversos grupos populacionais.

Seja intencionalmente, por suas implicações com o poder econômico, ou não, o trabalho permanece invisível como determinante fundamental da relação saúde-doença. Mantém-se pouco visível para a gestão pública de saúde e do Estado em geral, para a

mídia, para a sociedade e, até, muitas vezes, para os próprios trabalhadores e suas famílias.

Assim não fora, a abordagem da área de saúde do trabalhador deveria emprestar uma amplitude diferenciada e mais relevante no âmbito das políticas de saúde. Coisa que não ocorre.

□ A categoria trabalho

Os chamados problemas de saúde das coletividades e grupos sociais, como as relacionadas ao enfoque por: agravos (doenças transmissíveis, câncer, enfermidades degenerativas, saúde mental), hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogadição), grupo etário (crianças, adolescentes, idosos), sexualidade e gênero ou origem étnica, têm com o trabalho evidentes interfaces e nele muitas vezes o seu principal determinante social.

Contudo, as formas tradicionais de abordagem desses problemas não dão conta da necessidade de sua incorporação, enquanto categoria, ao objeto de análise, de intervenção e de superação de seus desafios, colocados ao nível das práticas de saúde.

Mesmo as tentativas mais recentes de imprimir um novo desenho ao olhar da saúde coletiva sobre grandes questões de relevância social, tais como a violência (doméstica, do trânsito, urbana), a prostituição (infantil ou adulta), os fluxos migratórios e as ocupações desordenadas do espaço urbano, a diáspora das populações rurais devido ao modelo agrícola brasileiro, os danos ambientais, a bioética, enfim, encontram grandes dificuldades de estabelecer relações mais explícitas com a área de saúde do trabalhador, ou em última instância, com a categoria trabalho.

O fato ganha relevância, especialmente quanto à dificuldade de compartilhar com o trabalho os seus objetos de análise e campos de ação, a que essas grandes questões também estão indissolúvelmente ligadas. Isso, sem considerar as inúmeras questões relacionadas mais diretamente à saúde do trabalhador que, longe de serem resolvidas, mantêm-se muito mal equacionadas como política de Estado.

Embora o trabalho seja questionado como categoria sociológica fundamental e possa ter "perdido", segundo alguns autores¹², o caráter de motor das transformações sociais mais profundas, continua sendo uma categoria explicativa do adoecer e morrer de grandes contingentes populacionais.

Está presente como fator determinante, às vezes de forma preponderante, outras de forma adjacente ou subjacente nas questões de saúde e doença, seja qual for a modalidade e a ênfase da abordagem. Para ficar em alguns aspectos dos que foram enunciados anteriormente, seja na abordagem por agravos, hábitos de vida, grupo etário ou grupo étnico, gênero e violência, seja na ordem do espaço e território e do meio ambiente, o trabalho está no centro ou, na "pior" das hipóteses, na zona de influência de seus determinantes.

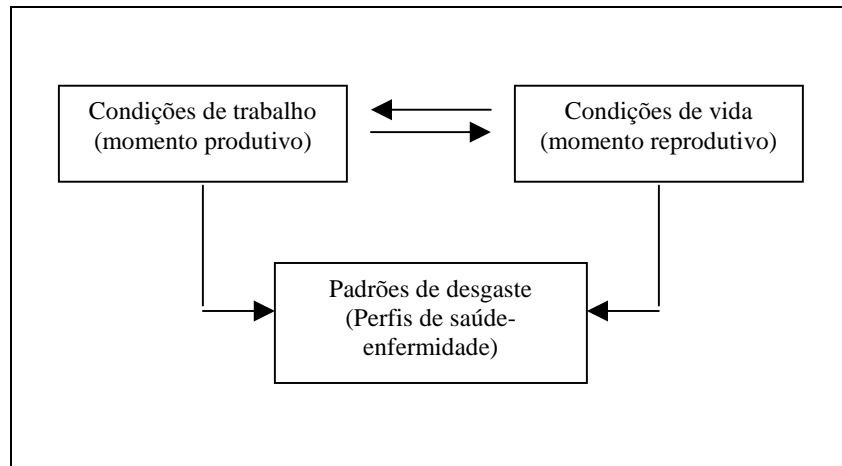
Francisco de Oliveira (1989) numa análise singular sobre o olhar marxista do conceito de reprodução humana estabelece uma relação entre indicadores de saúde e a categoria trabalho: "*A mortalidade, pois, é função do "consumo" das forças de trabalho. Seus níveis, taxas, coeficientes gerais e específicos dependem, em última análise, dos níveis de exploração da força de trabalho, da intensidade da exploração, da brutalidade da exploração*" (Oliveira, 1989: 140).

Nessa relação, "*a mortalidade das classes não trabalhadoras também pode ser pensada pelo mesmo crivo da teoria do valor [...]*" (idem *ibidem*). Na relação entre saúde coletiva e trabalho existiriam mais pontos em comum do que os determinantes sociais dos agravos, com ênfase na mortalidade, aparentemente nos mostra.

Ainda, o autor assinala a outra face além da mortalidade, essencial para se pensar o conceito marxista de reprodução humana: o da fertilidade: "*Se a mortalidade é o lado do "consumo" das forças de trabalho ou da sua negação, a fertilidade responde pela reposição de uma das reservas das forças de trabalho [...] que é a reprodução da população*" (Oliveira, 1989:141). Nesse contexto, a expansão ou contração das populações é determinada mais pelos ciclos de acumulação do capital do que propriamente pelos movimentos demográficos (idem *ibidem*).

Yanes (2003) de modo simplificado estabelece a mesma relação, conforme expresso na figura a seguir:

Figura 1
Relação momento produtivo - momento reprodutivo



Fonte: Reproduzido de Yanes (2003)

A aparente perda da centralidade do trabalho como categoria social relevante se fundamenta na evidência de uma reestruturação produtiva em que se chegou a anunciar o fim do trabalho (Antunes, 1995). Entretanto, é curioso que discutir o fim do trabalho, sua ausência, ou suas novas modalidades relacionais, significa continuar a discuti-lo. "*O trabalho, na verdade, nunca começou e, ao mesmo tempo, rejuvenesce sem cessar*" (Schwartz, 2004:36).

Ao contrário, os mecanismos "reestruturadores" da produção, ao que tudo indica, vêm provocando o fenômeno de que as pessoas trabalhem cada vez mais, inclusive de forma mais precarizada (Lesbaupin, 2000; Lesbaupin e Mineiro, 2002). Ricardo Antunes (2003) sintetiza essa idéia:

A classe trabalhadora, por conseguinte, é mais ampla do que o *proletariado industrial produtivo* do século passado, embora este ainda se constitua em seu núcleo fundamental. Tem, portanto, uma conformação mais fragmentada, mais heterogênea, mais complexificada, mais polissêmica e mais multifacetada. Uma conformação que só pode ser apreendida se partirmos de uma *noção ampliada de trabalho*. E apresentar essa processualidade multiforme, como procuramos fazer aqui, é muito diferente, como vimos, de afirmar o fim do trabalho ou mesmo o fim da classe trabalhadora (Antunes:2003:60).

A dialética trabalho-não trabalho no mundo contemporâneo traz à tona categorias que retirariam sua centralidade das relações sociais, a meu ver, como mecanismo dissuasivo da luta de classes. E, qualquer que seja a teoria que embasa a perda de

centralidade do trabalho na configuração do Estado moderno, ao relativizá-lo como motor da vida humana e balizador da forma como ela se comporta sobre o planeta, reproduz a razão da lenta trajetória da civilização humana na direção da igualdade de direitos.

Dos séculos e séculos acumulados de escravidão e servidão, em que o trabalho foi desconsiderado como fiel da balança do processo civilizatório, restou ao trabalho o papel secundário de dar provimento à dominação.

Quando, enfim, "deu-se" a ele o papel de motor das transformações sociais, começaram as transformações sociais que mudaram a face do mundo. Hoje, reservar ao trabalho o papel secundário na dinâmica da transformação das sociedades na direção do direito à liberdade e à dignidade é, de certo modo, renunciar à utopia da transformação.

As categorias "elevadas" a essa justificativa de desconhecer a centralidade do trabalho, do desemprego estrutural ao ócio, passando pelo voluntariado e pela automação, chegando à sociedade cibernética, continuam tendo como referencial o trabalho para se justificarem. Repensar a categoria trabalho é um desafio mal enfrentado pela política e pelas ciências sociais.

Além disso, questões sociais mal equacionadas em todo o mundo revelam a face negada ao trabalho como categoria móvel do processo civilizatório: o tráfico de pessoas, o trabalho escravo, o trabalho infantil, a exportação da prostituição, os fluxos migratórios desesperados de grandes contingentes populacionais.

A civilização do trabalho pleno e digno é o modelo de civilização humana utópica e não experimentada.

□ A área de saúde do trabalhador no SUS

A área de saúde do trabalhador, ou para ser mais projetivo, para onde se apontava desde suas primeiras aparições conceituais no Brasil: a área das relações produção-saúde¹³, transita, no âmbito da saúde pública e coletiva, de forma periférica e marginal¹⁴, seja na formulação (plano das políticas), na configuração institucional (organização de serviços), na formação de recursos humanos ou na delimitação do campo das determinações sociais dos processos saúde-doença.

Além da sua marginalidade, no que tange à formulação das políticas públicas, outro sinal de que a área de saúde do trabalhador não vem merecendo relevância como

política de Estado é a perpetuação de uma equívoca fragmentação da área, intra e extra-setorialmente ao setor saúde, propriamente dito. Cultura de fragmentos, pois bem.

Intra-setorialmente, pela desconsideração da categoria trabalho como determinante central de situações de saúde-doença, sem o devido componente articulador de áreas da atenção básica, epidemiologia, vigilância e assistência focadas na categoria determinante.

Do ponto de vista extra-setorial, mais problemática, ainda, é a situação, porquanto não só inexistem articulações entre os setores governamentais de saúde, meio ambiente, trabalho e previdência, para ficar apenas nos mais diretamente ligados à questão, como persistem questionamentos quanto à competência do setor saúde em exercer a vigilância das relações saúde-trabalho e conflitos desta com a fiscalização trabalhista das normas de saúde da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Fruto de um diagnóstico situacional, indicativo da necessidade de superação do modelo vigente de atenção à saúde dos trabalhadores¹⁵, a questão se incorporou à profunda revisão dos marcos conceituais do setor saúde, em sintonia com a Reforma Sanitária, cujo ápice de formulação política ocorreu com a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1986, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no contexto do debate que influenciou o processo constituinte.

Em 1988, com a Constituição Federal; em 1989, com as Constituições Estaduais; e em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei 8080, de 19/09/90), parte substancial da discussão que se travou naquele período foi levada à letra da lei, coroando algumas das grandes questões que se colocavam em relação à área de saúde do trabalhador. Entre essas questões podemos destacar a inovação do próprio conceito de saúde do trabalhador, as interfaces de sua abordagem com a sociedade, em especial com o movimento sindical, a mudança do caráter do modelo interventor e a sua introdução no campo das políticas públicas de saúde, trazidas para o corpo das legislações reguladoras da área¹⁶.

A reformulação do sistema de saúde, consignada na Constituição Federal de 1988 e suas legislações regulamentadoras, estabelece as diretrizes de uma Política Nacional de Saúde, ao mesmo tempo em que se inicia o esboço de uma nova configuração, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Na verdade, várias foram as tentativas para esboçar uma política, considerando-se as coisas que se deveria ter em conta para isso (Vasconcellos, 2000).

O esforço de alguns técnicos, inseridos nas estruturas do setor saúde, aqui e acolá, entretanto, não foi suficiente para que se configurasse essa política, em consonância com os princípios do SUS. Além de não se superar a histórica fragmentação institucional, na medida em que se mantiveram desarticuladas as atribuições confinadas à área do trabalho (fiscalização, principalmente) e da previdência (informações, principalmente), o próprio SUS não conseguiu estabelecer seus próprios mecanismos de planejamento para a área.

As formas de estruturação e de produção das ações de saúde do trabalhador, por dependerem de um intrincado embate entre o movimento sindical e o poder econômico, mediado por um Estado omissivo que é questionado, invariavelmente, por uma das duas partes envolvidas nesse embate, ora pela eficiência, ora pela ineficiência de sua atuação, longe estão de superarem os dilemas colocados.

A trajetória tateante de constituição dessa política propiciou a conjugação de forças sociais e institucionais que, em algumas ocasiões, provocaram o Estado para uma definição política e um posicionamento mais claro e mais resolutivo, em relação à área, sempre buscando o horizonte de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS. Foi o caso da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em março de 1994, com o tema incisivo: *Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador*. O momento da 2ª CNST foi o clímax de uma grande mobilização de representantes institucionais e sindicais, no esforço supra-setorial de consolidar e provocar o desencadeamento de ações concretas, no âmbito do SUS. Mas, continuou faltando a definição de uma política mais determinante.

Onze anos depois da 2ª CNST, foi realizada a 3ª CNST, de 24 a 27 de novembro de 2005, sem que se tivesse, ainda, o desenho estruturado de uma política de Estado para a área. Seus 3 eixos temáticos tratando da integralidade e transversalidade da ação do Estado; da sua incorporação nas políticas de desenvolvimento sustentável; e da efetivação e ampliação do controle social reafirmam que existem lacunas na política para a área. As 3 conferências serão analisadas mais detidamente no capítulo 5.

Afora os momentos assinalados, em 2004 foi colocado em consulta pública o documento *Política Nacional de Saúde do Trabalhador*, fruto de uma elaboração a várias

mãos, que vinha sendo efetuada por diversas representações da área havia cerca de 6 anos e tendo sempre protelada sua promulgação oficial definitiva pelos escalões de 2º nível do Ministério da Saúde. Ao final do ano de 2006, o documento ainda não havia sido assumido pelo Ministério da Saúde¹⁷.

Em 2005, um outro documento sobre política foi subscrito e divulgado pelos Ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência Social¹⁸, como subsídio para a 3ª CNST. Este representa antes um protocolo de ação conjunta, nos moldes do que havia sido proposto em 1993, pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador¹⁹, do que propriamente um documento que inove em termos de formulação de uma política de Estado. No decorrer da tese vamos analisar essas tentativas de se apontar para uma política de Estado em que a área de ST está visceralmente implicada.

Do ponto de vista operacional, podemos considerar que a política nacional de saúde do trabalhador é conduzida pela área técnica de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde, situada no 4º escalão de poder da estrutura ministerial. Ou seja, pelo nível de sua inserção hierárquica na estrutura do Estado brasileiro, vê-se de pronto a sua incapacidade de estabelecer diretrizes com efetivo poder decisório.

Marchas e contramarchas estruturais, no âmbito do Ministério da Saúde, levaram a área de um lado a outro: vigilância sanitária, assistência à saúde, até se instalar na Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, em 1998. No ano 2000, voltou a ser fragmentada com a criação de uma área paralela, que será analisada no capítulo 6.

Somente em 2003, no início do 1º governo Lula, foi unificada sob a rubrica de Área Técnica de Saúde do Trabalhador - Cosat, vinculada à (nova) Secretaria de Atenção à Saúde - SAS.

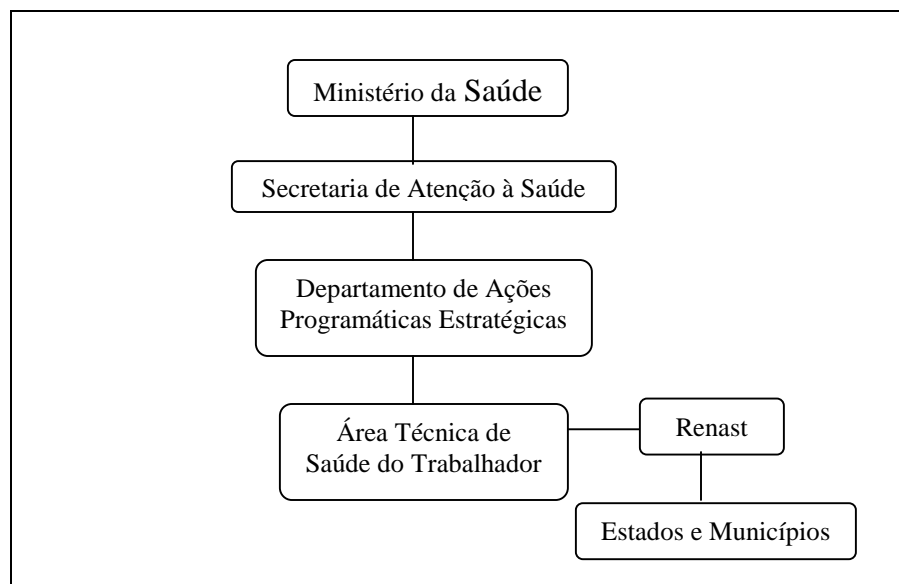
A dificuldade da área em se localizar estrategicamente na instituição é reflexo estrutural da situação política periférica e irrelevante em que a mesma se encontra (figura 2). Decorre disso uma série de problemas de articulação, até hoje insuperáveis, principalmente com as áreas de vigilância em saúde (informações e mecanismos fiscais), assistência e outras instâncias, a exemplo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, que inexplicavelmente não considera o tema como seu objeto e não possui qualquer interface formal com as áreas técnicas do SUS, no sentido da formulação

conjunta para o campo da vigilância em saúde do trabalhador, atribuição inequívoca do sistema de saúde.

De todo modo, existe um esforço da equipe técnica ministerial que, hoje, recai na implementação da chamada Renast - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS, a que chamo de 2ª Renast, como veremos no capítulo 6. Contudo, em fase de implantação, a 2ª Renast, a despeito de sua importância como estratégia de fomento da área, está longe de se configurar como ferramenta estruturadora da política de Estado, sintonizada e entronizada nas políticas de desenvolvimento sustentável do país, conforme penso e desenvolvo nesta tese.

Figura 2

Estrutura sintética da área de saúde do trabalhador no SUS



Fonte: Ministério da Saúde - 2006.

□ Pensando as hipóteses

Levando em conta essas variáveis relacionadas à categoria trabalho, à estruturação da área de saúde do trabalhador e às tentativas de estabelecer uma política nacional mais abrangente, consideramos como hipótese central desta tese que:

É POSSÍVEL PENSAR UMA POLÍTICA DE ESTADO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL TENDO COMO PONTO DE PARTIDA AS RELAÇÕES SAÚDE-TRABALHO

E, a partir desta, como hipóteses secundárias:

- É possível construir uma política de Estado, permanente, moldando-a a partir da construção de práticas públicas de intervenção sobre os problemas;
- É possível inserir o temário do desenvolvimento sustentável na política nacional de saúde do trabalhador e vice-versa;
- O Sistema Único de Saúde tem vocação e capacidade política e operacional para gerir compartilhadamente as políticas de desenvolvimento sustentável do Estado brasileiro.

Para tentar demonstrar essas hipóteses utilizei 3 ordens de pressupostos.

Um primeiro bloco de pressupostos teórico-conceituais, aos quais atribuo grande parte dos obstáculos para a definição das políticas públicas no campo de abordagem da tese. A partir de conceitos abalados, políticas públicas estruturalmente abaladas.

Um segundo bloco relacionado aos aplicativos legais, negociais e de incentivo hoje disponibilizados no país, pelas instâncias do Estado. A lei como expressão do ordenamento no Estado de direito deve refletir o Estado a que se refere. Daí, a necessidade de compreender esse Estado e para onde ele caminha. A negociação como expressão da solução de conflitos, por dentro do aparelho de Estado e, não, como negócios paralelos ao Estado. E os mecanismos de incentivo como estímulo ao aprimoramento do Estado e, não, como benesse personalizada do Estado.

E, finalmente, um terceiro bloco de pressupostos considerando o teatro de operações, ações e movimentos no aparelho de Estado da saúde, suas estruturas, seus programas e o desenvolvimento das políticas.

No decorrer da tese, os 3 blocos não são dispostos nessa ordem, pois ao longo do texto os pressupostos contidos nos blocos se interpenetram. A seguir, resumo cada um deles.

- Pressupostos teórico-conceituais:
 - a) desfocalização da relação saúde-trabalho nas políticas de saúde pública;
 - b) desfocalização da relação saúde-trabalho nas políticas de desenvolvimento do país e em geral;
 - c) desfocalização da relação saúde-trabalho na produção de conhecimentos vinculados às ciências ambientais e demais ciências que subsidiam o ideário do desenvolvimento sustentável;

- d) desvirtuação do conceito de saúde do trabalhador;
- e) solução direcionada para problemas pontuais.

- Pressupostos quanto aos aplicativos legais, negociais e de incentivo:
 - a) legislações restritivas no enfoque;
 - b) negociações de base histórica na hegemonia do capital;
 - c) ausência de mecanismos sistemáticos na inteligência do sistema de saúde;
 - d) enfoque não sanitário dos mecanismos legais, negociais e de incentivo;
 - e) ausência de critérios de contrapartida nos mecanismos legais de incentivo.

□ Pressupostos relacionados ao teatro de operações, ações e movimentos no aparelho de Estado:

- a) renúncia da vocação sistêmica do SUS;
- b) simplificação da missão institucional do campo saúde-trabalho;
- f) saúde do trabalhador com foco no assistencialismo;
- g) inadequação da inserção da área na estrutura do aparelho de Estado.

Parte 3 – Doutorado (objetivos e métodos)

A configuração de uma política de Estado implica, necessariamente, em comprometer as estruturas do Estado, como instâncias de plano e ação, no projeto definidor da política.

Se estamos pensando nas relações saúde-trabalho-desenvolvimento como seu eixo, incluídas as variáveis produção, consumo, meio ambiente, sustentabilidade, as políticas de saúde devem incorporar às suas macro-diretrizes as questões da produção e do desenvolvimento, do mesmo modo que as de trabalho/produção devam incorporar questões de saúde e meio ambiente e assim por diante. Aproximações que Raquel Rigotto assinala como o aprofundamento de relações entre a "pauta verde" e a "pauta vermelha" (Rigotto, 2003:400).

A possibilidade de que isso ocorra depende de níveis macro de articulação das estruturas definidoras nas instâncias de decisão, fato não experimentado ainda.

E, pode-se dizer, não experimentado pela ausência de uma inteligência sanitária na condução das macro-políticas de saúde, em que continua sobressaindo uma visão assistencialista, por parte das estruturas do aparelho de Estado, nas esferas dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

Por sua vez, as próprias estruturas do aparelho da saúde também vêem o SUS na perspectiva basicamente assistencialista, cujo potencial de agregação às macro-políticas desenvolvimentistas ficam por conta da sua expansão na oferta de serviços curativos, principalmente hospitalares. Aquilo que Wanderlei Pignati coloquialmente chama de Sistema Único de Assistência à Saúde. O SUS não mostrou a sua face sistêmica na estrutura do Estado brasileiro e, tampouco, para a sociedade.

Antonio Ivo de Carvalho (2006) considera que o SUS trouxe 3 grandes blocos de inovações: 1 - o de um novo pacto social, em que sobressaem o direito à saúde, a universalidade e a solidariedade social na perspectiva da seguridade; 2 - o de um novo modelo de gestão, em que sobressaem a unicidade com descentralização e o controle social; e 3 - o de um novo modelo de atenção, em que sobressai o princípio da integralidade. E eu agrego um 4º bloco: o de um novo modelo sistêmico de política de Estado que, como observo, ainda não foi experimentado.

Rever o papel sistêmico do SUS é o passo inicial, sugestivo e facilitador da política de Estado que ora propomos. Induz-nos à revisão do modelo SUS a sua própria conformação de sistema de saúde, cuja filosofia e ideologia sistêmica o próprio nome sistema único nos aponta.

E que a unicidade nos guie para nos fazer entender que o seu significado não é uma figura de retórica que unifica serviços de saúde nas 3 esferas de governo. Unicidade, mais do que isso, significa estabelecer comando político com unificação de interesses e diretrizes de tudo aquilo que diz respeito direta ou indiretamente à saúde. E quanto mais próximo, quanto mais diretamente ligado à saúde, caso da sustentabilidade, mais diretamente ligado ao poder político deverá estar o sistema de saúde. Não é isso que ocorre.

A gestão do SUS, nas 3 esferas de governo, passa ao largo das questões ligadas aos processos produtivos e ao desenvolvimento, só para falar nas mais diretas com o

nosso tema. O mesmo distanciamento ocorre com a gestão participativa, ao nível das instâncias de controle social do SUS.

Unicidade, enfim, que não passa pela absorção de estruturas ou órgãos, mas somente pela articulação e inteligência programática, em que a integração de ações no interesse da saúde preserva o desenho estrutural do aparelho de Estado brasileiro, mas lhe confere outra dinâmica e novos objetivos.

□ O SUS - da retórica à dinâmica sistêmica

A compreensão de sistema que adotei neste trabalho tratou de simplificar o enfoque epistemológico da teoria de sistemas²², buscando uma semântica coerente com a idéia supostamente impregnada na definição de Sistema Único de Saúde. Ou seja, aquela que coloca na própria definição de saúde, presente no artigo 3º e parágrafo único da sua lei orgânica (Brasil, 1991), a interarticulação entre os seus *"fatores determinantes e condicionantes [...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais"*, em que *"os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País"* (idem ibidem), cujas ações *"se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social"* (idem ibidem).

Nesse contexto, recorrendo ao senso comum quanto à idéia de sistema e suas profusas definições que se complementam entre si (Ferreira, 1986), ao longo do texto estaremos utilizando os seus diversos significados: conjunto de elementos entre os quais se possa encontrar alguma relação; disposição das partes ou dos elementos de um todo, coordenados entre si, e que funcionam como estrutura organizada; elementos naturais da mesma espécie, que constituem um conjunto intimamente relacionado; conjunto de instituições políticas ou sociais, e dos métodos por elas adotados, encarados do ponto de vista teórico e de sua aplicação prática; conjunto de entidades relacionadas com determinado setor de atividade; reunião coordenada e lógica de princípios ou idéias relacionadas a um campo do conhecimento; conjunto ordenado de meios de ação e idéias, tendente a um resultado; e, finalmente, sua idéia como plano e método (Ferreira, 1986).

A vocação sistêmica com o sentido da unicidade não é uma figura de retórica na constituição do SUS. Tanto, que não passou despercebido ao legislador a necessidade de

exercê-la. Assim, lê-se na Lei Orgânica da Saúde, nos seus artigos 12, 13 e 14, que o sistema criará "*comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil*" e que a "*articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: I - alimentação e nutrição; II - saneamento e meio ambiente; III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; IV - recursos humanos; V - ciência e tecnologia; e VI - saúde do trabalhador*" (grifei), além de estabelecer a criação de "*Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior*" (Brasil, 1991).

Como se vê, muitas das grandes questões que dizem respeito ao desenvolvimento estão originalmente presentes na concepção do sistema, no tocante à sua responsabilidade de articulação, formulação política e ação.

Mesmo assim, podemos considerar que não existe uma compreensão de SUS dentro da concepção sistêmica de política de Estado, no interesse da saúde da população como um todo. Tanto a população usuária dos serviços de saúde, quanto, o que é mais problemático, os profissionais de saúde, os gestores do sistema, políticos e até estudiosos, confundem o SUS com serviços de saúde.

Ora, o SUS é sistema, bem definido, e bem demonstrado na lei que o rege, aglutinador de políticas públicas intersetoriais para dar conta de prover saúde à população brasileira, em todas as suas interfaces Estado-sociedade.

Contudo, embora o SUS seja um sistema, como atesta seu próprio nome, ele não é sistêmico, como comprova o seu comportamento político-institucional. Ou seja, embora pareça contraditório, o SUS é um sistema, mas não é sistêmico, como veremos ao longo de toda a tese.

De todo modo, é compreensível o porque da paralisia do sistema na direção de um enfoque sistêmico. Vislumbra-se que na evolução gradativa de implementação e consolidação de um SUS sistêmico surgirão conflitos com outros setores, como, aliás, já ocorrem. Esses conflitos políticos, corporativos e institucionais deverão ser tão mais intensos quanto mais forem assumidas as prerrogativas sistêmicas pelos gestores em cada

nível de gestão. Pois que gerência na perspectiva sistêmica significa ingerência na perspectiva política.

Daí, a necessidade de se ter uma retaguarda de poder que só o Estado, do alto da macro-política, alicerçado na convicção de uma política sólida e eficaz é capaz de garantir. A característica de solidez estrutural, como analisaremos adiante, confere ao SUS essa prerrogativa. Falta exercê-la. E para exercê-la é necessário que as gestões executiva e participativa do SUS revejam o seu papel sistêmico e passem a fazer incursões mais ostensivas e convincentes junto aos níveis decisórios dos poderes da República para que assim seja reconhecido.

Na medida em que o SUS se compõe de uma rede de vasos comunicantes de instâncias de controle, pouco sujeitas a variações conjunturais, tanto por agendas eleitorais não sincrônicas nas diversas esferas de comando, como no caso do controle efetuado pelos gestores (comissões gestoras locais, Cosems, Conasems, Conass, comissões intergestores bipartites e tripartite), quanto pelas instâncias do controle social (conselhos comunitários, municipais, estaduais e nacional de saúde), o SUS tem a capacidade de romper com a cultura nacional de "esvaziar gavetas" com a mudança dos governantes. Capacidade ainda não efetivada.

Do mesmo modo, se observarmos que o advento do SUS representou uma ruptura gradual com o percurso histórico brasileiro na condução setorial e institucionalmente isolada das ações e programas de saúde pelas 3 esferas de governo, vislumbramos a possibilidade de uma política de Estado, pensada sobre um agir intersetorial, com uma ideologia hegemonicamente sanitária, capitaneada e conduzida pela gestão da saúde como fim e não como meio tão somente.

Algumas aproximações com a perspectiva sistêmica do SUS vêm sendo efetuadas ao longo dos anos. Já em 1988, ano da consignação do SUS na Constituição Federal, a Opas propunha a criação de Silos - Sistemas Locais de Saúde (Finkelman, 2002), numa perspectiva de rede ampliada de abrangência da oferta de serviços.

Posteriormente, os Distritos Sanitários (Mendes, 1993), nessa mesma linha, foram adotados aqui e acolá como estratégia de gestão planejada da saúde sobre territórios delimitados. Ambos, contudo, concentram seu foco de ênfase no planejamento sobre a demanda e otimização da oferta com racionalização e qualificação da "cesta" de serviços

de saúde. Sem questionar sua pertinência e extrema utilidade no planejamento, a idéia sistêmica da saúde ombreando as demais estruturas do aparelho de Estado na determinação das macro-políticas de seu interesse também não é realçada nesses casos.

Influenciadas pela Carta de Ottawa - 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde/1986 (Brasil, 2002), aumentaram as aproximações sistêmicas do campo da saúde, especialmente com as políticas do desenvolvimento sustentável. Nesses últimos 20 anos foram propostos e criados, em diversos locais, políticas integradas em espaços saudáveis: ambientes / municípios / cidades / territórios / empresas, entre outros.

Uma confluência dessas diversas propostas evoluiu mais recentemente para o enfoque da promoção da saúde. E, nessa linha, a promoção da saúde foi consignada como política do SUS, há pouco, por meio da Portaria nº 687, de 30/03/2006, do Ministério da Saúde, com o documento *Política Nacional de Promoção da Saúde* (Brasil, 2006c).

Examinando as suas diretrizes, constatamos que as políticas macro e intersetoriais que emanam do 1º escalão do SUS continuam como cartas de intenções e princípios. Suas diretrizes se limitam a estímulos dirigidos do setor para ele mesmo. Há como uma renúncia à vocação sistêmica.

Na citada política são suas ações específicas: alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo da cultura da paz e, finalmente, promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2006c).

A par do enfoque, preponderantemente centrado no indivíduo, seus hábitos de vida, e a mudança dos mesmos ser objeto de controvérsias, o mérito da política de promoção da saúde seria a capacidade de viabilizá-la interdisciplinar e intersetorialmente, como assinala o documento. Tomemos o exemplo da violência no trânsito Assim se manifesta o documento:

Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito

I – Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação.

II – Articulação de agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema.

III – Apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e seqüelas provocadas por acidentes de trânsito (Brasil, 2006c:34).

Num plano de intervenção para a diminuição do impacto da violência no trânsito cabe perguntar: as ações propostas serão suficientes para alcançar esse objetivo? As instâncias de saúde estarão inseridas nas esferas de decisão das ações implicadas no objetivo?

Não serão necessárias outras tantas medidas, tais como a formulação e o manejo das normas e códigos, as ações de controle e avaliação do comportamento dos motoristas, sobre a condição das estradas e vias públicas em cada esfera de governo local, dos mecanismos de socorro e resgate de acidentados, sobre a liberação e (re)avaliação de licenças dos condutores? E, ainda, a vigilância em saúde do trabalhador dos processos de trabalho das empresas que trabalham com transporte? Além disso, na linha mais específica conforme propõe a política, o sistema de saúde está apto a promover "*discussões intersetoriais...*"? De que modo o sistema de saúde articulará "*agendas e instrumentos de planejamento...*"? Que responsabilidade está implicada no sistema de saúde quanto "*às campanhas de divulgação...*"?

Em 2001, o mesmo Ministério da Saúde lançou a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*, onde estava assentada a questão da violência no trânsito (Brasil, 2002b). Nesta, da qual já não se tem notícia, havia uma aproximação mais ostensiva com outras estruturas do aparelho de Estado (*holistic approach*). Recentemente, com base na política citada foi criado o Viva - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes²⁰. Seu foco é a obtenção de dados. É clara a redução atual do alcance a que a política anterior se propunha. Nesse sentido cabe a pergunta: qual a eficácia e a perenidade desse tipo de política que requer uma mobilização para além do setor saúde propriamente dito?

Atualmente, a opção pelas políticas assistencialistas, cujo *policy-making* encontra-se adstrito ao setor saúde para dentro dele mesmo, em suas intra-estruturas assistenciais é evidente. O *site* do Ministério da Saúde apresenta como programas do SUS: Brasil Sorridente; Doe Vida, Doe Órgãos; SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Farmácia Popular; Programa de Saúde da Família; Programa Nacional de Combate à Dengue; Bancos de Leite Humano; Humaniza SUS; QualiSUS; Cartão Nacional de Saúde; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; De volta para casa;

Projeto Expande; Controle do Câncer de colo de útero; Controle do tabagismo; MultiplicaSUS; e Atenção aos Povos Indígenas²¹.

Ou seja, disponibilizados na página frontal do *site* do Ministério da Saúde, sem a necessidade de se fazer busca, como é o caso da saúde do trabalhador, todos esses programas têm, preponderantemente, o caráter assistencial, com baixíssima amplitude intersetorial. Cabe a pergunta: estaremos diante de um retorno ao modelo medicocêntrico?

Esse exemplo da violência no trânsito nos instiga a pensar que a vocação sistêmica do SUS se exerceria para fora do setor saúde propriamente dito. E é patente que o olhar para dentro das estruturas de poder de mando, em cada esfera de governo - ministério e secretarias de saúde - aliadas às instâncias de controle social - conselhos nas 3 esferas - é incapaz de dar essas respostas. Esse parece ser o grande desafio: o que se requer para que o SUS se torne efetivamente sistema?

Em 1999, a Opas iniciou um projeto de avaliação do que se denominou de Funções Essenciais da Saúde Pública - Fesp, com o objetivo de fortalecer o exercício das autoridades sanitárias na Região das Américas.

O uso das FESP oferece aos países uma excelente oportunidade para renovar os conceitos da saúde pública e refletir sobre as práticas institucionais. Uma saúde pública entendida como responsabilidade do Estado e da sociedade civil interessada numa saúde individual e coletiva que garanta o acesso equitativo a serviços públicos e privados com qualidade e com uso racional dos recursos humanos e tecnológicos. Um exercício renovado da saúde pública que utilize o monitoramento, a análise e avaliação da situação da saúde das populações como instrumento de políticas de saúde para a organização de serviços individuais e para a vigilância, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública. Uma saúde pública responsável, que interaja com os cidadãos e com a sociedade, para garantir transparência no uso dos recursos sociais mediante mecanismos de arrecadação de contas e participação cidadã (Finkelman, 2002:299).

Nesse contexto, foram consideradas 11 Fesp: (1) Monitoramento e análise da situação da saúde; (2) Vigilância e investigação de riscos em saúde pública; (3) Promoção da saúde; (4) Participação social dos cidadãos; (5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde; (6) Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização; (7) Avaliação e promoção do acesso equitativo em saúde; (8) Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação; (9)

Garantia de qualidade dos serviços de saúde individual e coletiva; (10) Investigação em saúde pública; (11) Redução do impacto de emergências e desastres (idem ibidem).

Em 2001, o instrumento das Fesp foi aplicado no Brasil a 65 dirigentes de saúde de várias instâncias e das 3 esferas de governo. Levando em conta o desenvolvimento institucional para o seu exercício, os dirigentes elegeram como as Fesp de desempenho mais alto: o fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização (6); o monitoramento e análise da situação da saúde (1); a avaliação e promoção do acesso equitativo em saúde (7); e a investigação em saúde pública (10) (idem ibidem).

É significativo que as Fesp avaliadas como de maior desempenho estejam entre aquelas mais próximas da gestão intrasetorial. É de se supor que o menor desempenho daquelas Fesp que se encontram mais distanciadas do centro de poder das estruturas próprias de saúde, tais como as de números (2), (3), (4), (5) e (11), decorram, ora da dificuldade em exercê-las, ora da omissão inercial em buscar exercê-las.

Apesar do instrumento aplicado não agregar informações sobre as motivações que justificam as respostas, o resultado é sugestivo de que a gestão considera a proximidade da solução dos problemas como função mais essencial que outras, a nosso ver tão importantes e mais próximas da trans-setorialidade.

As dificuldades para exercitar a capacidade sistêmica do SUS são patentes e sua visibilidade aparece em momentos de avaliação como esse, a par dos vieses de avaliação. Mais desafios.

Alguns modelos sistêmicos de políticas públicas são interessantes experiências para se pensar a atuação sistêmica do SUS. O Plano Municipal de Ordem Pública implantado em 2003 no município de Resende, Rio de Janeiro, sinaliza para sucessivas aproximações que auxiliam na configuração de uma política de Estado. Criado um GGIOP - Gabinete de Gestão Integrada da Ordem Pública, vinculado ao gabinete do prefeito, 21 instâncias são implicadas no plano em 3 estratos de ação: câmara de prevenção, câmara de ordem pública e forças tarefa (Schneider, 2005). Alguns indicadores de redução da violência no município, avaliados desde a implantação do plano, são razoavelmente favoráveis (idem ibidem). Se esse plano é um prenúncio do que pode vir a ser o Susp - Sistema Único de Segurança Pública, ainda em fase embrionária, parece que a criatura está andando mais rápido que o criador.

Um fato recente de extrema relevância e preocupação é a criação da Política Nacional de Ordenamento Territorial - Pnot. Passamos a analisá-la.

O artigo 21 da Constituição Federal/88, no seu inciso IX, estabelece que compete à União "*elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social*" (Brasil, 1988). Já em 1990, à Secretaria de Assuntos Estratégicos - SAE vinculava-se a Diretoria de Ordenação Territorial, com a missão constitucional assinalada. Esta, por sua vez, limitou-se a elaborar planos de zoneamento ecológico-econômico (ZZE). Com a extinção da SAE em 1999 (MPr 1.795/99), os planos de ZZE foram transferidos para o Ministério do Meio Ambiente (MPr 1.911-8/99).

Em virtude da dificuldade de se estabelecer responsabilidades claras aos órgãos de governo, em 2003, foi promulgada a Lei nº 10.683, de 28/05/2003, que atribui ao Ministério da Integração Nacional aquela competência constitucional. A partir daí, desencadeou-se um debate governamental sobre suas diretrizes (Brasil, 2006b).

A Política Nacional de Ordenamento Territorial (Pnot) tem como objetivo:

Estimular o uso e a ocupação racional e sustentável do território, com base na distribuição mais equânime da população e das atividades produtivas, garantindo às gerações presentes e futuras o usufruto sustentável dos recursos naturais, e promovendo: a integração nacional e contribuindo para a soberania nacional e a integridade territorial; valorizando as potencialidades econômicas e as diversidades sócio-culturais das regiões brasileiras; reduzindo as disparidades e desigualdades espaciais, inter e intra-regionais (Brasil, 2006b:43).

Analisando seu amplo objetivo observamos que ressaltam ações políticas nas esferas de meio ambiente, produção, habitação, distribuição de renda, soberania, cultura, saúde e, principalmente, desenvolvimento sustentável.

Na elaboração da política, o reconhecimento da desarticulação entre órgãos de governo propõe integrar na Pnot dezenas de sistemas, planos, programas e fundos em andamento no governo (Brasil, 2006b). Mesmo estando em fase de discussão, já que não se tem a oficialização da Pnot, é clara a magnitude da política e seu caráter sistêmico e integrador.

E não surpreende, dentro do que estamos analisando em relação ao não reconhecimento e à inoperância do SUS, enquanto sistema que transcende os serviços de saúde, quando se observa a manifestação dos diversos órgãos de governo, assessorias e

experts em relação à saúde nesse debate. Assim, na versão preliminar da Pnot, a participação do SUS é resumida: "*Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas de Saúde e Hospitais Estratégicos Integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS*" (Brasil, 2006b:38). O SUS para os fazedores de política estratégica do governo brasileiro é igual a hospital.

Se é evidente que o exercício da vocação sistêmica do SUS depende da sua capacidade de dialogar com as estruturas do aparelho de Estado brasileiro com responsabilidades nas interfaces específicas, no nível da decisão política e do convencimento (*policy-making*), e isso não ocorre, onde estamos e para onde vamos?

A vocação sistêmica do SUS aguarda novos comportamentos dos "fazedores" da política. Estamos frente a um distanciamento entre a retórica da concepção e a pragmática coerente da ação. Como resolver isso que pode ser um dilema?

À concepção sistêmica agregam-se categorias subjacentes que lhe dão movimento: inter e transdisciplinaridade, intra e intersetorialidade, transversalidade e transposição de limites. A complexidade de que se reveste a criação de matrizes harmônicas internas ao sistema, em seus diversos níveis, é própria dos mecanismos de efetivação de cada uma das categorias requeridas para a criação de uma cultura sistêmica²².

No objeto da relação entre saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, enquanto variável que comporta a exigência da política, espera-se que a utilização das categorias citadas transcenda o discurso teórico e alcance a aplicação no campo das práticas.

Seguindo o mesmo caminho da interdisciplinaridade que avança para um conceito de transdisciplinaridade, no aprofundamento da integração das disciplinas a um patamar de construção de novos objetos, é admissível trans-setorializar.

Ir além da intersetorialidade é transpor o limite que impede a criação de novos objetos estruturais para a implementação da política. Mais desafios.

Trans-setorializar pode ser compreendido a partir da usurpação de alguns dos conceitos de transdisciplinaridade, com o sentido de estar ao mesmo tempo entre, através e além das disciplinas (Nicolescu,1997; idem, 1998).

Assim, o caminho vai desde a transgressão da disciplinaridade que coisifica e objetiva o real (Leff, 2000:33), passando pelas idéias de multidimensionalidade do objeto e multireferencialidade do sujeito para mostrar o quanto as lógicas de interpretar o mundo são reducionistas (Silva, 2000:81 e 84), até chegar a uma "solução final":

Para salvar os problemas que colocam a interdisciplinaridade como processo de recomposição do saber fracionado, se postula a transdisciplina como sua solução final: um conhecimento holístico e integrador, sem falhas nem vazios; um conhecimento reunificador que transcende o propósito de estabelecer pontes interdisciplinares entre ilhotas científicas isoladas (Leff, 2000:32).

Usurpemos. Pensar o SUS na perspectiva trans-setorial é romper com a cultura reducionista de cada setor, de per si, na formulação e implementação de seus objetos. É transgredir a máquina estrutural do aparelho de Estado colocando-a permeável à saúde nos seus objetos de interesse da política pública. E é, também, a capacidade de introjetar a potencialidade de suas estruturas nas respostas executivas em que haja afinidades e identidades comuns. Mais do que a intersetorialidade, cuja postulação modesta se limita a estabelecer inter-relações setoriais de planos e ações conjuntas, trans-setorializar significa, em suma, reunificar os objetos esparsos da política pública em objetos comuns, agregando a máquina pública intersetorial num artefato comum à disposição da política. Romper com uma cultura de fragmentos que, nos seus primórdios, deu origem ao próprio princípio regente do sistema: o da unicidade.

Outra variável que está no fulcro da operacionalização da política é a transversalidade, cujo emblema, no nosso caso, é a categoria trabalho. Nesse sentido, a transversalidade ultrapassa horizontalmente as fronteiras das estruturas do setor saúde propriamente dito - os seus equipamentos administrativos - para alcançar a base da população trabalhadora em todas as suas necessidades de atenção.

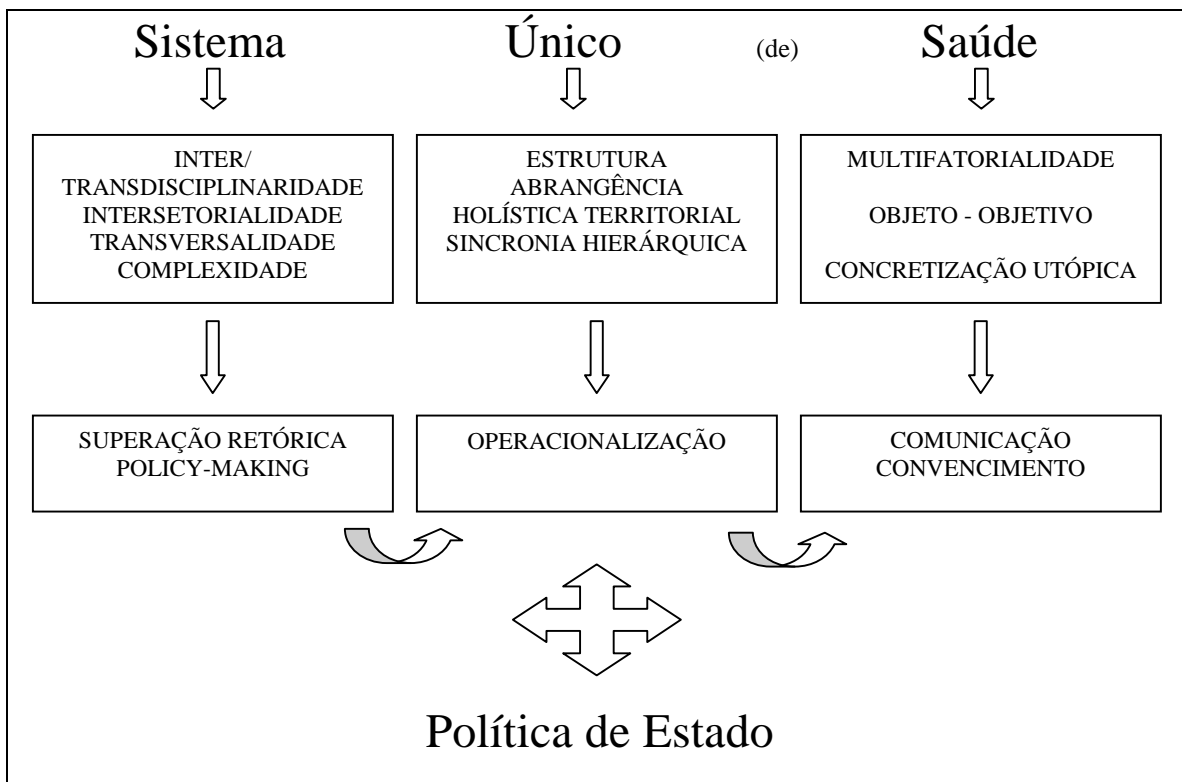
Algumas questões são, desde sempre, emergentes e nunca resolvidas na relação saúde-trabalho. Estas poderiam estar sendo contempladas por uma "generosidade" da atenção do SUS, caso este exercesse a sua vocação sistêmica. Como exemplos: a perícia médica do INSS com inteligência epidemiológica; a fiscalização do trabalho com inteligência transdisciplinar; as questões dos direitos trabalhistas e previdenciários com um retoque fundador das relações entre direito e saúde; a formação de profissionais estratégicos com o enfoque da saúde pública no processo educativo; o empoderamento

dos trabalhadores com o aprofundamento do controle social, especialmente quanto ao processo participativo. Os exemplos são diversos e os encontraremos ao longo da tese.

E, finalmente, uma variável que o olhar sobre a gestão do sistema enxerga com bastante evidência: seu confinamento à resolução imediata dos problemas dos equipamentos da saúde, com destaque para os hospitais. Nesse sentido, a capacidade de um fazer sistêmico coloca para o SUS o desafio da transposição da gestão para além do setor propriamente dito, acompanhando os pactos trans-setoriais até o nível mais elementar da gestão.

Na seqüência das figuras, a seguir, colocamos algumas variáveis que estão presentes na discussão da política: semântica, atitudes, possibilidades.

Figura 3
O SUS - Semântica para uma política de Estado



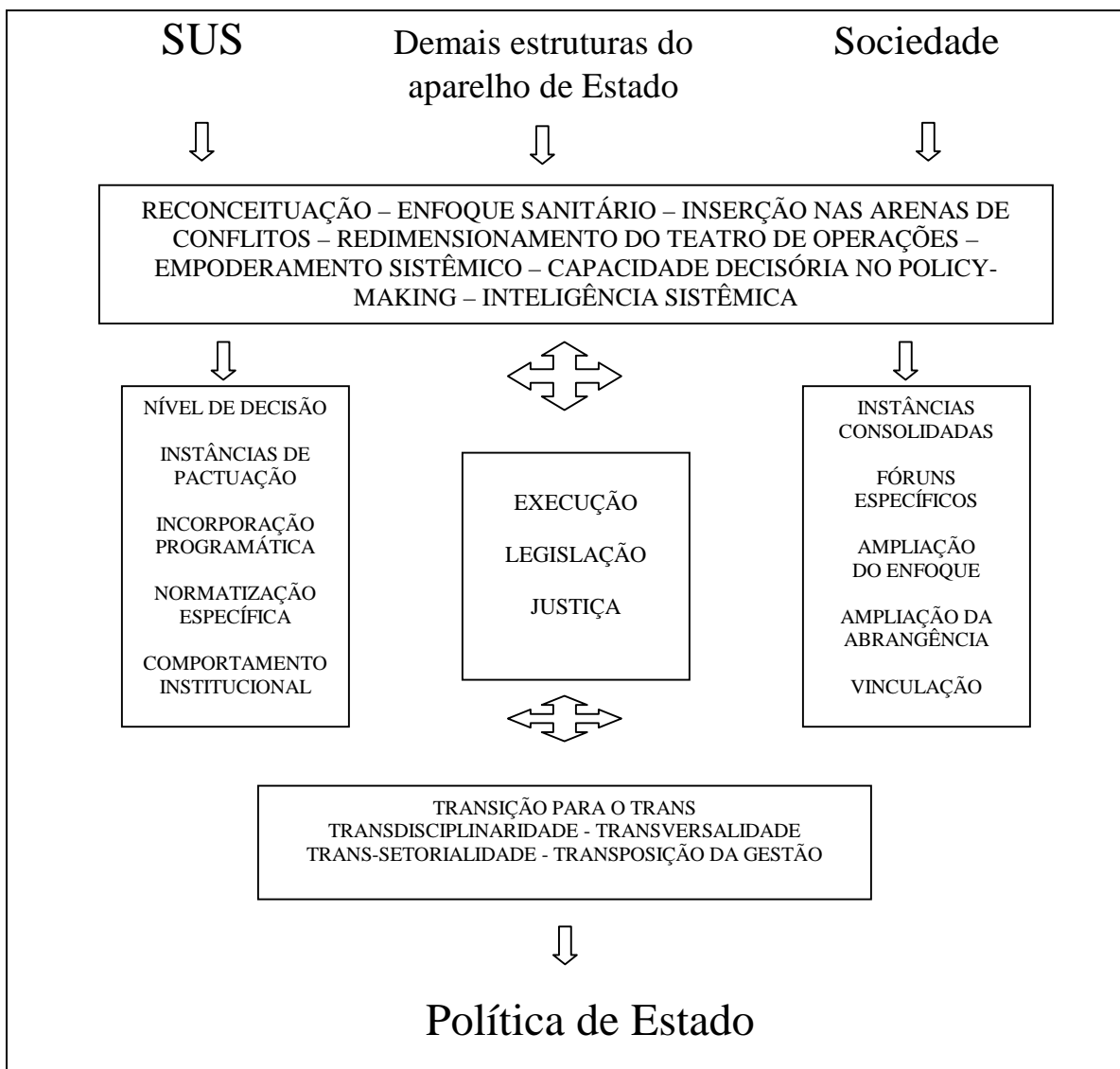
Fonte: do autor.

Podemos suspeitar fortemente que a capacidade do SUS em assumir suas potencialidades sistêmicas depende de uma mudança de seu paradigma, estacionado

desde o objetivo alcançado pelo movimento sanitário e os postulados da Reforma Sanitária.

A mudança requer uma transição para o trans: transdisciplinaridade, transversalidade, trans-setorialidade e transposição dos objetos habituais da gestão da saúde.

Figura 4
 O SUS e a política de Estado
 A perspectiva transformadora em sistema (transição para o trans)



Fonte: do autor.

A perspectiva de transição para o trans, especialmente no caso da trans-setorialidade, com base na transposição da gestão, implica na compreensão de que as políticas, planos e ações decorrentes da saúde, enquanto estrutura sistêmica do Estado, sejam capazes de ser introjetadas em todas as esferas de decisão das políticas, sob a condução (ao menos compartilhada) do SUS e utilizando a capilaridade estrutural do SUS como instâncias efetoras. Em última instância, a transição para o trans culmina com a transformação do SUS em sistema. Ao longo da tese, trabalharemos com alguns exemplos.

Figura 5

O SUS e a política de Estado nas relações saúde-trabalho-desenvolvimento sustentável



Nessa linha, o objeto principal dessa tese parte da compreensão do SUS enquanto sistema capaz de estabelecer parâmetros para a configuração da política de Estado que estamos propondo.

Ser sistêmico não é ser onipotente. Mas, não ser sistêmico é renunciar à onipresença necessária para reconhecer o estado sanitário do país, suas questões emergentes, as crônicas situações não resolvidas, as estratégias para solucioná-las.

Somente ubíquo, o SUS poderá cumprir a missão de estrutura garantidora do direito à saúde e dever do Estado. *"Uma Política Nacional de Saúde que quer ser eficiente e eficaz deve partir de uma concepção ampla da questão saúde que permita o redimensionamento das políticas e ações específicas nos diferentes âmbitos do poder em que se fizer necessário"* (Tambellini, 1988:8).

Um SUS sistêmico é a premissa fundamental desta tese.

Com esse objeto delinear apontamentos para alcançar os objetivos específicos pensados. A expressão apontamentos, assinalada no título da tese, foi uma opção no sentido de trabalhar os objetos de análise apontando para os objetivos da política. Na verdade, todas as suas definições se aplicam a este trabalho²³.

Nesse contexto, optei, ainda, por deixar fluir os apontamentos, ora de forma implícita, ora de forma mais explícita, no decorrer de cada um dos temas enfocados.

Os inúmeros apontamentos para a política de Estado, assinalados no decorrer da tese, muitas vezes surgem como pontos de reflexão para o *policy-making*.

Não é meu propósito estar dizendo: "deve ser feito isso ou aquilo" e nem poderia fazê-lo. O jogo do poder, a correlação de forças, os pontos de veto, a conjuntura macro e micro-política, o comportamento corporativo, a cultura estabelecida, o desejo dos fazedores da política, as matrizes estruturais de hegemonia e tantas outras variáveis são obstáculos para se chegar. Por isso são apontamentos, tão somente.

Na verdade, trata-se mais de refletir sobre o poder político, lembrando Laura Conti, médica e pensadora dos idos da Reforma Sanitária Italiana, acerca dessas inter-relações: *"Quando dizemos que "o poder político deve ocupar-se disso" queremos dizer que o poder econômico não é capaz de fazê-lo"* (Conti, 1991:13) (grifos no original).

□ Objetivos e método

A complexa modelagem de uma política de Estado, num contexto de inúmeras variáveis e de permanente (r)evolução de conceitos e do jogo político nacional e global, especialmente quando se trata de acompanhar as agendas de desenvolvimento sustentável num cenário globalizado, causa incertezas ao se pensar na formulação de uma política de Estado perfeitamente delineada, completa ou definitiva.

A dinâmica das relações Estado-sociedade, com as novas formas de organização dos sistemas produtivos e suas também novas formas de acumulação e expropriação da saúde dos que produzem, induz a uma permanente recriação das estruturas éticas, técnicas e políticas do Estado quanto aos seus instrumentos de defesa da vida e garantia da saúde.

Daí, mesmo sem crer na formulação de uma política conclusiva, importa o quão o Estado brasileiro, por intermédio de suas estruturas formuladoras do poder constituído relacionadas às políticas de saúde, seja capaz de sinalizar com ações concretas para um campo estratégico de preservação da vida e da dignidade da população trabalhadora que constrói o país, no contexto do desenvolvimento.

Embora a tese possua diversos pressupostos e objetivos, com o pressuposto de um SUS sistêmico o objetivo básico é o de contribuir para um pensamento calcado na remodelagem de alguns conceitos que delineiam o campo das relações saúde-trabalho.

Da discussão do conceito de desenvolvimento sustentável passamos ao conceito de saúde do trabalhador, de algum modo desvirtuado por vícios originais de compreensão e pela apropriação indevida por parte de setores contra-hegemônicos à sua implementação. Daí, chegando ao conceito anacrônico de assistência ao trabalhador como modelo de atenção, os apontamentos da tese pretendem forjar um painel de temas que guardem coerência com a diversidade da política e, nesta, sejam estratégicos para o seu melhor delineamento.

A idéia de apontamentos também tem o sentido de pontos de foco.

Objetivos - A complexidade das relações saúde-trabalho e destas com a questão do desenvolvimento sustentável implica em inúmeras variáveis que viriam a compor uma

política de Estado. É este o sentido: apontar algumas das vertentes para alcançar esse objetivo sem a pretensão de abarcar todas as variáveis da política.

Assim, elegi como apontamentos os temas que considero mais relevantes, como pontos de partida de uma política mais consistente, sabendo que posso estar correndo o risco de menosprezar alguma vertente também relevante.

Nessa linha, um dos objetivos específicos é estabelecer apontamentos, a partir da concepção sistêmica do SUS, entendendo-o como elemento deflagrador de qualquer iniciativa para a configuração de uma política de Estado.

Outro objetivo é estabelecer apontamentos numa conjuntura política e econômica peculiar, em que as relações inter-Estados na globalização econômica exigem reformas intermináveis dos Estados nacionais, inaugurando permanentemente novas modalidades de relações sociais.

Outro dos objetivos específicos da tese é estabelecer apontamentos com base em questões teórico-conceituais, revisitando os conceitos de saúde do trabalhador e de desenvolvimento sustentável. Reafirmando, situo a desfocalização da relação saúde-trabalho nas políticas de saúde pública, nas políticas de desenvolvimento do país e na produção de conhecimentos vinculados às ciências ambientais e demais ciências que subsidiam o ideário do desenvolvimento sustentável (pressuposto). Ao revisar o conceito de saúde do trabalhador, desvirtuado em sua origem e marco ideológico, conforme o considero (outro pressuposto), tento dar-lhe um ressignificado coerente com o objetivo. E, ao revisar o conceito de desenvolvimento sustentável, pretendo recolocar a questão não só no campo da formulação teórica, como, principalmente, no da formulação política.

Um outro objetivo específico é estabelecer apontamentos para uma política de Estado no que diz respeito aos espaços de remodelação e criação de aplicativos legais, negociais e de incentivo. Com base na inovação do papel do sistema de saúde, enquanto estruturador das políticas públicas de seu interesse no espectro do desenvolvimento sustentável em cada esfera de governo - municipal, estadual, federal - os apontamentos dirigem o olhar para a relação saúde-trabalho na inteligência do sistema de saúde.

Finalmente, um dos objetivos específicos é estabelecer apontamentos buscando revelar o espaço de operações, ações e movimentos no aparelho de Estado da saúde, dele

com ele mesmo, e com a sociedade, cujo rol de apontamentos recai no redimensionamento da categoria trabalho em sua indissolúvel ligação com a qualidade de vida e a saúde. Na verdade, o objetivo nada mais trata do que chamar para a saúde essa questão.

Em síntese, é objetivo principal da tese:

**ESTABELECEM APONTAMENTOS PARA UMA POLÍTICA DE ESTADO NAS
RELAÇÕES ENTRE SAÚDE, TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

E como objetivos específicos:

- **ESTABELECEM APONTAMENTOS, A PARTIR DA CONCEPÇÃO SISTÊMICA DO SUS**
- **ESTABELECEM APONTAMENTOS, A PARTIR DA CONJUNTURA DE GLOBALIZAÇÃO ECONÔMICA E REFORMA DO ESTADO**
- **ESTABELECEM APONTAMENTOS, A PARTIR DA REVISÃO TEÓRICO-CONCEITUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**
- **ESTABELECEM APONTAMENTOS, A PARTIR DA ANÁLISE DOS ESPAÇOS DE REMODELAÇÃO E CRIAÇÃO DE APLICATIVOS LEGAIS, NEGOCIAIS E DE INCENTIVO**
- **ESTABELECEM APONTAMENTOS, A PARTIR DA ANÁLISE DO ESPAÇO DE OPERAÇÕES, AÇÕES E MOVIMENTOS NO APARELHO DE ESTADO DA SAÚDE**

Nesse contexto, são categorias centrais de análise da tese:

- Política de Estado dirigida às relações saúde-trabalho-desenvolvimento sustentável;
- Relação saúde-trabalho como foco primário de políticas públicas no desenvolvimento sustentável;
- SUS como estrutura do aparelho de Estado com capacidade sistêmica de responder pelas políticas públicas primárias na área.

Método - Do ponto de vista metodológico, trabalhei sobre um referencial de investigação qualitativa centrado num modelo histórico-crítico, tendo como imagem

objetivo tecer apontamentos para uma política de Estado, com base nas distintas variáveis analisadas.

Busquei, no trabalho, organizar os dados, segundo a sua coleta, ordenamento, classificação e conseqüente sistematização e análise centrando-os simultaneamente em duas vertentes de pesquisa:

(i) uma pesquisa focada na revisão bibliográfica mais diretamente ligada aos objetivos, que é utilizada usual e preponderantemente nos textos sobre as relações saúde-trabalho, sobre as interfaces destas com as áreas de meio ambiente e desenvolvimento sustentável e sobre as políticas públicas que lhes dizem respeito (o espaço comum de produção de conhecimentos); e

(ii) uma pesquisa de caráter retrospectivo, centrada na minha trajetória como servidor público, atuando nos últimos 22 anos no espectro de abrangência do campo analisado, compartilhada com outros atores institucionais, baseada na reflexão teórica sobre as práticas vivenciadas em distintos espaços públicos, em textos institucionais de formulação e propositivos, relatórios de gestão e textos próprios de meu acervo pessoal sobre o campo da saúde do trabalhador e suas interfaces (o espaço singular da experiência vivida e o lugar de onde falo).

A primeira parte (i), relacionada à revisão bibliográfica, pautou-se nos referenciais teóricos (estado da arte) e nos marcos legais e políticas públicas em andamento (estado das práticas). A seguir relaciono, pela sua ordem de aparecimento, além de livros nacionais e artigos científicos nacionais que foram utilizados em todos capítulos da tese, os demais tipos de fontes consultadas:

- teorias de Estado e a Reforma do Estado Brasileira (capítulo 1) - artigos científicos internacionais, legislações brasileiras co-relacionadas, documentos institucionais;

- o pensamento da Medicina Social Latino-americana, os fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira e a história do Sistema Único de Saúde (capítulo 1) - documentos institucionais, monografias temáticas de circulação acadêmica restrita;

- o estado da arte e o estado das práticas em desenvolvimento sustentável (capítulos 2 e 4) - relatórios das principais conferências e convenções nacionais e

internacionais, termos de acordos e protocolos nacionais e internacionais pertinentes, artigos científicos e livros internacionais, legislações brasileiras co-relacionadas;

- o estado da arte em saúde do trabalhador no Brasil (capítulo 3) - artigos científicos e livros internacionais sobre a corrente da saúde do trabalhador, com base na teoria marxista e no movimento operário italiano, legislações brasileiras co-relacionadas, documentos institucionais (textos propositivos e relatórios de gestão), textos próprios do acervo pessoal;

- correlações entre ideologia e utopia (capítulo 4) - artigos científicos e livros internacionais, textos próprios do acervo pessoal;

- o estado das práticas em saúde do trabalhador no Brasil (capítulos 5 e 6) - legislações brasileiras co-relacionadas, documentos institucionais (textos propositivos e relatórios de gestão), jornais e revistas temáticas, textos próprios do acervo pessoal, relato de experiências vividas;

- o estado da arte e o estado das práticas em vigilância em saúde do trabalhador (capítulo 7) - legislações brasileiras co-relacionadas; documentos institucionais, jornais e revistas temáticas, textos próprios do acervo pessoal, relato de experiências vividas;

- mecanismos negociais em saúde no âmbito do Estado brasileiro (capítulos 8 e 9) - legislações brasileiras co-relacionadas; documentos institucionais (textos propositivos e relatórios de gestão), textos próprios do acervo pessoal, relato de experiências vividas, planos e programas de governo;

- promoção e configuração de espaços saudáveis (capítulo 9) - documentos institucionais;

- controle social em saúde (capítulos 5, 6, 7 e 9) - produção científica nacional sobre o tema da participação popular e movimentos sociais na relação saúde-trabalho-meio ambiente; relatórios de conferências; relato de experiências.

Embora eu tenha buscado a bibliografia internacional sobre a interarticulação entre os temas saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, não consegui ter acesso a nenhuma que se situasse no contexto da tese, ou seja, relacionada a políticas públicas no âmbito de algum sistema de saúde.

A própria conformação do SUS e suas singularidades e peculiaridades aplicadas ao caso brasileiro, no tocante à política de Estado aqui pretendida, justifica a ausência de

referências internacionais sobre a construção de políticas de Estado, a partir de sistemas nacionais de saúde. Assim, a bibliografia preponderante é de base nacional, especialmente aquela voltada para a análise que fundamenta o objetivo principal de ser uma tese propositiva (apontamentos) aplicada ao caso do Brasil.

Em síntese, a revisão bibliográfica da pesquisa realizada buscou a recuperação histórica de conceitos-chave; a demarcação de base teórica do campo das políticas públicas em saúde, referenciadas ao caso brasileiro; o levantamento e análise de modelos relevantes de políticas públicas em saúde do trabalhador, meio ambiente e desenvolvimento sustentável e a avaliação do estado das práticas nas políticas relacionadas. Para facilitar, na citação das referências bibliográficas incluí os documentos institucionais (textos propositivos e relatórios de gestão), embora de circulação restrita, e os textos próprios de meu acervo pessoal.

A segunda parte (ii) relacionada à minha trajetória (experiência vivida), que considere como uma pesquisa de caráter retrospectivo, fundou-se em diversos espaços institucionais, entendidos por mim como estratégicos na construção do campo da saúde do trabalhador, dos quais participei no período de 22 anos:

- o da gestão de uma instância pública de saúde do trabalhador;
- o da formação de recursos humanos, nas modalidades de treinamento, educação continuada, pós graduação *lato e stricto sensu*;
- o da construção de conhecimentos, nas modalidades de pesquisa e de produção de textos acadêmicos e institucionais;
- o da formulação política, nas modalidades de assessoria e representação institucional em fóruns formuladores;
- o da coordenação de ações, especialmente de vigilância dos ambientes e processos de trabalho;
- o de relações institucionais, como participante delegado em comissões, comitês, grupos executivos e outras instâncias, intra-setoriais e, principalmente, intersetoriais (interministeriais, com o poder legislativo e o Ministério Público); e
- o de relações com a sociedade organizada, em especial com os sindicatos de trabalhadores e conselhos de saúde.

Para dar curso a essa parte, lanço mão de um registro histórico da minha trajetória na introdução do trabalho e, ao seu longo, sempre que necessário me situo no contexto dos temas analisados como observador participante (o lugar de onde falo) no momento histórico, para enfim apontar o que considero tomadas de planejamento e ação para a política de Estado.

Nesse contexto metodológico: revisão bibliográfica / experiência vivida / reflexão, a análise propositiva subsequente, que redundou no decorrer de todo o texto em apontamentos para a política de Estado, baseou-se na "re-conceituação" de alguns conceitos-chave, na avaliação da estruturação da área e de suas ações decorrentes, na análise dos aplicativos legais e negociais, na comparação de modelos e na transcrição "catártica", a partir do acúmulo de experiências vividas.

Enquanto estudo qualitativo, a metodologia buscou a confluência da análise de conjuntura atual com a análise histórica: "*o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro*" (Minayo, 1992:20), possibilitando refletir sobre alternativas de condução da política, e, enfim, propor.

□ Estrutura do trabalho

O conjunto deste trabalho é composto desta introdução, onde coloco a razão de trabalhar com a premissa de um SUS sistêmico, a conclusão, com uma tentativa de síntese, e 9 (nove) capítulos, em que pretendi dar-lhes um formato capaz de individualmente terem vida própria cada um, suscitando reflexões específicas independentes sobre o tema, de per si.

O enfoque de cada um trata de questões subsidiárias para a formulação de parte de uma política de Estado, no caso, idealizada por mim e influenciada por muitos dos que vêm se manifestando sobre o tema, há anos.

Inicialmente, como ponto de partida de uma das vertentes do método aqui adotado - partir do vivido para construir o devir - a elaboração de apontamentos para uma política de Estado, parte do entendimento de que o SUS é o ponto de onde se fala.

Seguindo essa linha, o primeiro capítulo da tese discute a inserção do SUS como estrutura do Estado Brasileiro, capaz de dar as respostas esperadas para a configuração do objeto pretendido. Neste capítulo abordo, sucintamente, o Sistema Único de Saúde, no

contexto da Reforma de Estado proposta pelos organismos financeiros internacionais, no marco da globalização econômica. No caso, faço uma breve reflexão sobre o último esforço mais sistematizado de reforma do Estado, consignado no *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*, elaborado pela equipe coordenada pelo ministro Bresser-Pereira, do Governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995. A partir dos postulados do plano diretor analisa-se o SUS, na perspectiva de estrutura de Estado, os mitos de que é alvo e as controvérsias que suscitam sua configuração e atuação. Demais, percorrendo sua constituição histórica, faço uma discussão sobre suas características estruturais e as possíveis tomadas de rumo do sistema diante de possíveis cenários emergentes, na conjuntura político-econômica atual. Discorrendo sobre a responsabilidade do SUS quanto às relações entre saúde, trabalho e desenvolvimento, sob a ótica da saúde do trabalhador, vão surgindo os apontamentos.

O segundo capítulo trata da relação entre Estado e desenvolvimento sustentável. Nele analiso os rumos que vem tomando o Estado no contexto da globalização econômica e sua relação com os movimentos por um desenvolvimento sustentável global. Uma especial ênfase é dada ao tema do capital social, cujo questionável conceito é confrontado com o de controle social do SUS. Trato, ainda, neste capítulo, das teorias do desenvolvimento sustentável e o que chamei de desfocalização da saúde do trabalhador nesse contexto. No decorrer do texto surgem mais alguns apontamentos.

O terceiro capítulo trata da concepção de saúde do trabalhador, considerando sua compleição histórica, objetivando recolocar seu entendimento no contexto da tese, com o argumento da recuperação e revitalização de seu conceito, ainda suscetível a interpretações dúbias. Parte da premissa de que há muito se perdeu o conceito de saúde do trabalhador. Confundindo-se à medicina do trabalho e à saúde ocupacional, passou-se a conceituar saúde do trabalhador como campo de evolução dessas áreas, tradicionalmente ligadas às questões de segurança e saúde no trabalho, cujo rito de passagem seria caracterizado, principalmente, pela incorporação do trabalhador como sujeito e a ampliação de seu espectro de ação. Bem longe desta interpretação, no capítulo busco, a partir de uma revisão conceitual de base bibliográfica e reflexiva, um reencontro com o conceito perdido, colocando-o em outro patamar conceitual, visceralmente ligado ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde e às políticas de desenvolvimento. O

objetivo essencial deste capítulo é vincular conceitualmente o campo da ST ao campo do desenvolvimento sustentável.

No quarto capítulo retomo a relação entre saúde do trabalhador e desenvolvimento sustentável, examinando interfaces da aplicabilidade das políticas sobre as questões ligadas ao trabalho, à produção, ao meio ambiente e ao desenvolvimento sustentável propriamente dito. Trabalhando com os conceitos de ideologia e utopia, a partir de uma leitura fundamentalmente marxista, faço uma revisão do discurso teórico do desenvolvimento sustentável. Nele, pressuponho que a questão da sustentabilidade está visceralmente ligada à reorganização dos sistemas produtivos, na intimidade dos ambientes e processos de trabalho e, nessa linha, aponto que a desfocalização da relação saúde-trabalho na condução de políticas públicas de saúde e de desenvolvimento, comprometem o objetivo da sustentabilidade. Assim, o argumento se dirige para a compreensão de que a saúde do trabalhador é campo estratégico para as políticas de desenvolvimento sustentável.

O quinto capítulo avalia a estruturação da saúde do trabalhador no SUS, do ponto de vista histórico, traçando um panorama da área de saúde do trabalhador desde a sua construção no SUS. Parte, além da bibliografia usual, da análise documental e de depoimentos efetuados por alguns personagens fundamentais que participaram de sua trajetória de construção no *Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*, ocorrido em Brasília, em 1999, marco importante de reflexão sobre a área. Nessa análise, observam-se os diversos tempos de evolução da área, passando pela sua construção e institucionalização no SUS, os avanços conseguidos, os desafios e, finalmente, a possibilidade de construção de um modelo estratégico para a área. Nesse capítulo, com a preponderância de uma discussão teórico-conceitual, avalio alguns pontos de interesse para a configuração da política, tais como as questões da formação, da pesquisa e das informações, entre outros.

O sexto capítulo analisa o modelo estrutural da saúde do trabalhador, especialmente quanto à organização de serviços. Busco empreender um diagnóstico de como se vem conformando os serviços, historicamente no Brasil e, especialmente, o formato que a Renast - Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, hoje em vigor, vem assumindo. Trabalhando com duas Renast, a 1ª Renast, desconsiderada no embate

político ministerial, e a 2ª Renast, assumida e em construção, aponto para uma 3ª Renast, condizente com a política de Estado pretendida.

No sétimo capítulo trabalho com a questão da vigilância em saúde do trabalhador, entendendo-a como essência da ação de saúde no teatro de operações onde se configura a política de Estado pretendida. Nele estabeleço uma abordagem intersetorial por níveis de complexidade, considerando que não existem critérios definidos sobre a forma de intervir nos objetos da vigilância sanitária, no caso da relação saúde-trabalho. À semelhança da Renast, proponho uma ampliação da vigilância para algo como uma vigilância do desenvolvimento sustentável, do tipo Vigilância dos Processos Produtivos, interarticulando as vigilâncias tradicionais.

O oitavo capítulo trata dos mecanismos negociais que regem e deverão reger cada vez mais as relações saúde-trabalho-desenvolvimento. Nele, discuto as modalidades de negociação, seus significados, os agentes, conteúdos, vantagens e desvantagens.

E, finalmente, o 9º capítulo faz um exercício teórico e pragmático sobre a diversidade de caminhos que existem hoje, no Brasil, para se buscar alternativas de políticas públicas integralizadoras. Sempre trabalhando na perspectiva de um SUS sistêmico, busco evidenciar e localizar situações (estruturas e leis) onde podem ser inseridas iniciativas de controle-estímulo para configurar uma política de Estado em desenvolvimento sustentável, sintonizada com a saúde pública e a permanente construção do SUS.

□ Caminhando para o fim do começo

Antes desta tese virar uma espiral ou uma cornucópia, já nem sei, titubeei entre soltar a franga e segurar a onda.

É curioso que a ciência e a academia, território onde a ciência se abriga das variações climáticas muito abruptas, elegem como suas referências preferenciais aqueles que soltam a franga. Ou seja, aqueles que tentam romper dogmas e trazer inovações a paradigmas aparentemente sólidos. No entanto, muitas vezes de forma contraditória, adotam o paradigma de segurar a onda, especialmente nos ritos protocolares dos iniciados. Confesso que titubeei e titubeio. Entre uma e outra acabei optando por ficar com as duas.

Pensei, para esta tese, em escrever 3 artigos, mas, ao ver que artigos de alguns levam de dois a três anos para terem a resposta da aprovação ou, muitas vezes, reprovação, e que esse critério, em algumas revistas científicas, é bem mais ágil para outros tipos de artigos, muitas vezes aprovados e publicados após alguns dias, decidi escrever a tese.

Pensei com meus botões se nos artigos aprovados com agilidade estavam lá segurando a onda ou soltando a franga. Continuo sem saber.

O que sei é que no tema proposto nesta tese, de todos os livros e artigos que li, a maciça predominância de autores citados não estavam, claro que não, segurando a sua onda. Pelo que entendi, se é que entendi, quase todos soltavam a sua franga.

Respeitáveis cientistas, pensadores, políticos, filósofos, estudiosos, e também, poetas, trabalhadores, escritores, pessoas comuns são matéria de citação, referências pois. E como todo bom combate dialético, cada um desses maravilhosos personagens, de que nos servimos para tentarmos ser um deles, falavam coisas, no mais das vezes, antagônicas entre si. É a riqueza do debate que extrai prazer da ciência.

É um exercício espetacular garimpar a citação de um e outro, aqui e acolá, mesmo sabendo que em busca da coerência de nosso texto, vamos encontrar a coerência de um no outro, pois o outro é incoerente tantas vezes em suas próprias postulações. E, muitas vezes, surpreendi-me eu mesmo nesses labirintos de (in)coerência. Onde detectei corrigi, onde não, o orientador o fez. Resta averiguar o que falta. Continuo garimpando.

Talvez seja essa a justificativa da imperfeição de qualquer obra.

Mas, talvez, seja essa a justificativa de ousarmos.

E a ousadia solitária é um esforço de rumo incerto.

A construção do conhecimento pode ser um ato solitário, mas a construção do conhecimento com o sentido político da transformação do mundo é um ato coletivo, todos sabemos.

E não foi só aí que titubeei. Oscilei, também, entre o sentimento narcísico de me autocitar e a prudência de não fazê-lo. Não resolvido, acabei por utilizar diversos textos engavetados, na maioria mimeografados, em respeito à minha trajetória, por se tratar da minha tese, cujo tema ampliado, e isso fui descobrindo aos poucos, já havia sido motivo de reflexões antigas. Desculpo-me por isso, mas não abro mão.

Mas, não foi só aí que titubeei. Também o fiz na difícil delimitação entre ser propositivo e ser panfletário. Não sei do resultado, mas me inspirei em Marx para ser propositivo e me respaldei nele mesmo para ser panfletário. Assumo.

E, afinal, eu me pergunto: é possível pensar uma política de Estado em desenvolvimento sustentável, a partir da saúde do trabalhador, sem estar acompanhado de outros tantos que topem soltar a franga?

Notas

1 - O conceito oficial de acidente de trabalho, estabelecido pela legislação previdenciária (Brasil, 2006) inclui a doença relacionada ao trabalho e demais agravos à saúde decorrentes do trabalho.

2 - Trabalhando como pediatra no Pam Campo Grande, zona oeste do Rio de Janeiro, entre 1982 e 1985, numa área de interseção urbano-rural, tive oportunidade de desenvolver atividades típicas de saúde pública e promoção da saúde, como o trabalho com grupos de mães em fase de amamentação (Clube do Peito) e, principalmente, com crianças e adolescentes, tanto nas escolas da periferia ao serviço, quanto no próprio Pam. A saborosa e frutífera experiência de criar e desenvolver com as crianças, durante um ano, o "Curso de Agentes Infanto-juvenis de Saúde" foi um dos fatores que me levou a cursar saúde pública. Curiosamente, nesta tese, a lembrança me traiu e me levou a viajar em propostas similares no capítulo 9.

3 - "O Ministério Público do Rio de Janeiro (MP-RJ) denunciou, em maio de 1991, Jorgina Maria de Freitas Fernandes e mais 19 pessoas pela prática de crimes contra o patrimônio do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS. A denúncia teve por base relatório de inspeção realizado no Juízo da Terceira Vara Cível da Comarca de São João do Meriti, naquele estado. Segundo o MP-RJ, além de fraudar o INSS, o grupo também cometeu crimes contra o patrimônio de pessoas físicas clientes dos advogados que faziam parte da quadrilha." "A quadrilha reunia a ex-advogada Jorgina de Freitas, o advogado Ilson Escóssia da Veiga e o juiz Nestor do Nascimento. O grupo roubou R\$ 600 milhões por meio do pagamento de falsas indenizações por acidentes de trabalho em São João de Meriti (Baixada Fluminense). A quadrilha foi descoberta no início dos anos 90. Todos foram julgados em 1992 e, em sua maioria, condenados a 14 anos de prisão por formação de quadrilha e peculato. Jorgina, condenada a 23 anos, fugiu para o exterior antes de receber a sentença. Ela foi encontrada em 1997 na Costa Rica e, em 1998, extraditada para o Brasil. Jorgina, sozinha, roubou R\$ 112 milhões."

Disponível em

<http://www.informesergipe.com.br/pagina_data.php?sec=10&&rec=13398&&aano=2006&&mms=5>
e <<http://www.funape.pe.gov.br/downloads/clipping/Mar05/0303F.html>> Acesso em 28/12/2006.

4 - O Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro - Consest, foi criado pela Resolução SES nº 605, de 22 de dezembro de 1990.

5 - Cf. referência bibliográfica: Machado *et al*, 1992; Gabetto, 1992; Turci, 1994; Machado *et al*, 1994; Lima & Machado, 1994; Oliveira, 1996; Miranda, 1997; Ribeiro *et al*, 1997; Lima, 1997; Martins, 1999.

6 - Debatia-se desde a assistência médica ao acidentado do trabalho, os sistemas de informação, a municipalização das ações, a legislação (acidentária, previdenciária e sanitária), a integração institucional, a participação sindical e o controle social, a implantação de laboratórios de Toxicologia, as vigilâncias epidemiológica e sanitária, a fiscalização dos ambientes de trabalho e, entre outras, a capacitação de recursos humanos. Os debates no âmbito do PST/RJ geravam ações intersetoriais com o Ministério da Saúde, o Cesteh/Fiocruz, a Opas, a Dataprev, do INSS, o Ministério do Trabalho, o Ministério Público do Trabalho e com várias secretarias estaduais e municipais, entre outras instituições.

7 - Domenico de Masi, 2005. Criatividade e Grupos Criativos.

<http://www.esextante.com.br/publico/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/principal/view_0002.htm?editionsectionid=2&infoid=1720&user=reader> Acesso em 18/05/2006.

8 - Cf. referência bibliográfica: Vasconcellos, 1994.

9 - Algumas das grandes empresas que estiveram sob vigilância em saúde do trabalhador, promovida pelo PST/RJ da Secretaria de Estado de Saúde, várias, inclusive, com inquéritos e ações civis públicas: Agrisa, Álcalis, Arsa, Arsenal de Marinha, Asberit/Teadit, Barbará, Bayer, Caneco, Casa da Moeda, CBTU, CSN, Ebin, Emaq, Enavi, Fabrimar, Globo, Ingá, Ishikawajima, Mauá, Metalúrgica Barra do Piraí, Nitriflex, Panamericana, Petrobrás, Petroflex, Refinaria de Manguinhos, Renave, Sandoz, Siderúrgica Barra Mansa, Thyssen, Verolme, Volkswagen, Votoran, Usimeca.

10 - Cf. referência bibliográfica: Vasconcellos, 2002.

11 - Constituição da República Federativa do Brasil e Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, de 19/09/1990.

12 - Cf. referência bibliográfica: Offe, 1989; Rifkin, J, 1995; Sobrinho, ZP, 1999.

13 - Cf. referência bibliográfica: Tambellini, 1988.

- 14 - Cf. referência bibliográfica: Oliveira & Vasconcellos, 1992.
- 15 - Cf. referência bibliográfica: Pereira & Otani, 1983; Costa, 1984; Nogueira, 1984; Mendes, 1986; Tambellini, 1986.
- 16 - Cf. referência bibliográfica: Oliveira *et al*, 1995; Oliveira *et al*, 1997.
- 17 - No ano 2000 já estava em elaboração o documento do Ministério da Saúde: Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Em 2004, o documento reelaborado entrou em consulta pública. No momento, o documento aguarda sua publicação definitiva e, pela defasagem, já se desatualiza.
- 18 - Cf. referência bibliográfica: Brasil, 2005.
- 19 - Cf. referência bibliográfica: Brasil, 1993.
- 20 - Viva - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28195> Acesso em 23/10/2006.
- 21 - Ministério da Saúde - Programas. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360> Acesso em 23/10/2006.
- 22 - Sobre teoria dos sistemas e suas variáveis, acessar principalmente Ludwig von Bertalanffy; Ross Ashby; Heinz von Foerster; Niklas Luhmann; Humberto Maturana; Francisco Varela; Edgard Morin; Ilya Prigogine; Talcott Parsons em www.infoamerica.org. O referido *site*, associado à cátedra Unesco, traz diversos textos na íntegra sobre os autores citados.
- 23 - Apontamentos: registro escrito, geralmente para uso posterior de alguma coisa ouvida, vista, lida ou pensada; nota, lembrete; registro resumido, para posterior aproveitamento de obra consultada; ato ou efeito de apontar, de mostrar ou indicar; indicação reduzida de obra ou trabalho por executar; preparo dos engenhos de açúcar para a moagem (Ferreira, 1986).

Capítulo 1

Apontamentos sobre o Sistema Único de Saúde no contexto da

Reforma do Estado Brasileiro¹

O Estado é o principal instrumento de que hoje dispõem os cidadãos para controlar a globalização em função de seus valores e interesses. A adaptação da administração do Estado, enquanto instrumento, às tarefas complexas que impõe o extraordinário processo de mudança social e tecnológica que estamos vivendo, é condição prévia à capacitação do setor público para atuar estrategicamente e mesmo para a implementação de qualquer reforma social. Manuel Castells (1998:27).

Estado

Reconstituir a trajetória da compreensão de Estado, ao longo da história, é reconstituir a trajetória da compreensão do homem sobre a sua própria história no mundo e em sociedade. O status mais primitivo de organização em sociedade, em que se delegou a alguém ou em que alguém se autodelegou o poder de mando sobre o grupo social, constituiu-se em Estado, ainda que isso possa ter sido efetuado de modo rudimentar, considerados os padrões atuais de organização das sociedades.

A despeito da expressão Estado ter surgido somente com *O Príncipe* de Maquiavel, no século XVI, em essência a idéia de Estado se aplica a "*todas as sociedades políticas que, com autoridade superior, fixaram as regras de convivência de seus membros*" (Dallari, 2000:52).

O significado básico de Estado, para balizar a presente discussão, refere-se à compreensão de que a organização institucionalizada de poder e concentração de poder de alguns membros da sociedade sobre o conjunto da sociedade é legitimada pelos membros dessa própria sociedade, ou parte deles, voluntariamente ou compulsoriamente pelo uso da força, ainda que no Estado democrático ou no Estado de direito. Uma vez assim credenciado, o Estado passa a ditar as regras dos contratos sociais de convívio entre todos os membros componentes da sociedade a que estão reciprocamente adstritos. E a conformação estrutural do Estado se perpetua em sucessivos governos, através do uso dessa força, ou se modifica mais profundamente com a mudança de governos, em geral, também pelo uso de alguma força que lhe contraponha. Desse modo, a configuração de uma política de Estado, qualquer que seja este, sustenta-se na utilização de um

componente de força, qualquer que seja esta, mas sempre com base no poder e controle sobre o grupo social adstrito.

Ainda que desde os filósofos gregos, especialmente Aristóteles e Platão, formularam-se "teorias de Estado", os séculos XVII e XVIII foram palco de idéias mais sistematizadoras acerca do tema.

Em Thomas Hobbes (1984) surge a questão da legitimidade do poder do Estado e a idéia de Estado enquanto "mal necessário" para garantir a segurança e a vida dos indivíduos. É em Hobbes que surge a idéia de controle social com o sentido de uma estrutura acima dos indivíduos sociais que possa controlá-los, para o seu próprio bem e para o bem de todos. Trata-se de um postulado antagônico ao princípio do controle social que se adota, por exemplo, no caso do Sistema Único de Saúde brasileiro, em que a sociedade "controla" o Estado (Brasil, 2006d).

Em John Locke (2005), a necessidade de limitação da atuação do Estado, com o clássico "quem nos protege do Estado?", soluciona-se com um poder político nacional, emanado da própria sociedade civil, e por esta delegado, para exercer o controle social.

A afirmação de direitos civis encontra em Montesquieu (1996) o equilíbrio entre autoridade do poder do Estado e liberdade do cidadão, já com a idéia de Estado de direito, mas com a ressalva de que "as leis inúteis enfraquecem as leis necessárias".

Em Rousseau (1999), no contrato social, enquanto lei ratificada pelo povo, expressa-se uma ideologia do Estado em que o mesmo contrato social estabelece o direito ilimitado a tudo que o cidadão possa conseguir, desde que não possa ser tão rico a ponto de comprar alguém e nem tão pobre a ponto de se vender a outro. Ainda, a idéia de controle social da matriz hobbesiana continua presente (sociedade controlada pelo Estado).

Já, no século XIX, com Marx e Engels (1974), surge a ideologia de um Estado enquanto estrutura capaz de garantir os interesses da burguesia, até chegarmos à idéia de um Estado ideológico e legitimado, modernamente como Estado de direito.

A legitimação do Estado evolui para a condição racional de legalidade com a ideologia do Estado de direito enquanto personalidade jurídica. No mais, todas as variáveis que possam compor a compreensão e um conceito ampliado de Estado transitarão por esse pequeno receituário: território, soberania, poder, ordem, hierarquia, controle (Ortiz *et al*, 1996:2).

O mecanismo de coerção (uso da força), no Estado moderno, revela-se mais permeável a outros mecanismos, também de coerção, cuja conotação de força se dilui em modalidades de exercício de poder, introjetadas simbolicamente pela sociedade como regras factuais a que todos estão sujeitos - o poder político, o poder econômico, o poder da justiça, o poder militar - já, assim, no Estado-nação.

De todo modo, a idéia de Estado embute o caráter permanente de dominação, a que O'Donnel (1977) chama de relacional, pela sua vinculação entre sujeitos sociais. Nesse sentido, a dominação relacional é assimétrica por tratar de relações de desigualdade.

Esa asimetría surge del control diferencial de ciertos recursos, gracias a los cuales es habitualmente posible lograr el ajuste de los comportamientos y de las abstenciones del dominado a la voluntad - expresa, tácita o presunta - del dominante. No tiene sentido intentar un inventario exhaustivo de esos recursos, pero no es difícil distinguir algunos muy importantes como sustento de la dominación. El primero es el control de medios de coerción física, movilizables por sí o por intermedio de un tercero. Otro es el control de recursos económicos. Un tercero es el control de recursos de información en sentido amplio, incluso conocimientos científico-tecnológicos. El último que interesa señalar es el control ideológico, mediante el cual el dominado asume como justa y natural la relación asimétrica de la que, es parte, y por lo tanto, no la entiende ni cuestiona como dominación (O'Donnel, 1977:3).

Desde o aprofundamento do novo liberalismo econômico, com a hegemonia do mercado e a crescente mundialização das suas regras e pactos (neoliberalismo/globalização econômica), o Estado assume uma nova posição de força.

Na era do mercado, inicialmente com a concepção "abandonada" de Estado mínimo (Banco Mundial, 1997) e, mais recentemente, com a concepção de Estado efetivo (idem ibidem), o Estado se reserva em sua missão típica de poder e força de controle a garantir o funcionamento do mercado (idem ibidem).

Pouco a pouco vão "sobrando" apenas como carreiras típicas de Estado no mundo globalizado aquelas que garantam o poder econômico do Estado para viabilizar e otimizar as transações de mercado e financiar a máquina pública (arrecadação); aquelas que garantam a ordem interna (polícia) e externa (forças armadas) para as transações nacionais e internacionais; e aquelas que garantam o Estado de direito (justiça) para avalizar os pactos e as regras do jogo.

Analisando a conformação do Estado-nação, especialmente no caso brasileiro, vista sob o prisma da teoria da dependência política, observa-se seu caráter cíclico de crises e autoritarismo tendente a refletir perenemente a conjuntura econômica internacional.

[...] o Estado dependente tende para formas autoritárias: a dominância do sistema mundial manteve historicamente as burguesias locais frágeis; a frágil burguesia local não consegue estabelecer sua hegemonia e, portanto, não consegue manter o poder (e garantir acesso à sua economia para o capital estrangeiro) através de formas democráticas do Estado (Carnoy, 1990:257).

Todavia, a saída desses ciclos perpétuos de autoritarismo do Estado, nos países dependentes, caso do Brasil, ocorre recentemente com a nova ordem econômica internacional. Nesse contexto, a atual conjuntura internacional revela uma contradição que bem se aplica ao caso brasileiro. Ao mesmo tempo em que se consolida uma profunda crise econômica dos Estados-nação, tanto nos de economia central quanto periférica, com o aprofundamento da dívida dos países devedores e, especialmente nestes, a incapacidade de resolver o alargamento da miséria, da fome e da violência, não existe cenário favorável para a instalação de Estados autoritários, pela intolerância global a essa modalidade de regime, capaz de gerar inquietudes e oscilações violentas no equilíbrio do mercado global.

O mercado passa a assumir, cada vez mais, a hegemonia das relações sociais, à margem do Estado, mas requerendo-o para seu funcionamento harmônico (Prieto, 1996), passando a regente das relações entre Estado e sociedade e emergindo como nova ordem de (re)estruturação do Estado moderno, em que a economia deixa de estar contida nas relações sociais e, ao contrário, as relações sociais passam a estar embutidas nas relações econômicas (Polanyi, 1980).

A transição contemporânea para esse "Estado-mercado", marca da globalização econômica, algo parecido com um novo tipo de democracia autoritária, em que o autoritarismo se reporta à necessidade de reforma do Estado, para dar conseqüência e viabilidade às relações de mercado, vêm ocasionando um permanente reformismo, num círculo vicioso incapaz de dar conta da superação dos ciclos de crise.

A priori, não mais ciclos de crise encetados pela renovação do Estado autoritário, mas ciclos reformistas de *status* democrático, impostos autoritariamente pelas exigências

do mercado internacional e das adequações econômicas dos Estados-nação a elas. Mais adiante voltaremos a focar a questão do "Estado-mercado" em sua relação com o desenvolvimento sustentável.

Na medida de sua aplicação, em função da hegemonia dos interesses das elites econômicas e, por não haver cenário favorável à implantação de regimes ditatoriais, o Estado fica à mercê de governos que inauguram e reinauguram novos pactos de poder tipo rolo compressor para a aprovação de reformas a que a sociedade não tem acesso e nem agilidade de melhor informação e análise para referendá-las.

No caso do Brasil, explica, em parte, a postura do governo Luis Inácio Lula da Silva, em que se vê a cada nova medida reformista a tentativa de superação da crise - emblemática nos casos da fome, da violência, do emprego, da terra, da previdência, da produção, entre outras - e a incapacidade de levar a cabo grande parte do ideário de esquerda e de vinculação de eventuais reformas ao avanço de direitos sociais, razões que o elegeram.

Nesse sentido, é curioso observar a solidez do Sistema Único de Saúde - SUS, que vem resistindo ao arrebatamento reformista. O SUS, nesse contexto de reforma, é a pedra de toque para se pensar uma política de Estado na área de saúde, trabalho, produção e desenvolvimento, caso do presente estudo.

Reforma do Estado

No Brasil pós-autoritarismo, o último esforço mais sistematizado de reforma do Estado foi consignado no *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*, elaborado pela equipe coordenada pelo ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em 1995.

Aparentemente, a reforma do aparelho do Estado tinha um escopo mais restrito, porquanto foi orientada para tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania. Entretanto, na reforma Bresser-Pereira/FHC, a despeito de focalizar sua atenção na administração pública federal, muitas das suas diretrizes e propostas podem ser compreendidas como reforma do Estado já na esteira de uma nova ordem econômica internacional. Observa-se essa intenção tanto por se tratar de um projeto mais amplo que diz respeito às várias áreas do governo e da sociedade, influenciando fortemente em sua

dinâmica, quanto pela possibilidade de se aplicar ao conjunto da sociedade brasileira e das estruturas do aparelho de Estado até os níveis estaduais e municipais do país.

No Plano Diretor se argumentava que a crise brasileira da última década foi também uma crise do Estado:

Em razão do modelo de desenvolvimento que Governos anteriores adotaram, o Estado desviou-se de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, a que recorre, em particular, a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal e, por conseqüência, da inflação. Nesse sentido, a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Somente assim será possível promover a correção das desigualdades sociais e regionais (Brasil,1995:5).

O plano de reforma visava enfrentar o desafio histórico de articular um novo modelo de desenvolvimento que poderia trazer para o conjunto da sociedade brasileira a perspectiva de um futuro melhor, com o fortalecimento do Estado para tornar eficaz sua ação reguladora, no quadro de uma economia de mercado, bem como fazer o revigoramento dos serviços básicos que presta à população além de implementar as políticas de cunho social necessárias (idem *ibidem*).

O Presidente da República (FHC), ao referir-se sobre a reforma dizia que seria preciso dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública qualificada de gerencial, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem dá legitimidade às instituições e que, portanto, se tornaria cliente privilegiado dos serviços prestados pelo Estado (Brasil, 1995:5).

Toda a argumentação de fundo como justificativa do plano da reforma calcava-se no fato de que, no Brasil, essa questão adquiriu importância decisiva, tendo em vista o peso da presença do Estado na economia nacional, tornando-se, conseqüentemente, inadiável equacionar a questão da reforma ou da reconstrução do Estado, sob a alegação de que já não conseguiria atender com eficiência a sobrecarga de demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social. A reforma não seria, assim, um tema abstrato, mas, ao contrário, algo cobrado pela cidadania, que vê frustradas suas demandas e expectativas. E concluía argumentando que só em meados dos anos 1990 surge uma resposta consistente com o desafio de superação da crise: a idéia da reforma ou reconstrução do Estado, de

forma a resgatar sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas (Brasil, 1995).

"Coincidentemente", o Banco Mundial, o FMI e os credores internacionais vinham trabalhando, exaustivamente, a temática Reforma do Estado, cuja culminância foi o *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – O Estado num Mundo em Transformação*, editado pelo Banco Mundial em 1997. Neste, faziam uma espécie de autocrítica reconhecendo que a máxima neoliberal de Estado Mínimo era insuficiente para dar conta dos problemas do mundo moderno (e, claro, devedor): "*Sem um Estado efetivo, o desenvolvimento – econômico, social e sustentável – é impossível. Reconhece-se cada vez mais que um Estado efetivo – e não um Estado mínimo – é essencial para o desenvolvimento...*" (Banco Mundial, 1997:18) (grifei).

A par dessa "nova" ideologia de Estado eficiente, o relatório tem como fulcro a idéia de que o Estado deve existir para garantir as transações de mercado, inda mais num mundo globalizado, em transformação: "*Ainda mais importante é a percepção atual de que os mercados e os governos são complementares: o Estado é essencial para a implantação dos fundamentos institucionais apropriados para os mercados*" (Banco Mundial, 1997:4).

Como assinala Boaventura de Souza Santos "*Tal como o Estado tem de intervir para deixar de intervir, também só um Estado forte pode produzir com eficácia a sua fraqueza*" (Santos, 2002:42).

Ou seja, vimos uma "perfeita sintonia" entre os anseios da cidadania brasileira citados no Plano Diretor e os anseios da comunidade financeira internacional.

Nessa linha, segundo Bresser-Pereira e sua equipe, eram inadiáveis: (i) o ajustamento fiscal duradouro; (ii) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (iii) a reforma da previdência social; (iv) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (v) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua "governança", ou seja, a sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (Brasil, 1995).

A reforma do Estado, segundo Bresser-Pereira, deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento.

No plano econômico, o Estado seria essencialmente um instrumento de transferências de renda, que se torna necessário dada a existência de bens públicos e de economias externas, que limitam a capacidade de alocação de recursos do mercado. Para realizar essa função redistribuidora ou realocadora, o Estado coleta impostos e os destina aos objetivos clássicos de garantia da ordem interna e da segurança externa, aos objetivos sociais de maior justiça ou igualdade, e aos objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento.

Para realizar esses dois últimos objetivos, que se tornaram centrais neste século, o Estado assumiu funções diretas de execução, gerando distorções (sic). Daí reformar o Estado significa transferir para o setor privado atividades que podem ser controladas pelo mercado (Brasil,1995), caso que se aplica à generalização dos processos de privatização de empresas estatais.

Finalmente, no que nos interessa mais de perto, na proposta de reforma, foi salientada a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvam o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaram esse processo de "publicização", salientando que o Estado continuará a subsidiá-los, buscando, ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade.

Em síntese, no quadro 1, observa-se a reforma proposta por Bresser-Pereira e sua equipe em 1995, em que se distinguem no aparelho de Estado os quatro setores que deveriam ser considerados na implementação do plano e seus objetivos específicos.

Quadro 1
Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
Setores considerados na implementação do plano e seus objetivos específicos – Brasil – 1995

Setor A – NÚCLEO ESTRATÉGICO	
COMPOSIÇÃO/ATIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>Governo <i>sensu lato</i> – onde se definem as leis, as políticas públicas e se cobra o seu cumprimento: Poderes Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Presidente da República, ministros de Estado e seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas</p>	<p>Modernizar a administração burocrática através de uma política de profissionalização do serviço público (política de carreiras, concursos públicos anuais, programas de educação continuada permanentes, efetiva administração salarial, cultura gerencial baseada na avaliação do desempenho) // capacidade gerencial para definir e supervisionar contratos de gestão com as agências autônomas, responsáveis pelas atividades exclusivas de Estado, e com as organizações sociais, responsáveis pelos serviços não-exclusivos do Estado realizados em parceria com a sociedade.</p>
Setor B – ATIVIDADES EXCLUSIVAS	
COMPOSIÇÃO/ATIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>Serviços que só o Estado pode realizar – poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. exemplos: cobrança e fiscalização de impostos, polícia, previdência social básica, serviço de desemprego, fiscalização de normas sanitárias, serviço de trânsito, compra de serviços de saúde pelo Estado, controle do meio ambiente, subsídio à educação básica, serviço de emissão de passaportes etc.</p>	<p>Transformar autarquias e fundações em agências autônomas, administradas segundo contrato de gestão; o dirigente escolhido pelo Ministro segundo critérios rigorosamente profissionais, mas não necessariamente de dentro do Estado, terá ampla liberdade para administrar os recursos humanos, materiais e financeiros colocados à sua disposição, desde que atinja os objetivos qualitativos e quantitativos (indicadores de desempenho) previamente acordados // substituir a administração pública burocrática, rígida, voltada para o controle <i>a priori</i> dos processos, pela administração pública gerencial, baseada no controle <i>a posteriori</i> dos resultados e na competição administrada // adoção de mecanismos que privilegiem a participação popular tanto na formulação quanto na avaliação de políticas públicas, viabilizando o controle social das mesmas;</p>
Setor C - SERVIÇOS NÃO EXCLUSIVOS	
COMPOSIÇÃO/ATIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>Onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas, seja porque envolvam direitos humanos fundamentais, como educação e saúde, seja porque possuem "economias externas" relevantes que não podem ser apropriadas exclusivamente pelo mercado, caso das universidades, hospitais, centros de pesquisa, museus etc.</p>	<p>Transferência de serviços para o setor público não-estatal – programa de "publicização", transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e direito à dotação orçamentária // maior autonomia e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços // controle social direto desses serviços por parte da sociedade através de conselhos de administração // fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação quanto na avaliação do desempenho da organização social, viabilizando o controle social // maior parceria com o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações // aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor</p>
Setor D – PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS PARA O MERCADO QUE CORRESPONDE À ÁREA DE ATUAÇÃO DAS EMPRESAS	
COMPOSIÇÃO/ATIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>Caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado como, por exemplo, as do setor de infraestrutura, que estão no Estado seja porque faltou capital ao setor privado para investir, seja porque são atividades naturalmente monopolistas, nas quais o controle via mercado não é possível, tornando-se necessário no caso de privatização, a regulamentação rígida</p>	<p>Dar continuidade ao processo de privatização através do Conselho de Desestatização // reorganizar e fortalecer os órgãos de regulação dos monopólios naturais que forem privatizados // implantar contratos de gestão nas empresas que não puderem ser privatizadas</p>

Fonte: Brasil, 1995 - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

Em matéria de reforma do Estado, a trajetória do governo Lula demonstra de forma inequívoca que não houve dissenso, até agora em 2006, com a proposta de reforma do governo FHC, antes analisada, e com a proposta do Banco Mundial, também assinalada, em que nesta, inclusive, aponta-se para a necessidade de reformas de 1ª e 2ª geração.

Em seu relatório de reforma do Estado se observa que o Banco Mundial recomenda reformas que foram alvo do governo Fernando Collor de Melo, dos dois governos FHC e, agora, fortemente presentes na agenda do governo Lula, tais como cortes orçamentários drásticos e reforma tributária [reformas de 1ª geração], reforma trabalhista e reforma do judiciário [reformas de 2ª geração] (Banco Mundial, 1997:161). Isso sem contar com recomendações de apoio à reforma, que estão, do mesmo modo, na pauta das discussões, como a autonomia do Banco Central. Na discussão das políticas de desenvolvimento sustentável e sua relação com o Estado esses pontos voltam a aparecer.

Assim, o pano de fundo da atual agenda política parece ser a reforma do Estado, na linha dos postulados observados, muito mais do que as bandeiras históricas empunhadas pela esquerda brasileira que, tudo indica, nas últimas eleições votou num projeto de país distinto do que está sendo moldado, em termos de políticas sociais de longo prazo. E como fica o SUS nisso?

SUS e Reforma do Estado

A matriz histórica que moldou o atual sistema de saúde brasileiro, no espírito da Reforma Sanitária, é uma das principais, senão a principal pista para a compreensão do que se pode esperar do SUS, no ímpeto reformista do Estado em que hoje nos encontramos.

Destacam-se na sua trajetória histórica: a presença permanente de turbulências na concepção estrutural do modelo de sistema de saúde brasileiro; a necessidade de ampliação do universo de cidadãos atendidos pelas políticas de saúde; a consolidação de 2 sistemas de saúde totalmente dissociados, um com esparsos recursos - responsável por ações de saúde pública - e, outro, abastado - responsável por ações de assistência médica;

a consolidação de um movimento reformista sanitaria; e a promulgação da Constituição Federal de 1988, em que o SUS atende às aspirações da utopia reformista.

Desde sua constituição e permanente construção, ao SUS pode ser creditada, sem exagero, a condição de política de Estado mais bem consolidada, do ponto de vista de reforma do aparelho de Estado brasileiro nas últimas décadas. Características dessa condição são a sua aceitação tácita pela sociedade, especialmente fora dos grandes centros urbanos, a sua defesa pelos atores institucionais que o compõem, a sua relativa intocabilidade perante o parlamento e o sistema jurídico e a compreensão de que se trata de um sistema em construção, passível de melhoramentos, com capacidade de expansão das políticas setoriais e programáticas. Ainda, o SUS tem sido capaz de recriar sua consolidação, avalizada pela participação popular sempre crescente nas instâncias de controle social.

Todavia, colocando como pano de fundo a trajetória avassaladora da reforma do Estado no mundo, ou como nos dizeres do Banco Mundial "*o Estado num mundo em transformação*", cabe refletir sobre os cenários em que se sustenta a possibilidade de pensar o SUS como palco de uma política nacional que dê conta da problemática do mundo do trabalho e desenvolvimento na sua relação com a saúde.

Vamos analisar os possíveis cenários para o SUS, no contexto da Reforma do Estado, a partir de 5 planos de análise do SUS: sua conformação histórica; sua consolidação; seus dilemas; a projeção dos possíveis cenários; e a sua relação com a área de saúde, trabalho/produção e desenvolvimento.

1º plano - Um pouco de história do SUS

Podemos dizer, de forma simplificada, que a evolução histórica da estruturação do sistema de saúde brasileiro, guardou características muito peculiares e autóctones, especialmente na sua concretização da utopia sanitaria, após décadas de hegemonia político-financeira de um modelo curativo-assistencialista, com foco no hospital.

O modelo, respaldado por categorias poderosíssimas de trabalhadores, na maior parte do tempo em aliança com o autoritarismo de Estado, colocou-as como tributárias e beneficiárias do sistema de saúde vigente.

As primeiras ações de saúde que, ainda incipientes, surgiram no final do século XIX e estenderam-se pelos primeiros anos do século XX, foram motivadas pelo combate às endemias, casos da febre amarela e malária, com o intuito de preservar a mão-de-obra, principalmente imigrante, da cafeicultura nos corredores de exportação. Moldou-se uma linha de política pública mais sanitarista (campanhista), cuja missão era centrada na preservação da força de trabalho, com o foco no controle de endemias, de cuja evolução político-institucional, poderíamos dizer, resultou o Ministério da Saúde pré-SUS.

Já as primeiras políticas de saúde, traduzidas no marco da lei, surgem nas décadas de 1910 e 1920, numa linha de provisão pecuniária e reparação dos danos à saúde da força de trabalho. É o caso da lei que obriga as empresas a contratar seguros de acidentes de trabalho para seus empregados (Decreto nº 3.724, de 1919) e a constituição de um seguro social com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAP (Lei Eloy Chaves, de 1923). Essa segunda linha original de política social com foco na saúde e forte amparo na lei, cuja missão precípua era garantir direitos básicos para a reparação da força de trabalho, resultou mais assistencialista e moldou, podemos dizer, o Inamps pré-SUS.

Essas duas linhas de políticas públicas denotavam, em verdade, dois paradigmas bem distintos, que de alguma forma foram se configurando como políticas antagônicas, ao longo do tempo, embora ambas dissessem respeito à reprodução da força de trabalho brasileira. As denominações dessas duas vertentes variam muito mas, salvaguardadas as demais, podemos chamá-las de sanitário-campanhista (Luz, 1979; Mendes, 1996) e assistencial-corporativa.

A influência estrangeira na configuração dessas duas linhas foi marcante. Assim, no início do século XX, a influência norte-americana no modelo campanhista foi tão evidente, a ponto de fundações norte-americanas sustentarem-no financeiramente, ainda que em parte, na sua estruturação e em grande parte de sua existência.

No tocante à ação médico-sanitária, o controle de doenças endêmicas, notadamente a ancilostomíase, a febre amarela e a malária, foi uma preocupação dominante. Entre 1914 e 1949, a [Fundação] Rockefeller investiu cerca de US\$ 13 milhões em programas sanitários na América Latina. Cerca de 50% desse valor foi destinado às campanhas de profilaxia e tratamento da febre amarela. O Brasil foi o país da América Latina que recebeu a maior soma de recursos financeiros para programas de erradicação das endemias (Faria, 1995:9).

Por outro lado, o modelo mais reparador da força de trabalho, com forte viés assistencialista, teve sua inspiração no modelo europeu, mais exatamente alemão. "*A segunda corrente refere-se à proteção e recuperação da força de trabalho urbana, conforme preconizado pela Organização Internacional do Trabalho – OIT a partir do modelo alemão de seguro-doença [...] após o Tratado de Versalhes (1919)*" (Labra, 1985:365).

A partir desses períodos iniciais do século XX e de uma conformação de políticas públicas voltadas para a saúde (ou para a doença dependendo do enfoque), o Estado brasileiro iniciou a regulamentação da prática médico-assistencial, que se consolidava gradativamente nas prestações de serviços aos associados das CAP.

Desse modo, a assistência médica brasileira, com forte inspiração européia (principalmente no modelo securitário alemão), passou a compor o modelo da previdência social brasileira, inicialmente, através das CAP, com clientela mais restrita, adstrita a grupos de trabalhadores mais específicos, vinculados a empresas e, posteriormente, através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP, com clientela mais abrangente, envolvendo categorias de trabalhadores, em base nacional. O período autoritário do Estado Novo legitima esse modelo de constituição dos IAP, sob a forma de um seguro baseado numa contribuição suplementar, estabelecido contratualmente, cujo espectro de benefícios estava relacionado à capacidade financeira individual.

Assim, a constituição do modelo brasileiro prestacional de assistência médica nasce com algumas características, dignas de serem assinaladas para a análise:

- numa linha de desenvolvimento antagônica ao modelo preventivista (sanitário-campanhista), cuja inspiração e continuidade ficou por conta de um modelo sanitário paralelo ao assistencial, sem financiamento vinculado a este, de caráter basicamente controlador de endemias;

- numa linha de desenvolvimento corporativista, inicialmente restrito e mais adiante ampliado para grandes categorias de trabalhadores (modelo assistencial-corporativo). Ou seja, configura-se, já, como sistema excludente para o conjunto da população brasileira, com linha própria de financiamento público combinado;

- numa linha de desenvolvimento totalmente dissociada do binômio prevenção/cura, recuperado somente décadas depois com o paradigma da integralidade,

como princípio doutrinário do setor saúde, com o advento do SUS, em 1988/1990, já como resultado da Reforma Sanitária;

□ numa linha de desenvolvimento institucional com a criação de materialidades responsivas, sob a forma de grandes complexos médico-hospitalares, autônomos por categoria, para dar conta das necessidades de cada categoria de per si, em todas as variáveis de complexidade assistencial. Foi o embrião de um modelo hospitalocêntrico e dispersivo na captação e utilização de recursos financeiros; e, finalmente,

□ numa linha de prestação de serviços de assistência médica, não como um direito universal, mas que opera para segmentos profissionais, caracterizando uma cidadania regulada (Santos, 1998) de trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho.

Esse modelo com financiamento de caráter público, ainda que parcial, aprofundava contradições quanto à concepção das relações Estado-sociedade. E, no tocante à prestação de políticas públicas, enfrentou permanentes turbulências no sentido de sua estruturação e reestruturação permanente.

A questão da unificação do sistema de Previdência, como alternativa ao sistema segmentado proveniente do Estado Novo, impôs-se como um tema de grande importância na pauta das reformas da República Populista. Essa unificação começou a desenhar-se com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (1960). O governo João Goulart ainda procurou encaminhar ao Congresso a proposta de criação de um fundo de assistência para os trabalhadores rurais em 1963, buscando a universalização da cobertura previdenciária. [...] A criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, em substituição aos antigos IAPs setoriais, representou a extensão dos benefícios da assistência médica aos trabalhadores formalmente empregados, vinculados pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). Tratava-se ainda de uma herança da Era Vargas, de extensão da cidadania regulada pela via autoritária. Essa ampliação da cobertura viria logo depois trazer para o escopo da previdência os trabalhadores rurais através do FUNRURAL (1971), e também os empregados domésticos (1972) e os autônomos (1973). O regime autoritário, portanto, encaminhava a reivindicação sindical no sentido da universalização da cobertura de atendimento médico por parte do Estado. Mas o fazia de uma forma extremamente centralizada, controlando rigidamente as políticas e os recursos, ao mesmo tempo que criava as condições institucionais para a emergência e o desenvolvimento de um sistema de saúde privado (Costa, 2002:50).

Por outro lado, no período da democracia liberal (1946-1963), "*a saúde pública foi um dos objetos prioritários dos planos nacionais de desenvolvimento e, de fato, expandiram-se muitos serviços e programas ao longo do país*" (Labra, 2001:371). Fato que não foi suficiente, de qualquer modo, para suprir a ausência de um projeto de política

de Estado para o campo da saúde pública, no Brasil, concorrendo para o desenvolvimento de iniciativas pontuais, baseadas em estruturas públicas, dissociadas entre si e organizacionalmente verticalizadas, além de fortemente vinculadas ao passado campanhista.

E, como marca cicatricial, uma cultura até hoje vigente na lógica organizacional das políticas setoriais e ações de saúde de programas verticalizados que, via de regra, constituem-se em caixotes isolados, como que verdadeiros programas de saúde paralelos ao sistema, a despeito dos princípios doutrinários do SUS apontarem em outra direção. Caso especialmente emblemático para a área de saúde do trabalhador, como será visto mais adiante nesta tese.

Um pouco dessa "insuficiência" política, no sentido de criação de um projeto público de saúde coletiva, cristalizou a contradição entre os paradigmas que moldaram a institucionalização sanitária brasileira no início do século.

Ambiciosas reformas administrativas de meados da década de 1960 em diante traçaram as fronteiras entre a burocracia tradicional, centralizada e pobre, e as autarquias estatais ligadas aos setores mais dinâmicos da economia. [...] o Ministério da Saúde ficou na primeira esfera, enquanto a Previdência foi assimilada à moderna administração indireta (Labra, 2001:371).

Decorrente dessa dicotomia entre os dois sistemas de saúde, forjou-se, pouco a pouco, uma corrente contra-hegemônica ao modelo médico-assistencial-previdenciário, que culminou com a constituição do chamado "movimento sanitário", em quem se centrou todo o ideário reformista do setor saúde, ao longo daqueles anos (Escorel 1999; Gerschman, 2004; Lima *et al*, 2005; Brasil, 2006d), e que vai dar a tônica do debate sobre o modelo de saúde no país.

Na perspectiva do debate permanente do modelo, em 1974 cria-se o Sinpas - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, incluindo-se os IAP já unificados e, em 1978, é criada nova autarquia no seio do Sinpas: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps.

Na época, os ventos da abertura política se faziam sentir, dando passo à renovação das cúpulas dirigentes do INAMPS, que começaram a liderar um processo de integração "pelo alto" dessa autarquia com o Ministério da Saúde e com as secretarias de saúde de estados e municípios. A idéia de unificar saúde pública e assistência médica foi tomando corpo na medida que se arrastava pelo país o anseio de retorno à democracia. [...] com as primeiras eleições livres para governador, em 1982, inicia-se realmente a lenta transição à democracia, a qual

também deveria se expressar no direito universal à saúde garantido pelo Estado e executado por um Sistema Único de Saúde - SUS, integrado, equitativo e participativo (Labra, 2001:371).

Inseridos na máquina pública de saúde, quadros dirigentes oriundos ou afinados com o movimento sanitário, buscavam a ruptura com o modelo vigente, na linha da integração medicina preventiva/curativa, com o controle público da medicina privada. Esse impulso, aliado ao sentimento reformista da sociedade, possibilitou que o movimento pela reforma sanitária brasileira pudesse levar adiante seu projeto, costurando importantes alianças no Congresso Nacional Constituinte, que acabaria por editar a nova Constituição de 1988, nela incluindo os princípios fundamentais do SUS.

Durante o percurso de remodelagem dos paradigmas de sistemas de saúde, ocorreu uma espécie de inversão das influências norte-americana e européia sobre a saúde brasileira. Se, por um lado, a concepção do modelo de saúde inscrito no movimento sanitário havia se inspirado fortemente no modelo inglês, de características público-universalistas, e no modelo da Reforma Sanitária Italiana, cada vez mais o modelo médico-assistencial brasileiro, com a gradativa hipertrofia do setor privado foi se moldando à semelhança do norte-americano, fenômeno que parece, hoje, bem evidente, a despeito da vigência do SUS (Faveret Filho e Oliveira, 1990).

Desse modo, observa-se que o Brasil, devido à subordinação histórica ao capital e interesses internacionais, foi suscetível a influências dos países capitalistas centrais no tocante à estruturação do seu sistema de saúde, evidentemente pela sua importância político-estratégica não só como foco de tensões sociais, mas principalmente como reserva de mercado importador do complexo médico-tecnológico, cuja evolução foi drástica na 2ª metade do século XX. Essa influência deu-se ora numa direção ora noutra, ao sabor da própria conjuntura internacional e, claro, do cenário vigente no Brasil de permeabilidade política maior ou menor a uma saída pela linha de atenção mais preponderante para as camadas mais desprovidas, cujo emblema é o SUS universalista pujante e abrangente, ou pela linha mais privatista, cujo emblema é o SUS estigmatizado como foco de políticas residuais.

É nesse contexto que o Brasil, de certo modo, segue a receita do Banco Mundial que, em 1987, como parte de uma agenda de políticas de ajuste econômico, recomendava a reforma dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. A reforma sugerida

baseava-se em quatro pontos: serviços oferecidos pelo governo pagos pelo usuário com potencial pagador; ampliação de planos privados de cobertura de riscos à saúde; eficiência no uso de recursos do governo não pagos pelo usuário desprovido; descentralização de ações e serviços de saúde. Dessas, "*a descentralização ganhou acentuado destaque, em virtude da convergência de interesses e orientações entre o tripé formado pelas instituições estrangeiras, os órgãos governamentais e o movimento sanitário*" (Costa, 2002:51).

Assim, na agenda das reformas políticas da década de 1980, dentro do espírito de distensão gradual e segura do regime autoritário, a ocupação de estruturas de governo por representantes de setores com maior sensibilidade para as questões sociais, inclusive a da reforma sanitária, deu-se como ritual gradual de passagem para a democracia. Assim que, ainda em vigência do regime militar, já havia um direcionamento da estrutura previdenciária para a adoção de uma lógica reformista. Motivação reformista, também, pela grave crise pela qual atravessava a previdência.

O aumento de serviços oferecidos pelo Inamps, com aumento de gastos e redução das receitas previdenciárias, e o inevitável esgotamento das fontes de financiamento agregadoras, pela ausência da incorporação de novos contribuintes, aproximou os críticos do modelo curativo-assistencial dos seus defensores, pela absoluta necessidade de revisão do modelo. As conseqüências mais importantes, num momento em que o movimento sanitário ganhava força, foram ao encontro de muitas das aspirações reformistas.

Nesse quadro, a estratégia racionalizadora privilegiou, de um lado, o controle de gastos via combate a fraudes e outras evasões, e, de outro, a contenção da expansão dos contratos com prestadores privados, passando a privilegiar o setor público das três esferas governamentais. Para o combate às fraudes, já havia sido criada no MPAS, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência, DATAPREV, encarregada de processar também as contas hospitalares. [...] Na área da assistência médica, o esforço de adequar oferta e demanda, sem aumentar o déficit financeiro da Previdência, direcionou-se para o estabelecimento de convênios com outros órgãos públicos de saúde, pertencentes seja às Secretarias de Saúde, seja ao Ministério da Saúde, seja às universidades públicas. Além de prestarem os serviços a um custo inferior à rede privada, a forma de repasse de recursos do INAMPS para os serviços públicos conveniados, via orçamento global, permitia maior controle e planejamento dos gastos. Dessa forma, o INAMPS inicia um processo de integração da rede pública que viria a culminar com a dissolução das diferenças entre a clientela segurada e não segurada (Carvalho, 2003:8-9).

No início da década de 1980, o agravamento da crise financeira da previdência social intensificou o esforço de racionalização, no que resultou maior oferta de serviços, a partir da incorporação da rede pública de atenção à saúde. O marco desse período é a criação do Conasp - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Decreto 86.329/81), que

composto por notáveis da medicina, representantes de vários ministérios, representantes dos trabalhadores e dos empresários, recebeu a missão de reorganizar a assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento da assistência médico-hospitalar. Estabeleceu então um conjunto de medidas racionalizadoras, fixando parâmetros de cobertura assistencial e de concentração de consultas e hospitalizações por habitante, além de medidas para conter o credenciamento indiscriminado de médicos e hospitais (Portaria 3046, de 20/07/82). Os dois programas mais importantes do CONASP foram a implantação do Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e o das Ações Integradas de Saúde: o primeiro voltado para disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada; o segundo com a finalidade de revitalizar e racionalizar a oferta do setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública das três esferas governamentais, até então completamente desarticuladas (idem *ibidem*).

Hoje se tem uma visão mais clara desse processo facilitador da reforma sanitária brasileira, realizado naqueles primeiros anos da década de 1980, como etapa estratégica pró-reformista. Contudo, no auge da implantação das medidas racionalizadoras, em 1985, ocorre o fim do ciclo autoritário, instala-se a Nova República e o país se prepara para a reforma constitucional, onde a reforma sanitária teria sua chance de concretizar-se, sem que tivesse havido tempo para uma "degustação" mais consistente daquelas iniciativas, que acabaram se tornando como que aperitivos mal digeridos da reforma sanitária brasileira.

Foi o que ocorreu, primeiro com as AIS - Ações Integradas de Saúde e com o Suds - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e seus instrumentos de gestão, como a Programação Orçamentação Integrada - POI, em que o Suds, hoje considerado estratégico como estágio preparatório das estruturas de saúde dos estados e municípios brasileiros para recepcionar o novo sistema de saúde, foi à época criticado por vários segmentos dos setores tradicionalmente defensores e participantes do movimento sanitário (Brasil, 2006d).

A crítica se baseava na percepção (podemos dizer subjetiva) de que o Suds seria um mecanismo de sobrevivência do modelo curativo-previdenciário quando, na verdade, e isso só foi melhor visto posteriormente, tratava-se de uma "crônica da morte anunciada"² do Inamps (idem ibidem). Isso sem falar nas primitivas AIS que

constituíram-se no principal caminho de mudança estratégica do sistema. A partir deste último programa, o sistema caminhou progressivamente para a universalização de clientelas, para a integração/unificação operacional das diversas instâncias do sistema público e para a descentralização dos serviços e ações em direção aos Municípios (Carvalho, 2003:9).

Em síntese, nessas histórias mais recentes ressaltam alguns fatos significativos e curiosos, na medida do quão princípios ideologicamente antagônicos se aproximam, em função de questões conjunturais:

- a presença permanente de turbulências na concepção estrutural do modelo de sistema de saúde brasileiro, tendo em vista a impossibilidade de convívio estrutural dos dois paradigmas mais relevantes de modelo: o preventivista (sanitário-campanhista) e o curativista (assistencial-corporativo);

- a ampliação do universo de cidadãos regulados, com a fusão dos IAP e a criação do INPS, como expressão das contradições do modelo excludente de atenção a grandes grupos populacionais;

- a consolidação de dois sistemas de saúde totalmente dissociados, um pobre (Ministério da Saúde), responsável por ações de saúde pública propriamente dita e outro rico (Inamps) responsável por ações de assistência médica propriamente ditas;

- uma inversão de mão da influência inspiradora do sistema de saúde brasileiro, em que a vertente sanitarista do início do século XX tem seu modelo na visão norte-americana e a vertente previdenciário-assistencial no *welfare state* europeu: paradoxalmente, na evolução do modelo cada uma das vertentes sofrerá influência do seu oposto primitivo;

- no receituário draconiano do Banco Mundial de 1987, de marcante lógica neoliberal e privatista, o princípio da descentralização atende a todas as correntes à esquerda e à direita na agenda da reforma da saúde, sendo ainda hoje, considerado o princípio mais estratégico para a consolidação do SUS;

□ a preparação do cenário para a reforma sanitária, que, apesar da inequívoca inspiração socialista, configurou-se por dentro do aparelho de Estado nos dois últimos governos da ditadura militar;

□ a resistência de segmentos do próprio movimento sanitário às AIS e, principalmente ao Suds, considerado hoje como estratégia de implosão da estrutura do Inamps que, caso sobrevivesse, poderia ser um poderoso obstáculo para o avanço da reforma;

□ a consolidação de um movimento reformista sanitário, como expressão de uma posição contra-hegemônica e pró-ativa, cuja bandeira era a criação de sistema estrutural único, expresso no direito universal à saúde garantido pelo Estado e calcado em princípios de integralidade, equidade e universalidade, com a participação popular como fiel depositária do modelo, cujas aspirações se afirmam com a edição da Constituição Federal de 1988, em que se erige o SUS, com grande parte das características requeridas na utopia reformista.

A par da dúvida de se houve reais mudanças no curso da política de saúde pública brasileira, ou se a Constituição Federal de 1988 foi uma síntese de arranjos consolidados nas décadas de 1970/1980, em que as inovações conceituais e organizativas não expressaram nenhuma ruptura com os interesses que incidiam sobre o setor saúde nesse período (Costa, 1996:496), muito se transformou.

A reforma sanitária brasileira, forjada durante o processo de redemocratização do país ainda no regime militar, cujo clímax foi a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080, de 19/09/1990), reveste-se de singularidades no campo social das democracias, dito liberais-burguesas.

Contudo, seu legado de idéias e ações efetivas, embora ainda esteja em construção, encontra-se sob permanente ameaça. A permanente crise estrutural político-econômica do país; a concepção intrínseca do SUS calcada numa posição contra-hegemônica ao ideário liberal e, portanto, permanentemente desafiadora aos interesses contrários cada vez mais presentes na cena do jogo político brasileiro; a incapacidade do sistema, a despeito de sua vocação universalista, de impedir a progressão do modelo privatista são fatores que colocam em cheque a progressão de políticas públicas em seu âmbito.

Assim, o legado da reforma sanitária consentâneo com uma concepção socialista de Estado, ou, no mínimo social-democrata *stricto sensu*, inscrevendo o SUS como política *welfariana*, por ser embutida num país capitalista periférico e dependente, suscita contradições e resistências de difícil previsibilidade quanto ao seu ponto de chegada, no curso de sua consolidação efetiva.

E, nesse contexto de criação do SUS, resultado culminante de um processo de profunda revisão do modelo anterior, inseriu-se a relação saúde-trabalho como alvo de suas políticas públicas, tratada no novo sistema de modo similar aos alvos tradicionais de saúde pública, do ponto de vista legal e ideológico. Apesar disso, não mereceu atenção, do ponto de vista político e operacional, mantendo-se como campo marginal e periférico. Às questões relacionadas a esse campo agregam-se outras contradições e dificuldades que justificam a incapacidade do Estado brasileiro em dar respostas a elas, mas que não impedem de serem revistas na sua formulação e tentativas de serem ultrapassadas.

2º plano - O SUS estabelecido

Médici (1995) aponta 3 inovações relevantes na política de saúde, ditada pelo SUS: (i) a definição de comando único para o sistema, em cada esfera de governo (o que justificou politicamente a extinção do Inamps); (ii) a descentralização, como princípio ordenador, atribuindo a estados e, principalmente, municípios, a prestação dos serviços; e (iii) o compartilhamento do financiamento do sistema com recursos da seguridade social, da União, dos estados, municípios e Distrito Federal.

A despeito dessas inovações, a compreensão do SUS segue equívoca. Na introdução da tese fizemos algumas considerações sobre a compreensão do SUS enquanto estrutura sistêmica trans-setorial do aparelho de Estado brasileiro.

Não parece evidente a lógica sistêmica, porquanto seus princípios de saúde como direito e dever do Estado, dentro da definição de saúde da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1991), implicam em lidar com os seus fatores determinantes e condicionantes. Ou seja, remete-nos ao entendimento de que o Estado brasileiro, por meio do sistema de saúde, abrange as estruturas e arrebatou as ações de saúde para si, no interesse da saúde da população e, portanto, no cumprimento da política de Estado. Esse fato não significa, de modo algum, absorção de estruturas e instituições.

Em outras palavras, o fato de que uma estrutura, serviço ou ação, no âmbito público ou privado, qualquer que seja o lócus institucional de "fazer" saúde, não esteja vinculado propriamente à rede físico-estrutural-administrativa do SUS (ministério, secretarias, órgãos adstritos) não lhe retira a responsabilidade perante o sistema.

É muito simples compreender essa questão quando nos reportamos à autoridade sanitária, nos 3 níveis de gestão do pacto federativo. Embora um consultório médico particular, um hospital de plano assistencial privado, um ambulatório de saúde das forças armadas ou um serviço de saúde universitário não esteja subordinado orgânica e administrativamente à autoridade sanitária local (federal, estadual ou municipal), a esta deve responsabilidades sanitárias perante o sistema, de onde emanam as diretrizes de implementação das políticas no seu domínio territorial, embora sua vinculação institucional e obediência administrativa permaneça intocada.

Um exemplo bem claro desta subordinação sistêmica à autoridade sanitária poderia ser assinalado com uma eventual ameaça de epidemia, em que todas as estruturas de saúde, independente de sua vinculação, deverão seguir as ordens e orientações da autoridade sanitária do nível federativo de abrangência.

Do mesmo modo, os planos e ações que direta e indiretamente digam respeito à saúde, a fazer jus à sua missão estabelecida nos dispositivos legais, deverão ser arrebatados pelo SUS nesse sentido sistêmico da política pública.

Todavia, como foi ressaltado na introdução, as autoridades sanitárias brasileiras ainda não buscaram exercer esse papel e, provavelmente, terão dificuldades em exercê-lo. Podemos destacar entre suas razões: a própria incompreensão do significado de sistema; a omissão intencional ou não, de pensar a saúde com foco nos seus macrodeterminantes; as injunções político-institucionais de aparente ingerência; ou, ainda, um *laissez-faire* por "respeito" aos limites da administração pública, de todo modo inconseqüente no sentido de fazer a melhor política pública de saúde.

Reside nessa incapacidade de ver o SUS como instância sistêmica e privilegiada das políticas públicas de saúde, com a indumentária inequívoca de política de Estado, grande parte das dificuldades de se desenvolver políticas públicas de saúde do trabalhador e meio ambiente, para ficar nas mais próximas ao nosso objeto, de modo mais eficiente e perene.

É com esse entendimento que creditamos à percepção dinâmica do sistema de saúde o ponto de partida para a compreensão de todas as variáveis de atenção à saúde nas relações com o trabalho, a produção e o desenvolvimento local com suas diretrizes globais.

Mais próximos do objeto desta tese, são evidentes os planos e ações dos órgãos com responsabilidade direta e indireta nas questões de interesse da saúde, especialmente aqueles diretamente relacionados ao desenvolvimento.

Das ações preventivas do Ministério do Trabalho e Emprego nos estabelecimentos produtivos em geral, passando pelos atos periciais do INSS, ou pela simples consulta no consultório de qualquer médico, às ações de fiscalização de poluentes dos órgãos ambientais, dos órgãos com responsabilidade direta e indireta nas questões de saneamento básico, ocupação urbana, transporte, ciência e tecnologia, indústria e comércio, até chegar aos procedimentos de alta complexidade nos hospitais de excelência da rede privada, espera-se uma interação de atos emanados do Estado brasileiro, cuja política não pode prescindir dessa visão sistêmica, sob pena de tornar-se incapaz de dar resposta aos determinantes desses problemas, já fartamente detectados e propalados.

O artigo 198 da Constituição Federal/88 traz uma indicação objetiva para o entendimento de sistema quando define o SUS como uma rede regionalizada e hierarquizada, com 3 diretrizes básicas: descentralização com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (Brasil, 1988).

Temos por certo que a ousadia de tratar o SUS como política de Estado, nessa perspectiva sistêmica, reservando aos gestores de saúde o papel de articuladores mais do que de administradores daria maior consistência, credibilidade e perenidade às políticas públicas de saúde.

O SUS, por demais, é regido por princípios doutrinários - universalidade, equidade e integralidade; e organizacionais - resolubilidade, descentralização e participação da comunidade, que afirmam o compromisso estabelecido entre Estado e cidadãos, com a determinação da saúde como direito de todos, por meio da constituição de um sistema de caráter universal e público, cujos serviços visam à promoção, à

proteção e à recuperação da saúde, considerando a multicausalidade do binômio saúde-doença.

Em relação à doutrina podemos sintetizar a universalidade enquanto tradução do princípio constitucional do artigo 196 "*A saúde é direito de todos...*" (Brasil, 1988). A equidade, como tradução da igualdade de todos perante o sistema, comporta, ainda, a necessidade de tratar desigualmente os desiguais, na medida de suas necessidades decorrentes das desigualdades, perante o sistema. E a integralidade, pode-se dizer, com dois significados complementares - o da integralidade do cidadão e das ações a ele dirigidas, sem cisão da prevenção com a cura.

Dentro dos princípios organizacionais: a resolubilidade, como a capacidade de resolver os problemas da demanda, dar respostas e soluções satisfatórias em cada nível hierárquico do sistema; a descentralização, como o princípio organizativo fundamental em que a execução, propriamente dita, das ações, é da alçada do ente federativo municipal, cabendo aos entes estaduais e federal a competência normatizadora, planejadora e assessora; e a participação da comunidade, enquanto o princípio da democracia participativa que pressupõe o sistema sob controle da sociedade, por meio de mecanismos representativos e institucionalizados por dentro do aparelho de Estado.

É evidente que não se está falando somente de serviços assistenciais de saúde. São todos princípios que se aplicam à perspectiva sistêmica e trans-setorial, como estamos chamando o novo objeto de articulação dos entes públicos.

Outros princípios organizacionais do SUS que, de forma explícita ou implícita, caracterizam o seu ideário, a despeito de que alguns pareçam superpostos aos anteriores, na verdade lhes são complementares. Neles, por certo, não está presente somente a ação voltada ao serviço assistencial. Observando suas características estruturais intra-setoriais enxergamos sua capacidade potencial de trans-setorializar. Por exemplo, na hierarquização do sistema, considerando o nível primário (atenção básica / atenção primária, hoje representada pelo PSF - Programa de Saúde da Família e pelo Pacs - Programa de Agentes Comunitários de Saúde e demais unidades básicas de saúde), a capacidade potencial de se trabalhar com o desenvolvimento sustentável local é inesgotável e pouco experimentada.

Observamos as dificuldades de se estabelecer ações trans-setoriais com um exemplo bem próximo do SUS e das relações saúde-trabalho: o caso da Atenção Primária Ambiental - APA.

A conceituação e as diretrizes de ação sobre o tema, a despeito de terem como marco referencial a atenção primária em saúde, sob a inspiração de Alma-Ata³, ou seja, sob o compromisso de reestruturação dos modelos de saúde, são consignadas no documento-conceito da Opas (1999) e estabelecem parâmetros de propulsão da atenção primária ambiental praticamente por fora do sistema de saúde.

No caso brasileiro a situação é ainda mais problemática por não reconhecer, e tampouco utilizar, a capacidade instalada do SUS, cuja capilaridade de estruturas atinge a totalidade dos cerca de 5.560 municípios brasileiros. Em praticamente todos os municípios estão devidamente consolidados, ainda que minimamente em alguns deles: as vigilâncias epidemiológica e sanitária; os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde; e os canais de interlocução com a sociedade local, via conselhos de saúde.

Nesse contexto, é incompreensível que seja desconsiderado o empoderamento dessas estruturas, com aporte de recursos materiais e pessoal técnico, no estabelecimento de uma política nacional de atenção primária ambiental.

O documento da Opas propõe, inclusive, a criação de Centros de Atenção Primária Ambiental - Capa. Levada adiante essa proposta, os resultados são visíveis: fragmentação de ações, dispersão de recursos, diluição de responsabilidades dirigentes, incompatibilidade de agendas formuladoras e executoras, enfraquecimento do discurso sanitário, entre tantas questões que poderiam ser enumeradas, como a incapacidade de criar Capa em todos os municípios brasileiros, em que o SUS já se encontra presente.

O advento recente de uma instância nacional do SUS: a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental - Cgvam (Instrução Normativa nº 1, de 25/09/2001, emitida pelo Ministério da Saúde)⁴, a despeito da ampliação de seu foco em relação às outras vigilâncias: epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador (Netto e Carneiro, 2002), contradiz o princípio de integralidade das vigilâncias em saúde (Teixeira et al, 1998).

Em documento disponibilizado pelos grupos temáticos da Abrasco, Sabroza assim se manifesta, em relação à questão:

Certamente porque no presente modelo fragmentado e hierarquizado do SVS [Sistema de Vigilância em Saúde] e do SUS, não parece haver espaço institucional e político nem para projetos transversais, entre setores, unidades e instituições de saúde e muito menos para aqueles intersetoriais, capazes de mobilizar outras áreas como educação, ambiente, trabalho, moradia e seguridade social (Sabroza, s/d:15).

A fragmentação e dispersão de recursos observadas na proposta da Atenção Primária Ambiental se consolidam na atual política não sistêmica do SUS.

O princípio do SUS da referência e contra-referência, em que os diversos níveis são organizacional e administrativamente interligados, a priori são estabelecidos numa perspectiva sistêmica intra-setorial. Sua limitação fica por conta do enfoque assistencial médico. E, mesmo considerando apenas o enfoque assistencial, a medicina privada não presta contas ao sistema, mantendo-se como um mundo paralelo de atenção ao complexo saúde-doença.

O mundo privado da saúde é uma caixa preta do ponto de vista dos indicadores epidemiológicos para o planejamento epidemiológico em saúde, em cada nível de gestão.

Do mesmo modo, o mundo privado da saúde está imune ao controle de seus procedimentos propedêuticos e terapêuticos que demandam a rede pública impactando seus recursos financeiros, materiais e de pessoas. Realizar 9 ou 10 ultra-sonografias de rotina numa única gestante e numa única gravidez, prescrever 15 a 20 medicamentos num único receituário, medicalizar extensivamente a puericultura, indicar cirurgias desnecessárias são problemas que devem ser revistos à revelia de uma pretensa autonomia do exercício da medicina. A saúde pública brasileira, leia-se SUS, fecha os olhos a isso.

O SUS tem responsabilidades sistêmicas em relação a esses e outros procedimentos, muitos dos quais configuram-se crimes contra a saúde pública. Os conselhos de classe e os órgãos formadores seriam partes integrantes de um sistema de saúde que exercesse a sua responsabilidade sistêmica e que os chamasse à responsabilidade.

O escape epidemiológico e o comportamento "técnico-científico", muitas vezes questionável, da medicina privada não é um problema exclusivo da corporação médica e

seus órgãos fiscalizadores. É problema de um SUS não sistêmico e, portanto, omissos em relação a situações graves, passíveis de controle sanitário.

As idéias de transdisciplinaridade, transversalidade, trans-setorialidade e transposição da gestão seriam poderosos instrumentos de interarticulação entre os entes públicos e privados no interesse da saúde pública. Vislumbramos neles inter-relações com instâncias da justiça, da educação, do trabalho, dos órgãos de classe e da previdência social, para ficar em algumas.

Combinados com os princípios da territorialização e regionalização, cuja ênfase se situa na administração planejada da distribuição dos recursos estruturais (capacidade instalada), financeiros e humanos dentro das características ativadas e potenciais da demanda clínico-epidemiológica em bases populacionais, a capacidade potencial de resolução se amplia exponencialmente.

Como já assinalamos na introdução, o princípio da intersetorialidade, aplicável especialmente nas políticas conjugadas e ações em que o setor saúde propriamente dito impescinde da participação de outras estruturas públicas, e mesmo privadas, para alcançar objetivos mais plenos e abrangentes, guarda limitações que dependem da mudança de paradigma para um SUS sistêmico.

Um princípio sempre invocado, como passo da construção do SUS, é o da intrassetorialidade, em virtude da baixa intercomunicação operativa entre serviços e áreas do próprio setor saúde. É evidente que a concepção sistêmica ao olhar para fora, terá como premissa um olhar para dentro, pois é de dentro para fora que a rede estrutural é capaz de dar suporte ao salto. Mais desafios.

A ausência de intrassetorialidade do SUS é reflexo das práticas programáticas históricas que moldaram o sistema brasileiro, especialmente no Ministério da Saúde pré-SUS. A verticalização de programas, inclusive com estruturas financeiras e administrativas autônomas, ainda rende atitudes programáticas consoantes com essa cultura institucional.

Programas de saúde, bastantes em si mesmos, são obstáculos ao planejamento estratégico e destoam profundamente do princípio da integralidade.

O destaque dado ao princípio da interdisciplinaridade, invocado na maioria dos textos conceituais sobre o SUS, e colocado enfaticamente em algumas normas

ministeriais, como é o caso da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Portaria MS nº 3.120, de 01/07/1998), mantém-se no plano virtual do discurso.

A despeito de não ter sido incorporado às práticas, há uma tendência de se caminhar para a adoção de um conceito aplicável de transdisciplinaridade, em que o aprofundamento do olhar interdisciplinar se credencia para a criação de objetos de análise e de intervenção mais qualificados e abrangentes.

O chamado critério epidemiológico é um princípio básico de planejamento do SUS, caracterizando a busca de um padrão de ruptura com o modelo assistencial historicamente calcado em iniciativas e ações de base clientelística e/ou política, sem qualquer preocupação com a realidade sanitária do território abrangido. Não há dúvida de que esse é um critério trans-setorial de base sistêmica por excelência, ficando sua dificuldade de aplicação por conta da combinação de outras variáveis, como é o caso da não transposição da gestão.

Do mesmo modo, o controle social é um princípio do SUS, tipicamente trans-setorial, cujo potencial de agregação de todos os setores representativos das sociedades é enorme e pouco utilizado. O caráter ideológico de participação da comunidade, exaltado a partir da própria terminologia de controle do sistema, é um ingrediente revolucionário que a gestão do SUS ainda não reconhece e encara como obstáculo. Gilson Cantarino observa que o próprio gestor desconsidera o controle social, embora o justifique pela exigência do tempo administrativo, mais premente do que o tempo deliberativo do controle social. (Cantarino *apud* Brasil, 2006d).

É verdade que esses princípios estão sendo implementados pouco a pouco nos serviços e ações do SUS, num movimento de construção gradativa de sua ideologia em que se destacam, em primeira instância, a universalidade, como princípio doutrinário, e a participação dos cidadãos, como princípio ideológico e organizacional. As lacunas ficam por conta dessa vocação sistêmica não assumida. Como síntese, pode-se observar:

- a incompreensão de SUS dentro de uma concepção sistêmica de política de Estado, no interesse da saúde da população como um todo. E, nesta, uma defasagem entre concepção e operacionalização;

□ a possibilidade de conflitos de caráter corporativo-institucional com instâncias intra e extra-setoriais tão mais intensos quanto mais forem assumidas as prerrogativas do SUS sistêmico pelos gestores em cada nível de gestão e da comunidade em sua esfera de participação;

□ a característica do SUS de robustez estrutural enquanto política de Estado, pouco sujeita tanto a variações conjunturais das agendas eleitorais, quanto pela pouca variabilidade da composição do controle social;

□ a crítica que se faz à concepção de SUS, calcada nas suas evidentes falhas de organização e funcionamento, sem a devida análise histórica de que seu advento e implantação, enquanto política de Estado, deu-se num cenário avassalador de políticas neoliberais globalizantes, cujo fulcro doutrinário era o Estado mínimo e, agora, o Estado "efetivo". O mesmo tom de crítica nem sempre é aplicado na mesma intensidade às demais políticas sociais bem menos consolidadas e, também, menos eficazes e consistentes do ponto de vista da disposição das estruturas (educação, habitação, emprego, segurança pública etc.);

□ a perspectiva de um efeito paradoxal do "feitiço virando contra o feiticeiro": a estruturação do SUS enquanto permeável ao controle social, quanto mais problemas venha a apresentar, mais chances têm de se consolidar, via ajuste de suas práticas. O exercício da cidadania representada nos conselhos de saúde dos 5.560 municípios brasileiros, por não ter sido na história do Brasil, jamais experimentada, encerra um forte potencial revolucionário de democracia participativa e reivindicatória, gerando uma expectativa impossível de ser prevista em seu alcance e conquistas (Vasconcellos *apud* Brasil, 2006d:255).

□ a capacidade do sistema de ser uma reserva permanente de atenção relativamente eficaz à saúde de grupos populacionais, cada vez mais numerosos, compostos pelos novos excluídos oriundos das classes médias para baixo; e, finalmente,

□ a "*pertinência do SUS como processo social de construção da saúde*" (Mendes, 1996:54).

3º plano - Os dilemas do SUS

O SUS, em si, possui uma solidez estrutural enquanto política de Estado, na medida em que se compõe de uma rede de vasos comunicantes de instâncias de execução e controle, pouco sujeitas a variações conjunturais, tanto por agendas eleitorais não sincrônicas nas diversas esferas de comando, como no caso do controle efetuado pelos e sobre os gestores do sistema - comissões gestoras locais, Cosems (Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde), Conasems, Conass, comissões bipartites (gestoras estaduais) e tripartite (gestora nacional), instâncias de controle social (conselhos comunitários, municipais, estaduais e nacional de saúde, conferências de saúde).

Esse tipo de relação entre as várias formas de interesses organizados criou modalidades de acesso a mecanismos decisórios e fontes de recursos associados a políticas governamentais de natureza distributiva que tendem a favorecer arenas decisórias descentralizadas e multicentradas. As relações entre os grupos de interesse são comumente baseadas na não-interferência dos participantes pela absoluta incapacidade de veto de um sobre os outros. A estrutura de distribuição de recursos tende a ser altamente estável porque os padrões de acesso são satisfatórios, com custos mínimos para a explicitação de interesses, e incentivam arenas descentralizadas e multicentradas (Costa, 1996:9).

Por outro lado, as composições político-partidárias, tanto no Congresso Nacional, quanto nas casas parlamentares locais, na negociação para a aprovação das reformas, tais como as reformas previdenciária e tributária, inviabilizaram o pacto eleitoral que elegeu um governo de esquerda para a concretização de uma agenda de realizações até agora, protelada em muitos de seus pontos principais.

Nesse contexto, o custo-Brasil de um sistema de saúde universalista pode vir a ser moeda de troca num pacto eleitoral mais à frente como reserva de fôlego para a continuação do atual projeto de governo.

Até meados da década de 1960, a medicina privada era restrita ao exercício individual do médico na atenção de consultório e às famílias de classe média. Existiam poucos hospitais privados, a que tinha acesso somente a classe abastada. Aos trabalhadores em geral, a assistência médica de rotina era prestada pela previdência social para aqueles que tinham carteira assinada (depois da unificação dos IAP em 1966), e para os sem renda e sem carteira restava o atendimento em serviços de saúde gratuitos, públicos (escassos em várias regiões) ou filantrópicos. A assistência médica de urgência

era prestada por hospitais públicos (também escassos) vinculados à administração estadual ou municipal, ou também filantrópicos.

A partir dos anos que se seguiram, década de 1970 em diante, a proliferação de planos de saúde privados começou a abarcar fatias cada vez mais expressivas da classe média e, mesmo, de trabalhadores mais qualificados que, a despeito de terem direito ao Inamps, buscavam assistência médica complementar (ou suplementar), sob a pretensa argumentação de melhor qualidade de atenção. Fenômeno em tudo semelhante ao que ocorreu com a fuga das classes médias do ensino público, a busca pela medicina privada no contexto de complexos assistenciais de atenção ganhou seus corações e mentes.

Não há dúvida de que o Estado brasileiro, nesse período, ao assumir uma política "inampsiana" universalista, com financiamento público do setor privado, foi decisivo na consolidação de uma ideologia privatista da saúde e da medicina que, pouco a pouco, inculcou-se no inconsciente das camadas médias.

Oliveira e Teixeira (1986) corroboram essa compreensão, ao assinalar que a fusão dos IAP, em 1966, ao não romper com a utilização da política social assistencialista como ferramenta de atenuação das tensões sociais, pouco a pouco vai adotar a extensão progressiva da cobertura previdenciária e reconhecimento da assistência à saúde enquanto um direito de concessão. Para isso, acaba por privilegiar a medicina individual, curativa, assistencialista e altamente especializada, incentivando a formação de um complexo-médico-industrial e favorecendo a capitalização da medicina, com claros privilégios de financiamento ao setor privado.

Seja por qual motivo, haja vista o infundo rol de razões, a iniciativa privada no campo da saúde virou um dos mais lucrativos negócios nos últimos 20 anos. Já em 1987, quando o negócio começou a virar "da China", a cobertura estimada da população brasileira era de 22,4 milhões de pessoas (15,9% da população brasileira), com um movimento de recursos da ordem de 1,85 bilhão de dólares (Faveret Filho e Oliveira, 1990).

Em 1999, portanto 12 anos depois, a estimativa alcançava 50,4 milhões de pessoas (31,1% da população brasileira), com gastos totais estimados em 3,5 bilhões de dólares (Costa, 2002).

Entretanto, com todo esse aporte de recursos e a despeito de haver uma migração gradativa de camadas mais pobres para o setor privado (idem ibidem), o que, a nosso ver, é um fenômeno conjuntural e reversível, o SUS continua sendo demandado fortemente pela assistência de alta complexidade. Fenômeno que tende, esse sim, a aumentar por essa característica da atual clientela. Foi lidando com essa realidade que

o Ministro Carlos Albuquerque [...] falava da questão do ressarcimento ao SUS dos recursos gastos no atendimento da clientela que paga os planos de saúde privados. Nesse sentido [...] enviou projeto à Câmara dos Deputados, em maio de 1997, visando à regulamentação dos planos e seguros privados [cujo] objetivo era financiar os tratamentos de alto custo, como transplantes, cirurgias cardíacas e doenças graves como câncer e Aids, os quais não são cobertos pelos contratos dos planos de saúde, ficando sob responsabilidade do SUS, que gasta neles metade do que investe (Costa, 2002:61-62).

Ao se projetar cenários futuros, nossa análise recai em duas grandes vertentes de atenção à saúde no Brasil, que hoje parecem bem delimitadas e, a curto prazo, tendem a se hipertrofiar: uma saúde pública e universal representada pelo SUS propriamente dito; e uma saúde assistencial com foco no procedimento médico, de caráter privado.

A tendência é que cada uma das duas vertentes crie o seu exército de excluídos em cada um dos sistemas que as regem. Ou seja, a fatia da população que tem condição econômica de arcar com os custos do sistema privado tende a se auto-excluir do SUS, sob a alegação principal da qualidade da atenção médica, utilizando-o somente nas ações típicas de saúde pública, como vacinações, ou no "sufoco" nos casos de emergência ou de alta complexidade. E a outra fatia da população que não tem condições econômicas de se incluir no sistema privado é excluída compulsoriamente pela incapacidade aquisitiva.

Faveret Filho e Oliveira, já em 1990, chamavam a atenção para esse fato, denominando-a universalização excludente: "*...setores sociais médios e os empregados (e seus dependentes) das grandes empresas privadas e estatais estariam deixando de considerar o sistema público de saúde o seu referencial efetivo de atendimento*" (Faveret Filho e Oliveira, 1990:156).

Quanto às tendências de expansão de um e outro sistema, ambos sujeitos às crises econômicas, é interessante pensar que existe um equilíbrio entre os dois, no sentido de que ao sistema público interessa ser pouco demandado pelas fatias adquirentes, como forma de represamento dos seus custos diretos, e o sistema privado é beneficiário da

ideologia de que o sistema público é ruim, cultivado por essas fatias da população de poder aquisitivo maior.

Ocorre que qualquer pequeno desequilíbrio nessa "gangorra", como por exemplo o aumento agudo do desemprego, recairá no sistema público, já que o modelo desresponsabiliza o setor privado de prover resultados em situações de crise sem acumulação prévia. Nesse contexto, são muitas as indefinições futuras.

O SUS, hoje, tem no Programa de Saúde da Família (PSF) a sua reserva tecnológica de aumentar a capacidade responsiva de atenção à saúde, tanto que vem, nos últimos anos, expandindo essa modalidade. A curto prazo, contudo, o PSF tende a atingir a faixa dos excluídos do sistema privado, o que, de per si, não altera esse quadro. Além de que a modalidade de atenção do PSF não alcança a complexidade que o sistema privado oferece. Outros problemas do PSF vêm sendo apontados: a estruturação ainda centralizada no nível do Ministério da Saúde com lentidão de resposta operacional, formação de recursos humanos com problemas, resistência das corporações, dificuldades de compreensão da estratégia e desperdício de recursos (Viana e Dal Poz, 1998).

Dentre os dilemas experimentados nessa dinâmica temos alguns paradoxos. A assistência médica provida pelo setor público, embora seja irrestrita no acesso, torna-se seletiva pela fila e pela falta de qualidade da atenção ao usuário, em diversas modalidades e localidades. Assim, grande parte da população busca no mercado a sua própria condição de acesso seletivo.

Outra situação paradoxal é que o imposto de renda ao facultar o pleno desconto pelo pagamento de planos privados de saúde, na modalidade de renúncia fiscal, favorece esses planos ao manter como sua usuária permanente a fatia da população contribuinte do fisco. E, assim, embora este fato seja apenas um fator motivador dentre outros, o nível potencial de crítica das classes médias pela qualidade da atenção médica ao sistema de saúde transfere-se do sistema público ao sistema privado, forçando este a buscar uma permanente ampliação e melhoria da oferta, quantitativa e qualitativa, de serviços de saúde. Em outras palavras, o sistema público deixa de ser objeto de desejo e de atenção da faixa de população formadora de opinião e politicamente mais atuante. Um fenômeno que, melhor estudado, deverá mostrar analogias com o que ocorreu no ensino público brasileiro, nas últimas quatro décadas.

Uma outra condição paradoxal é a idéia de universalidade que motivou a criação do SUS, pela incapacidade do modelo anterior dar conta das necessidades do conjunto da população, e que parecia ser um anseio da própria população mais crítica e formadora de opinião, inclusive de trabalhadores organizados. Contudo, o SUS e sua idéia estão sendo relegados por essa mesma população trabalhadora organizada e com poder aquisitivo médio em benefício do setor privado, especialmente na modalidade dos convênios de saúde, do tipo empresa.

Por outro lado, se o modelo político-econômico brasileiro não for impulsionado com um crescimento significativo do PIB e expansão do emprego nos próximos anos, não é difícil prever que, na medida das futuras crises econômicas, deve haver forte retração do setor privado da saúde, em que o SUS será demandado de forma explosiva e, provavelmente incontrolável.

Uma questão que se torna inquietante é que não tem estado na pauta das conferências de saúde e nem freqüente a agenda de debates dos fóruns de saúde, tais como as instâncias de controle social do SUS, a busca de soluções para esses dilemas, por exemplo, alternativas para tentar a inclusão de fatias das classes médias e usuárias do setor privado na atenção do SUS.

A fuga de recursos específicos da saúde, caso da CPMF⁵, demonstra que não há intenção de se trabalhar numa perspectiva de expansão da rede assistencial para a captação das faixas médias. Esse comportamento teria sentido se o sistema estivesse apostando suas fichas de investimento no plano das políticas de atenção primária e nas políticas preventivas de caráter trans-setorial.

Ou seja, a possibilidade de intervir mais ostensivamente nos determinantes sociais dos agravos que se situam nas faixas econômicas inferiores, médias ou em ambas, desde a fome, o saneamento, a habitação, o planejamento urbano, o trabalho, o transporte, o meio ambiente, a violência, atenuaria a necessidade de expansão permanente da cesta de serviços assistenciais do SUS. Não é o caso.

Todas essas questões, centradas fundamentalmente na fatia assistencial das políticas de saúde, revelam a face completamente (ainda) hegemônica do modelo curativista. Por mais que o SUS tenha se constituído em plano de ação, uma vez consolidada sua existência, a partir de sua legitimação legal e configuração estrutural

hoje consolidada, o direcionamento de suas práticas continua sendo fundamentalmente curativo-assistencial.

Daí, basicamente, as questões advindas da relação saúde-trabalho e suas interfaces com o meio ambiente e o desenvolvimento continuarem relegadas ao plano totalmente marginal nas diretrizes e ações das políticas públicas de saúde, porquanto a população trabalhadora é assistida no plano curativo tão somente. O modelo curativo-assistencial é incapaz de dar visibilidade epidemiológica e social aos fatores determinantes dos agravos localizados na esfera do trabalho e na totalidade dos processos produtivos.

Daí, também, o SUS ter dificuldades inerciais de buscar sua vocação sistêmica trans-setorial. Os problemas da gestão se situam na intimidade do processo administrativo-gerencial das unidades assistenciais, sobrecarregando-as e embotando o potencial criativo de buscar a capacidade potencial sistêmica do SUS em prover políticas mais abrangentes e, enfim, mais eficazes, no sentido da redução das demandas por redução dos determinantes dos agravos.

Na discussão do nosso objeto, uma efetiva política de Estado repousaria, essencialmente, na capacidade de prover o Estado de mecanismos capazes de gerar informações, intervenções sobre os processos produtivos e outras capacidades trans-setoriais de mudar o modelo de desenvolvimento, fato inexistente, na medida da manutenção do foco assistencialista do sistema. Digamos que ao SUS falta uma nova Reforma Sanitária que revolucione sua base matricial de atuação e sua base política de planejamento.

4º plano - Cenários do SUS diante da reforma

Enquanto o período de transição da Nova República foi marcado pelo processo constituinte e o Estado brasileiro se refez do período autoritário encetando profundas reformas constitucionais, numa linha claramente dirigida para as conquistas sociais, o período Collor deflagrou uma também profunda reforma do Estado, de mão contrária, numa linha de ajustamento aos preceitos neoliberais de internacionalização da economia. Iniciou-se o processo de privatização, com redução do aparato estatal e desmantelamento da máquina pública da administração direta, com base no dogma do Estado mínimo.

Nesse período são bem conhecidos os vetos de Collor à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19/09/1990), na tentativa de blindá-la contra a participação da comunidade no sistema de saúde, conforme expresso no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. O fato gerou a edição da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que recupera todos os vetos referentes a essa participação, revelando já nesses primórdios a robustez do SUS, enquanto política de Estado em construção (Brasil, 2006d).

Também, no período, muito da intocabilidade do SUS, enquanto estrutura sistêmica, deveu-se ao pacto político intergestores remanescente do período anterior, destacando-se como instrumento de consolidação a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 91), que disciplinou e padronizou os fluxos financeiros entre as esferas de governo e buscou se contrapor à ineficiência da rede pública, universalizando o pagamento por produção de serviços, financiando as unidades próprias de estados e municípios de acordo com a produção. Embora tenha estimulado o produtivismo médico-assistencial e, de certo modo, tenha comprometido a autonomia dos gestores por submetê-los aos preceitos e tabelas de remuneração, impulsionou a municipalização por meio de exigências para as habilitações (Carvalho, 2003).

Com a edição das sucessivas normas operacionais e a consolidação do sistema, nos últimos anos, o SUS obteve avanços, com a extensão de programas de saúde pública e da assistência ao conjunto da população, com a progressiva municipalização, em efetiva descentralização política e administrativa e com a consolidação das instâncias de controle social. As dificuldades ficam por conta de ineficiência nas transferências financeiras, ausência de regras claras orçamentárias e irregularidade na qualidade e na oferta de serviços (idem ibidem). Além do que estamos a todo tempo enfatizando: sua incapacidade política de efetivar-se como sistema.

As normas operacionais vêm buscando cumprir um papel, harmonizado com sua intenção: o de operacionalizar o sistema. Por exemplo, a Noas - Norma Operacional de Assistência à Saúde (Portaria N.º 373/GM, DE 27/02/2002) se trata de "*... um bom instrumento de regulação que preenche a lacuna de esvaziamento do papel do nível estadual. ... A NOAS retoma o papel da municipalização, mas dá ênfase à questão da regionalização*" (Arouca, 2002:19).

No ano de 2006, a Noas cede a operacionalização do sistema ao chamado Pacto de Gestão (Pacto pela Saúde 2006)⁶. Neste, o Ministério da Saúde, o Conass e o Conasems pactuam responsabilidades entre os três níveis de gestão do SUS, articulando seus princípios na grande diversidade operacional e regional. Denominado de *Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão* são definidas 6 prioridades: a saúde do idoso; controle do câncer do colo de útero e das mamas; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase à dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e atenção básica (Brasil, 2006e).

A necessidade de enfrentar problemas emergentes e emergenciais não pode ser desconsiderada, mas é patente a insuficiência de respostas às questões assinaladas anteriormente. É evidente que as normas operacionais e agora o pacto de gestão são regulamentações *intracorporis* que não ressignificam o modelo SUS. Mais desafios.

Na verdade, o modelo reflete questões de fundo, relacionadas à conjuntura macroeconômica. Fleury (1995) ao se referir ao modelo de saúde no contexto brasileiro, observava há alguns anos o que se reveste de impressionante atualidade:

[...] a ambigüidade do modelo de reforma universal/publicista em um contexto de democracia elitista e de uma política econômica altamente cerceada pelos compromissos internacionais e pela posição neoliberal de desestatização em favor do mercado privado, acabou sendo, progressivamente, superada pela realidade de um modelo de política social altamente segmentado, apesar de inclusivo (Fleury, 1995:85).

O SUS, ainda que compreendido como estrutura robusta do Estado, é evidente objeto de políticas de governo que conseguem mantê-lo sob controle:

como atesta o pesquisador do IPEA Francisco de Oliveira ... o SUS é uma ótima idéia, mas o funcionamento precário do sistema é produto da hipocrisia governamental, que não o implanta de maneira efetiva em razão da necessidade de não perder o controle político sobre a gestão dos recursos financeiros (Costa, 2002:60).

Como vemos, prós e contras, marchas e contra-marchas, colocam o SUS na berlinda do futuro. A capacidade de se pensar uma política de Estado no campo das relações saúde-trabalho-meio ambiente-desenvolvimento depende dos rumos que tome o SUS na dinâmica, cada vez mais ágil, de mudanças conjunturais do mundo globalizado. Introduzir cunhas de inserção nesses possíveis cenários, para viabilizar a política de

Estado que se quer nesse campo, é um exercício que depende dos possíveis caminhos que o SUS poderá trilhar no bojo da atual reforma do Estado brasileiro. Esse é o exercício que tentaremos fazer.

Num 1º cenário, o SUS consolida-se como um sistema alicerçado em uma política de Estado, pouco sujeito a humores político-conjunturais, fortalecido pela agenda político-eleitoral não coincidente de renovação dos governos estaduais e municipais, que confere certa imunidade à ocorrência de grandes variações dos pactos intergestores. Aliado ao exercício mais efetivo do controle social, os gestores em cada esfera de governo vêm-se comprometidos com uma agenda de aprofundamento da consolidação do sistema, aprimorando os instrumentos de gestão e buscando dar respostas do tipo: aonde o SUS funciona é preciso mantê-lo funcionando, aonde não funciona é preciso fazê-lo funcionar.

A longo prazo, a população usuária se apropria do sistema como patrimônio público efetivamente capaz de dar respostas aos problemas básicos de saúde. Inovações operacionais como o Cartão-SUS consolidam-se, conferindo uma identidade ao usuário e modernizando a relação do usuário com o sistema, fetichizando sua cesta de serviços numa linha de reforço da atenção ao consumidor comum. O PSF com ajustes de qualificação operacional se consolida e passa a ser estruturante no sentido de impulsionar os níveis secundários e terciários de atenção para a estruturação necessária dos serviços capazes de dar acolhimento às demandas oriundas da atenção básica. O mercado privado de saúde tende a ser contido na sua expansão em direção às camadas sociais médias e baixas e o SUS consolida-se como sistema numa linha desmercantilizada, segundo o modelo de *welfare* analisado por Esping-Andersen (1990).

O SUS assume suas potencialidades de transição para o trans, transpondo a gestão para outras estruturas do aparelho de Estado, transversalizando as políticas e ações, inclusive para fora dos equipamentos de saúde, trans-setorializando a capacidade de exercer poder sobre as políticas de Estado. Este é o cenário mais otimista dos que crêem no SUS como o sistema capaz de elevar o padrão de saúde da população brasileira, em todas as suas variáveis de renda.

E, nesse contexto, cria-se uma cena favorável para a aplicação de instrumentos de Estado, especialmente de informações e intervenção, mais eficazes no sentido de reverter

grande parte das situações-problema do mundo do trabalho e da produção, na sua relação com a saúde, o meio ambiente e o desenvolvimento.

Num 2º cenário, o processo de reforma do Estado brasileiro, em curso, não sustenta o crescimento econômico acertado com o FMI e o Banco Mundial, da ordem de 3,5% do PIB ao ano, que aliás não vem sendo alcançado nos últimos anos, aprofundando o processo recessivo e comprometendo o serviço interno e externo da dívida. A pressão internacional sobre o país recai sobre a necessidade de aprofundamento da reforma do Estado, implicando no incremento das privatizações – privatizações maciças de segunda geração – segundo o Banco Mundial (1997) e a necessidade de expansão do mercado, com desregulamentação e diminuição dos custos de transação no mercado. Nesse cenário, o mercado privado de saúde tende à expansão com modalidades de oferta de cesta de serviços de custo mínimo, ancorados na desregulamentação e competição predatória no mercado.

O SUS, com estrangulamento das fontes de custeio, assume a condição de sistema residual de atenção à saúde, alicerçado em uma política de Estado focalizada nas classes mais desprovidas. A médio prazo, o SUS tende a ser desmembrado pela focalização das políticas de atenção para segmentos específicos, com fortalecimento de estruturas não governamentais, do tipo ONG's e hipertrofia de agências governamentais reguladoras.

Um fator adicional a ser avaliado nesse cenário é a recente promulgação da Lei das Parcerias Público-Privadas - PPP (Brasil, 2004), que já conta com adeptos para reestruturar o SUS, no sentido de "suprir suas deficiências" (Palermo, 2005).

Bonoli (2001) chama a atenção sobre o caminho percorrido pela reforma *welfariana* que tende a ser mais efetiva pela via da negociação do que pela imposição, em que o governo reformista acaba "comendo pelas beiradas" ao introduzir pontos de retraimento do *welfare*, sob rubricas de modernização do Estado e redirecionamento dos recursos para outras demandas sociais (p. 263).

No caso brasileiro temos visto a utilização de recursos do SUS para outros programas sociais, a exemplo do Fome Zero⁷, o que parece confirmar essa tese. Esse parece ser o cenário mais condizente com a realidade atualmente em curso.

Nesse caso, tende a crescer a dificuldade de se travar o embate com os setores mais resistentes à inclusão dos temas trabalho, meio ambiente, produção e

desenvolvimento na agenda do SUS, com a manutenção de um *status quo* do modelo, ou de poucas variações. Tende-se a continuar vendo a morte e o adoecimento relacionados aos processos produtivos como alvo de políticas não sanitárias, cuja responsabilidade repousa em instituições centralizadas no nível federal e relacionadas à regulação contratual da força de trabalho brasileira, tais como o Ministério do Trabalho e Emprego e o da Previdência Social. No plano internacional consolida-se o regramento hegemônico da Organização Internacional do Trabalho - OIT e a possível entrada de novos organismos reguladores deverão ser aqueles ligados ao comércio internacional e ao meio ambiente, mantendo as instâncias de saúde fora de cena e, portanto, distanciando-se ainda mais dos princípios universais do direito à saúde e da atenção primária em saúde direcionados para essas questões.

Ainda, um 3º cenário, contaria com uma estabilidade econômica consolidada no médio prazo e uma retomada, ainda que tímida do crescimento, em que o Brasil ampliaria sua participação no contexto da globalização econômica, por exemplo, ingressando na ALCA⁸ e/ou ampliando o Mercosul, mantendo o processo de reforma do Estado, com foco especial nas reformas política, judiciária e trabalhista e da máquina pública, remetendo a médio prazo para um novo processo constituinte revisor de amplo espectro. Neste, em virtude do engajamento em novos blocos econômicos, o SUS perde seu caráter de sistema único e universalista, remetendo aos Estados e municípios a organização e operacionalização do passivo do sistema e reservando ao nível federal o controle de endemias e agravos de interesse do país, nos moldes do modelo campanhista vertical do início do século.

Resistem como focos das políticas públicas algumas doenças transmissíveis, especialmente aquelas que acometem indistintamente todas as classes sociais, algumas formas de câncer e situações de saúde/doença de interesse das transações econômicas internacionais, como agentes de guerra biológica, mal da vaca louca, pneumonia asiática e outras que eventualmente ameaçam a harmonia do mercado global.

Este é o cenário mais condizente com um eventual afrouxamento da luta política no parlamento, reservando-se aos setores combativos de esquerda um papel secundário e residual na formulação das políticas sociais, especialmente no caso do atual governo

aprofundar o pacto com as elites econômicas e políticas, como ocorreu com a última Reforma da Previdência.

Nesse contexto, pouco varia o enfoque do campo das relações saúde-trabalho-desenvolvimento, em relação ao 2º cenário.

Finalmente, num 4º cenário, a emergência do setor privado de saúde como hegemônico e sua lógica mercantil situando-o como ordenador do setor saúde (Laurell, 1995), associada à manutenção do país em crise de solvência impõe uma reforma do SUS como "estratégia" de contenção do déficit público, na direção da sua privatização parcial.

O SUS passa a disputar no mercado as fatias de compra e venda de serviços como instância prestadora, dirigida para clientelas diferenciadas num processo de reinampização com características similares ao modelo chileno⁹. Este é o cenário mais "medicalista", cuja emergência pode se dar num aprofundamento da crise do SUS sanitária, com a retirada de cena dos representantes do movimento sanitário e o ressurgimento nos postos de comando federal e estadual de representantes dos movimentos médico-corporativos. A recente defesa do Ato Médico¹⁰ pelo novo movimento médico, mais corporativo e menos comprometido com o projeto da Reforma Sanitária (Escorel, 2006), sinaliza para um não alinhamento da medicina com as políticas ditas sanitárias, de caráter eminentemente interdisciplinar e, portanto, não engajada com a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Este cenário condiz com uma privatização da regulação da saúde no trabalho, transferindo ao setor privado a responsabilidade sobre a geração de informações e os mecanismos de intervenção sobre os processos produtivos, com privatização do seguro acidente de trabalho e retirada do Estado tanto na proteção aos segurados quanto dos não segurados. O modelo poderia ser inspirado tanto no próprio modelo chileno, quanto argentino, além de outros países, em que a intervenção do Estado é praticamente inexistente.

Quadro 2

Possíveis cenários favoráveis ou não para a consolidação do SUS no contexto da Reforma do Estado

Cenário	Características	Instrumentos
1º favorável	Consolidação - Resistência à conjuntura político-eleitoral - Desmercantilização - Concepção sistêmica	Aprofundamento e aprimoramento das ferramentas de gestão - Qualidade da atenção - Apropriação pela população - Ampliação qualificada da cesta de serviços
2º desfavorável	Pressão internacional para a expansão do mercado de saúde - Privatização parcial do sistema	Implementação da atenção básica focal - Fortalecimento de organizações não governamentais - Utilização de recursos do SUS para programas sociais - PPP
3º desfavorável	Desuniversalização do SUS - Retorno ao modelo campanhista	Reforma constitucional - Focalização da atenção à saúde para grupos específicos
4º muito desfavorável	Privatização e ampla medicalização do sistema - Retorno ao modelo pré-inampsião	Reforma constitucional - Legislação infraconstitucional - Ocupação tecnoburocrática pela medicina corporativa e privada

Fonte: do autor

No ano 2000, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea realizou um Estudo Delphi, "*com o objetivo de identificar as principais tendências da saúde no Brasil para a primeira década do século XXI*" (Piola *et al*, 2002).

O método Delphi, de origem norte-americana, é um estudo de tendência e previsão de temas em vários campos, inclusive na saúde. A partir da seleção de pessoas com capacidade de estimar tendências em abordagens complexas (expertise) o método faz projeções de futuro, a partir de dinâmica de grupo, painéis e debates sobre o(s) tema(s) proposto(s) (Gordon, 1994). A pesquisa do Ipea realizou 8 painéis com 138 expertos, entre gestores, políticos, lideranças profissionais, intelectuais, empresários, pesquisadores, docentes e, entre outros, representantes sociais e do Ministério Público familiarizados com o tema da saúde (Piola *et al*, 2002). A seguir apresentamos alguns aspectos da síntese do estudo.

Uma das principais constatações de ordem geral do estudo é a improbabilidade de qualquer cenário de ruptura maior da configuração atual do sistema de saúde brasileiro nos próximos anos. [...] a cobertura populacional dos planos e seguros de saúde tenderá a ampliar-se, consolidando a segmentação do sistema. [...] O SUS, nos próximos anos, deverá manter seus fundamentos doutrinários como a universalidade, integralidade, descentralização e participação social. [...] a cesta de procedimentos do SUS será um pouco mais (34,7%) ou muito mais (11,1%) restrita que a atual. Por sua vez, a gratuidade, [...] deverá ser mantida segundo a previsão de 72,2% dos painelistas. [...] Organizações

sociais, entidades de interesse social e similares, bem como o setor privado empresarial, serão os entes institucionais com maior crescimento na década. Por outro lado, para a maioria dos painelistas haverá aumento dos recursos públicos destinados ao SUS [...] (Piola *et al*, 2002:189-190).

Essas possíveis cenas futuras guardam a ressalva de que a complexidade brasileira na dinâmica das relações Estado-sociedade, não possibilita prever com precisão os rumos que o país vai tomar na presente conjuntura internacional de globalização econômica e defesa incontestável do mercado, por parte das agências financiadoras internacionais. O que se busca nessa breve reflexão projetiva é demarcar a relação estreita entre os rumos do SUS e os rumos da política econômica do atual governo, em que pese a relativa solidez do SUS, enquanto política de Estado, consignada com muita luta, mas não devidamente incorporada pela sociedade brasileira e nem um pouco assimilada pelas elites econômicas e pelos próprios profissionais de saúde em geral.

5º plano - A ótica da saúde do trabalhador para pensar uma política de Estado nas relações saúde-trabalho/produção-desenvolvimento, a partir do SUS

As projeções desses possíveis cenários auxiliam nas reflexões que se pretende neste trabalho, na medida em que pontuar variáveis para uma política de Estado depende de parâmetros conjunturais das políticas de governo no contexto nacional e internacional.

A inclusão da "fiscalização de normas sanitárias" como atividade exclusiva do Estado no plano da reforma de Bresser-Pereira (ver quadro 1) sinaliza para dois aspectos nessa discussão:

a) corrobora a compreensão de que é possível pensar em políticas mais sólidas de intervenção sobre os fatores determinantes de adoecimento e morte localizados nos processos produtivos, mediante a utilização de normas sanitárias; e

b) que isso pode ser consolidado mesmo num contexto de reforma neo-liberal do Estado brasileiro.

No Brasil, ao contrário da maioria dos países, a política de atenção à saúde dos trabalhadores vem sendo remodelada e reconstruída há quase duas décadas, em virtude da introdução do tema na reforma do sistema de saúde brasileiro, que se iniciou em meados dos anos 1980 e, todavia, está em curso.

Destacam-se como aspectos dessa política uma formulação normativa pluri-institucional e desarticulada; a execução de ações também pluri-institucionais e desarticuladas; a exclusão de grandes contingentes de trabalhadores do alcance da política tradicional; e o fato das informações oficiais não terem caráter epidemiológico.

Podemos considerar, sinteticamente, que existem duas vertentes de condução da política nacional, que praticamente correm paralelas: uma contratual-previdenciária, já consolidada, de forte caráter normativo fiscal e reparador financeiro dos danos; e uma epidemiológico-sanitária, em fase de construção, de forte caráter universalista e vinculada ao controle social.

A 1ª vertente, conduzida pelo Ministério do Trabalho e Emprego e o da Previdência Social, tem como características o fato de ser a política tradicional e hegemônica junto aos setores empresariais, sindicais e de governo; ser limitada a grupos de trabalhadores formais; ser altamente centralizada e com baixíssimo nível de intervenção; ser totalmente dependente das corporações profissionais tradicionalmente responsáveis pela condução técnica das práticas (medicina do trabalho e engenharia de segurança); e, finalmente, ser altamente resistente à concepção da 2ª vertente, apresentada a seguir.

A 2ª vertente, conduzida pelo Ministério da Saúde e as instâncias do Sistema Único de Saúde (estados e municípios), tem como características o fato de ser ainda incipiente e não consolidada no próprio sistema de saúde; ser ideológica e democrática, considerando os trabalhadores e suas representações como protagonistas na condução dos processos da política nacional, ao considerá-los como elementos atuantes e centrais em todas as etapas do planejamento ao desenvolvimento e execução das ações, o que gera incompreensões e resistências intra e intersetoriais; ser contra-hegemônica às corporações técnicas; ainda desconsiderar os problemas de doença e morte dos trabalhadores como prioridade epidemiológico-sanitária, junto às instâncias de governo, inclusive de saúde; possuir uma capacidade operacional fortemente descentralizada e ilimitada no seu alcance, embora também incipiente.

O campo da saúde do trabalhador, como ótica de partida para refletir as políticas públicas nas relações entre saúde, produção e desenvolvimento, tem sua justificativa espraiada ao longo deste trabalho, sob vários enfoques.

Alguns deles foram apresentados, em 2002, pela Cosat - Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, à equipe de transição do governo Lula, por meio de um documento intitulado *Saúde do Trabalhador para um Novo País*¹¹. Em síntese, o documento retrata alguns pontos essenciais para a presente discussão, como se segue.

Os desafios atuais para a construção de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador devem considerar:

- como seu campo de atuação a saúde pública;
- que seja desenvolvida sob comando único e seja articulada e universal;
- que as relações sociais, econômicas e políticas nela implicadas são indissociáveis, e se localizam no coração do sistema produtivo e da geração da riqueza nacional, devendo relacionar-se diretamente às questões ambientais e ao desenvolvimento do país;
- que o seu campo de atuação como eixo estratégico de desenvolvimento do país, ainda não foi considerado por nenhum governo brasileiro, pela inexistência histórica de uma política de Estado para a área;
- o resgate da enorme dívida social com os trabalhadores (e suas famílias), estimados em mais de 40 milhões de acidentados, com mais de 120 mil mortos, nos últimos 30 anos, (somente com carteira assinada);
- a estimativa do custo Brasil, pela ausência de uma política pública incisiva para a área, que no ano 2000, foi de aproximadamente R\$ 24 bilhões (US\$ 6,6 bilhões);
- a responsabilidade do setor saúde na questão - no Brasil é missão institucional recente configurada na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica de Saúde (1990);
- que enquanto questão complexa, com o envolvimento e a participação de estruturas do Estado e da sociedade, carece de uma política de saúde firme, urgente e ampla, articulando os diversos setores, de modo a colocar o setor saúde na rota de transformação do país (Ministério da Saúde, 2002b).

Como pontos de debate para uma agenda nacional, o documento apontava:

- a consolidação das ações no Sistema Único de Saúde e a sua evidência e legitimação como coordenador de uma política pública de saúde comprometida com as necessidades da classe trabalhadora brasileira;
- que o SUS assumira sua condição de condutor das políticas públicas de saúde do trabalhador, reconhecendo a questão como política estratégica de saúde, da prevenção à

assistência, configurando mecanismos efetivos de articulação com outras instâncias do estado e com a sociedade, preparando-se de forma adequada para enfrentar o problema, especialmente por meio da capacitação da rede de saúde, desenvolvimento de pesquisas e protocolos, de materiais educativos e de mecanismos de comunicação e informação;

- para a coordenação de um pacto social com a classe produtiva brasileira e a classe trabalhadora, estabelecendo níveis de melhor cumprimento de responsabilidades e mecanismos de incentivo para a construção de espaços de trabalho saudáveis;

- o desenvolvimento de meios legais e políticos necessários para que a classe trabalhadora e suas entidades representativas possam, efetivamente, participar e influenciar na condução dos processos de gestão dos riscos à sua saúde e sua vida;

- para que os recursos do seguro acidente de trabalho sirvam, prioritariamente, para o desenvolvimento de ações preventivas dos acidentes e doenças do trabalho na atenção básica e na vigilância da saúde em todos os municípios brasileiros;

- para que o modelo de intervenção do Estado sobre os riscos dos processos e ambientes de trabalho seja transformado, colocando as vigilâncias sanitária e epidemiológica de todos os municípios brasileiros como primeira linha de enfrentamento dos danos à saúde do trabalhador, reservando às demais estruturas de governo – da própria saúde, do trabalho, previdência e das universidades o apoio técnico-operacional, o treinamento e as ações de maior envergadura e complexidade; e, finalmente,

- uma política de Estado de saúde do trabalhador, sintonizada com toda a estrutura de governo, das áreas do meio ambiente, planejamento, educação, indústria e comércio, transporte, agricultura e todas as demais capazes de inserir o tema na agenda dos compromissos nacionais e internacionais do Brasil, no marco da globalização econômica e do desenvolvimento sustentável (Ministério da Saúde, 2002b).

Embora considerados de forma bastante sucinta, os pontos assinalados no documento, tanto no diagnóstico de situação, quanto na definição de uma agenda de governo, são balizadores deste trabalho, especialmente como diretrizes gerais e pontos para o debate. Os próximos capítulos reservam-se a discuti-los, agregando aqueles que ainda não estavam na cena conjuntural.

Notas

1 - Parte deste capítulo foi adaptado dos trabalhos "Sistema Único de Saúde - Projetando cenários", da disciplina de Doutorado/Mestrado da ENSP/FIOCRUZ - Políticas de Saúde no Brasil - sob a responsabilidade do professor Nilson do Rosário Costa, feito pelo autor em agosto de 2003; e "O Sistema Único de Saúde e a Reforma do Estado - Mitos e Controvérsias", da disciplina de Doutorado/Mestrado da ENSP/FIOCRUZ - Reforma do Estado e o Setor Saúde - sob a responsabilidade dos professores Nilson do Rosário Costa e José Mendes Ribeiro, feito pelo autor em parceria com Wanderlei Antonio Pignati, Patricia Pol Costa e Renata Bessa, em maio de 2004.

2 - Usurpamos o título do livro de Gabriel Garcia Márquez.

3 - A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e Unicef, reuniu-se em Alma Ata, URSS, no período de 06 a 12 de setembro de 1978, "*expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo*". A Conferência tinha como lema "Saúde para todos no ano 2000" e nela foi formulada a Declaração de Alma Ata. Disponível em <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 21/7/2006.

4 - Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde. Instrução Normativa nº 1, de 25 de setembro de 2001: Regulamenta a Portaria MS n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância ambiental em saúde.

Disponível em <<http://www.funasa.gov.br/>> Acesso em 23/10/2006.

5 - A CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira) foi criada pela Emenda Constitucional nº 12, de 15/8/1996, em vigor. Segundo o § 3º do art. 74 o produto da arrecadação da contribuição seria destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de serviços de saúde.

Disponível em:

<http://www.fazenda.gov.br/portugues/documentos/2003/Apresentacao%20Min.%20Palocci%20no%20Senado%20091003-A.pdf>> Acesso em 29/11/2006.

6 - O pacto foi estabelecido pela Portaria GM/MS nº 399/2006. Para maior detalhamento ver: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em 20/07/2006.

7 - Para maiores informações ver <<http://www.fomezero.gov.br>>

8 - A Alca (Área de Livre Comércio das Américas) perdeu, nos últimos anos, a força do discurso predominantemente defendido pelos EUA, em virtude da nova geopolítica latino-americana. De todo modo, a intenção de fazê-la o maior bloco econômico do planeta, com mais de 800 milhões de habitantes e US\$ 11 trilhões de PIB agregado, continua tendo seus defensores e não está descartada definitivamente.

9 - Modelo chileno - Para maior detalhamento ver Labra, 2005.

10 - Projeto de Lei do Ato Médico do Senado Federal nº 25/2002: *Define o ato médico e dá outras providências. O Congresso Nacional decreta:*

Art. 1º – Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para: I. a promoção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia; II. a prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos; III. a prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos.

Parágrafo único – As atividades de prevenção de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico.

Art. 2º – Compete ao Conselho Federal de Medicina, na qualidade de órgão normatizador e fiscalizador do exercício da medicina no País, nos termos do artigo anterior: I. fixar a extensão e natureza dos procedimentos próprios dos profissionais médicos, determinando, quando necessário, o campo privativo de atuação desses; II. definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Art. 3º – As atividades de coordenação, direção, chefia, pericia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos devem ser unicamente exercidas por médicos.

Art. 4º – A infração aos dispositivos desta lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do Código Penal Brasileiro.

Art. 5º – O disposto nesta lei não se aplica ao exercício da Odontologia e da medicina Veterinária, nem às outras profissões de saúde regulamentadas por lei, ressalvados os limites de atuação de cada uma delas.

Art. 6º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2003, em sua proposição número 53, Eixo VII – O Trabalho na Saúde do relatório final, manifesta-se “*Contra o Projeto de Lei do Ato Médico*” (Brasil, 2004b:124).

11 - Enquanto membro da Cosat, à época, fui incumbido de redigir o documento encaminhado à equipe de transição.

Capítulo 2

Apontamentos sobre a relação entre Estado e desenvolvimento sustentável

É possível, dessa forma, perguntar se as prioridades ambientais deveriam ser encaradas, igualmente, em termos da sustentação de nossas liberdades. Será que não deveríamos nos preocupar em preservar - e até expandir - as liberdades de que as pessoas hoje desfrutam "sem comprometer a capacidade das futuras gerações" para desfrutar de liberdade semelhante, ou maior? Amartya Sen¹.

Desenvolvimento e desenvolvimento sustentável

É redundante a discussão que atrela a questão do desenvolvimento ao interesse econômico, na medida em que qualquer modelo desenvolvimentista, independente do cenário sócio-político ou mesmo do contexto histórico em que se dê, terá sempre a sua dimensão hegemônica na apropriação econômica de seus frutos, por pessoas, grupos ou países. *"As orientações que têm dirigido o desenvolvimento econômico resultam de decisões tomadas em momentos decisivos por atores que dispunham de domínio do que estava acontecendo e de instrumentos apropriados para levar adiante seus propósitos"* (Cavalcanti, 2003:81).

Desenvolvimento econômico e desenvolvimento produtivo caminham juntos, porquanto são interdependentes para que existam. Não há um sem o outro. Falar de um necessariamente é falar do outro. A implementação de um dependerá da implementação do outro. Assim, do mesmo modo que a ideologia do desenvolvimento e suas iniciativas são apropriadas por grupos econômicos hegemonicamente situados em qualquer contexto sócio-político, a ideologia de um desenvolvimento sustentável nasce em contraposição ao desenvolvimento econômico e produtivo puro e simples, como postulação formalizada e legitimada por grupos organizados em nível internacional, em decorrência de uma posição assumidamente contra-hegemônica ao interesse econômico predatório, capaz de às cegas colocar em risco a sobrevivência do planeta.

A ressalva que deve ser feita quanto à diferença substantiva "entre desenvolvimento econômico e crescimento econômico" (Georgescu-Roegen, 1995:81-83), especialmente em países capitalistas periféricos, de qualquer modo ratifica a relação estreita entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento produtivo.

Em economias atrasadas, desenvolvimento econômico não pode nem deve ser confundido com crescimento econômico [...] Desenvolvimento em economias atrasadas requer crescimento sustentado, acompanhado de transformações da

estrutura produtiva simultaneamente compatíveis com a evolução do mercado interno e com as oportunidades no comércio internacional. Muito além de assegurar estabilidade monetária, o papel essencial da política econômica é criar as condições para viabilizar essas transformações estruturais (Kupfer, 2006:online).

E não por coincidência, à semelhança do que ocorreu na Revolução Industrial, em que o risco de se comprometer a reprodução da força de trabalho levou os próprios capitalistas industriais emergentes a estabelecerem regras do jogo como limites da exploração, o chamado desenvolvimento sustentável é uma ideologia inicialmente consentida e atualmente assumida pelo capital nacional e internacional e suas macro-representações, tais como o FMI - Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial. Dessa vez, contudo, mudando-se o foco do comprometimento, antes sobre a força de trabalho, agora sobre a força da natureza e os recursos naturais.

O desenvolvimento produtivo, desde a Revolução Industrial, pode ser compreendido em dois períodos distintos. O primeiro, em que a substituição do combustível vegetal pelo mineral e a madeira pelo ferro, com o aporte tecnológico trazido pela Revolução Industrial, teria refreado a devastação ambiental que já vinha ocorrendo de forma intensa e tenderia ao crescimento (Benjamin, 1990). Nesse caso, o desequilíbrio entrópico teria sido bem menos intenso do que o atual.

O segundo, em contradição com o primeiro, que poderíamos caracterizar como altamente entrópico, decorrente da plena industrialização dos países capitalistas avançados, coerente com a percepção de Mahatma Gandhi: "*Que Deus jamais permita que a Índia adote a industrialização à maneira do Ocidente. A Inglaterra precisou de metade dos recursos do planeta para alcançar tal prosperidade. De quantos planetas um país grande como a Índia iria precisar?*" (Teich, 2002).

A partir da mudança do foco do trabalho para o meio ambiente, de modo semelhante ao que vem ocorrendo com outros negócios de interesse do capital, em sua permanente migração dinâmica para outras formas de acumulação, uma indústria do desenvolvimento sustentável, pouco a pouco passa a ser o negócio do futuro. Já em 1994, Maimon sinalizava para as projeções do *ecobusiness*, em que havia um extenso e permanentemente crescente rol de atividades nesse promissor mercado. Somente na América do Norte somavam-se em 1994 mais de mil laboratórios de análise de poluição

que competiam fortemente entre si (Maimon, 1994). Ampliando cada vez mais seu campo de abrangência, a lista de negócios é infinita: biotecnologia, energia limpa, biocombustíveis, lixo, embalagens, manejo florestal, água, reciclagem, agricultura limpa, tecnologias de depuração e reaproveitamento, etc.²

É especialmente bem acolhida essa inquietação que gera novas abordagens técnicas para conter, ou mitigar, a predação ocasionada pelos processos produtivos, de acordo com sua versão historicamente constituída. Contudo, é necessário estar atento aos cenários em que se desenvolvem as ações de sustentabilidade, em especial, àqueles que dizem respeito às relações entre capital econômico, capital produtivo e "capital humano", ou capital social, como se vem adotando modernamente. E, ainda, em que bases da relação Estado-sociedade vão se desenvolver princípios, políticas e ações de sustentabilidade.

Embora haja uma contradição na apropriação, por parte do capital, da imagem-objeto da sustentabilidade, não se quer dizer que não se possa assumir, ideologicamente, o desenvolvimento sustentável como bandeira de luta em defesa de grupos populacionais, povos, nações e ecossistemas. É uma questão de interesse comum, embora seja antagônica a sua motivação. Interesses contraditórios, em contextos de ordem política maior, confluem em vários momentos da história humana.

Todavia, nossa discussão passa por um outro lado, menos visível, menos evidente. Seja intencionalmente provocado pelos habituais vencedores (dominadores), seja por incapacidade dos habitualmente vencidos (dominados) de conduzirem o processo decisório e o *policy-making*, a eterna luta entre o interesse econômico e a defesa da vida, nesse caso, inaugura novas formas de dominação.

O discurso do desenvolvimento sustentável esvazia conteúdos ideológicos historicamente consolidados, caso da luta de classes e da relação capital-trabalho. Esvazia, também, o papel do Estado na condução soberana das políticas públicas. Esvazia a contradição da relação desenvolvimento econômico-desenvolvimento produtivo, do modo como hoje se pratica pelos países capitalistas centrais, naquilo que pode ser um mito: a capacidade do desenvolvimento econômico se transferir ao mundo subdesenvolvido globalmente (Furtado, 1974).

É até compreensível que nessa nova dinâmica confluem vencedores e vencidos no esforço comum da implementação de políticas macro-desenvolvimentistas, cujo corolário volta-se para as grandes questões ambientais que ameaçam em larga escala o equilíbrio planetário. O que parece incompreensível é a desfocalização de questões centrais neste contexto, um dos objetos desta tese, como analisaremos adiante.

As inquietações internacionais mais evidentes com as questões ambientais surgem nos anos 50 e 60 do século passado, especialmente a partir de tragédias como a da talidomida, em que bebês nasciam mutilados, o grande vazamento de petróleo na costa da França e a descoberta de cientistas suecos de que a mortandade de peixes nos lagos suecos era devido à contaminação atmosférica na Europa Ocidental, muito distante da Suécia, entre outras situações emblemáticas à época (Unep, 2002).

Estávamos em plena Guerra Fria³ e a preocupação com o meio ambiente era, pode-se dizer, exclusiva dos países ocidentais desenvolvidos. No leste europeu comunista, a destruição do meio ambiente era dramática, em nome da industrialização e combate à pobreza. Nesse sentido, o conceito de **desenvolvimento sustentável** é um conceito normativo que surgiu com o nome de **ecodesenvolvimento** no início da década de 70. Ele surgiu num contexto de controvérsia sobre as relações entre crescimento econômico e meio ambiente, exacerbada principalmente pela publicação do relatório do Clube de Roma que pregava o crescimento zero como forma de evitar a catástrofe ambiental.

Ele emerge deste contexto como uma proposição conciliadora, onde se reconhece que o progresso técnico efetivamente relativiza os limites ambientais, mas não os elimina e que o crescimento econômico é condição necessária, mas não suficiente para a eliminação da pobreza e disparidades sociais (Romeiro, 2001:7-8).

O relatório citado *The limits to growth* (Meadows *et al*, 1972) propunha limites radicais para o crescimento econômico e populacional e uma vez apresentado ao Clube de Roma foi traduzido para 30 idiomas⁴, influenciando sobremaneira os debates sobre o desenvolvimento nos anos seguintes.

A idéia de crescimento zero foi depois corroborada por uma teoria de estado estacionário do crescimento econômico - *steady state* (Daly *apud* Corazza, 2005). O intenso debate à época, pode-se dizer, foi moldando as linhas e vertentes teórico-metodológicas que hoje trabalham com a sustentabilidade.

Esta obra [The limits to growth] pode ser considerada a iniciativa mais representativa de uma série de manifestações da preocupação com as perspectivas sobre a continuidade do crescimento econômico e populacional, em que a escassez de recursos naturais e o envenenamento ambiental foram apontados como fatores que limitavam, em termos absolutos, esse crescimento. A iniciativa pode ser considerada mais representativa por dois motivos: primeiro, por utilizar o computador para "modelar" o comportamento de um sistema complexo, a Terra (o que era inovador); segundo, por ser desenvolvida por uma equipe multidisciplinar do respeitado Massachusetts Institute of Technology (MIT). Tendo sido amplamente divulgado, este trabalho foi alvo de muitas críticas à época (Corazza, 2005:441).

Equipes de pesquisadores denominados de Grupo de Bariloche e de Sussex faziam uma crítica centrada numa certa despolitização do relatório Meadows (idem *ibidem*), o que contribuiu para a inclusão de outras variáveis - sociais, econômicas e políticas - ao debate da sustentabilidade, embora o relatório Meadows fosse profundamente ideológico ao propor, por exemplo, políticas neomalthusianas para conter a "catástrofe" (Herrera, 2004).

Cualquier pronóstico a largo plazo sobre el desarrollo de la humanidad se funda en una visión del mundo basada en un sistema de valores y en una ideología concreta. Suponer que la estructura del mundo actual y el sistema de valores que la sustenta pueden ser proyectados sin cambios hacia el futuro, no es una visión "objetiva" de la realidad, como a veces se sostiene, sino que implica también una toma de posición ideológica. Por eso, la diferencia que suele establecerse entre modelos proyectivos y normativos a largo plazo es esencialmente falaz (Herrera *et al*, 2004:45).

Quando, pela primeira vez na história da humanidade organizou-se uma conferência sobre o meio ambiente e o homem – a Conferência de Estocolmo, promovida pelas Nações Unidas em 1972, a própria Indira Ghandi, que teve um papel chave na sua organização, dizia que "*a pobreza era a pior forma de contaminação*" (Unep, 2002). A rigor, tratou-se de relativizar, de antemão, a necessidade de se impor limites mais restritivos ao desenvolvimento produtivo.

De lá p'ra cá muito mudou. A partir dessa conferência foi criado o Pnuma - Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente e muitas conferências e acordos aconteceram, com destaque para a Rio 92, com um número sem precedentes de representantes de Estados e da sociedade civil - 176 países, 100 chefes de Estado, 10.000 delegados, 1.400 ONG e 9.000 jornalistas (idem *ibidem*).

Na verdade, a Rio 92 foi a culminância de um processo de maior conscientização naqueles 20 anos anteriores, desde a Conferência de Estocolmo, no sentido de se pensar a relação entre o meio ambiente e a humanidade de forma menos centrada na preservação dos animais em extinção e da flora ameaçada, vista por muitos como pitoresca.

Significou uma mudança de rumo da consciência crítica para o aprofundamento da análise dos modelos de desenvolvimento, claro, desenvolvimento dos sistemas produtivos, especialmente nos países capitalistas centrais e industrializados.

A preocupação com essas questões inicia uma busca frenética por indicadores que, embora ainda desconhecidos de acordo com a fonte pesquisada, dão conta de números assustadores: a cada ano, a água contaminada por causas ambientais mata 2 milhões e duzentas mil pessoas; a poluição do ar mata 3 milhões; são despejadas 30 bilhões de toneladas de lixo no meio ambiente e produzidos 80 milhões de toneladas de plásticos que, mais dia menos dia, irão para o lixo (Teich, 2002).

Daí, para demarcar o problema do equilíbrio entre produção e preservação ambiental surge a questão do modelo de desenvolvimento, com a idéia de sustentabilidade - desenvolvimento sustentável - principalmente após grandes catástrofes relacionadas ao desenvolvimento tecnológico e o mau gerenciamento do ponto de vista da análise de seus riscos para os trabalhadores, o meio ambiente e as populações em geral, como o vazamento da planta industrial da Union Carbide, em 1984, que deixou um saldo de 3.000 mortos e 20.000 enfermos, em Bhopal, na Índia e, em 1986, o pior acidente nuclear do mundo, quando explodiu um reator na planta nuclear de Chernobyl na Ucrânia (Unep, 2002).

Em 1987, a Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, criada pela Organização das Nações Unidas como organismo independente, em 1983, e presidida pela primeira ministra da Noruega Gro Brundlandt, emitiu o famoso Relatório Brundlandt, conhecido como o relatório *Nosso Futuro Comum* (Brundlandt, 1991). Nesse relatório vamos encontrar o conceito bem sistematizado de desenvolvimento sustentável como aquele que satisfaz as necessidades das gerações presentes sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazer suas próprias necessidades (idem *ibidem*).

A partir de então, a história andou célere na construção de uma ideologia do desenvolvimento sustentável. Em pouco mais de uma década, o tema ganhou relevância

mundial em todos os espaços requeridos para configurar uma nova ideologia, a ponto de influenciar políticas públicas locais e globais; gerar novas formas de organização social; criar lógicas próprias de relações econômicas; enfim, estabelecer reavaliações na configuração de processos produtivos industriais, agrícolas e extrativos, entre outros.

Ainda, no nível global, a temática do desenvolvimento sustentável foi rapidamente incorporada ao espaço de ensino, pesquisa e geração de conhecimento das escolas de nível básico e superior; ganhou relevância na mídia em todos os seus formatos; tornou-se objeto temático das artes, especialmente do cinema e da literatura; além de se tornar pano de fundo para gerar novas modalidades artísticas com material reciclado.

De algum modo, essa acelerada construção ideológica, apropriada pelo capital internacional e apresentada ao mercado como um grande produto e promissor negócio, deixa suspeições sobre o seu real significado no imaginário simbólico que permeia as relações globais entre Estados e sociedades.

Desenvolvimento sustentável é hoje uma expressão que conforma um espaço de debate e disputa entre diversos significados. Ela abriga desde uma abordagem programática de viabilização de um novo modelo de desenvolvimento, transformando o sistema de produção e de consumo, até o pragmatismo de articular o ambiental e o social dentro do modelo vigente, fazendo disto novos nichos de mercado. Há os que usam o termo apenas para conferir um tom de modernidade ao seu discurso, sem compromisso com mudanças. Há os que o consideram como uma agenda necessária e politicamente viável para o contexto atual, reconhecendo nele limites ou não. Há ainda os que consideram o conceito contraditório por natureza, desacreditando da possibilidade de articular desenvolvimento com sustentabilidade, seja pelos limites impostos pela e para a homeostase do ambiente, seja pelas características da lógica do mercado e da necessidade de expansão permanente inerente ao capitalismo. As questões do papel do Estado e do mercado, e da desigualdade nas relações internacionais são constantemente evocadas nos debates, no contexto da expansão do neoliberalismo e da globalização (Rigotto, 2004:105).

Em síntese, podemos demarcar como construção discursiva a idéia de desenvolvimento vinculada historicamente ao binômio desenvolvimento econômico / desenvolvimento produtivo. O desenvolvimento econômico como expressão da necessidade de expansão do capital, conduzido pelas elites econômicas e financeiras, e o desenvolvimento produtivo, conduzido pelas elites produtivas, como expressão da necessidade de expansão das bases técnicas capazes de gerar e reproduzir novo capital. Ou seja, irmãos siameses.

Umás e outras inseparáveis, para viabilizarem sua vocação desenvolvimentista e perpetuadora do ciclo de poder econômico em última instância, ocuparam o aparelho de Estado na geografia global do mundo capitalista, buscando permanentemente estratégias de burlar o Estado rebelde ou irreverente com essa ordem.

Nesse contexto do binômio desenvolvimentista, surgem modalidades discursivas em forma de apêndices eufemísticos, com o objetivo de atenuar o caráter predador e, às vezes, devastador de um modelo que até então seguia sem controle.

O caso mais emblemático é o próprio conceito de desenvolvimento sustentável, ainda por comprovar sua capacidade de regular e controlar o desenvolvimento.

O Relatório Planeta Vivo 2006, elaborado pela WWF - World Wide Fund for Nature, baseia-se em dois indicadores: planeta vivo, relacionado à saúde dos ecossistemas; e pegada ecológica, relacionado à exigência humana sobre esses ecossistemas. Baseado em tendências anteriores, avaliadas há algumas décadas, o cenário para o próximo meio século é pessimista:

A moderate business-as-usual scenario, based on United Nations projections showing slow, steady growth of economies and populations, suggests that by midcentury, humanity's demand on nature will be twice the biosphere's productive capacity. At this level of ecological deficit, exhaustion of ecological assets and large-scale ecosystem collapse become increasingly likely (WWF, 2006:2-3).

A seguir essas tendências, soa como eufemismo o discurso da sustentabilidade calcada em variáveis como o desenvolvimento humano, o desenvolvimento social e o desenvolvimento do capital social, entre os mais usados na modernidade.

Celso Furtado (1998) assinala, do ponto de vista econômico, que o processo histórico de formação do mundo moderno pode ser analisado por três ângulos: a intensificação do esforço acumulativo mediante a elevação da poupança de certas coletividades; a ampliação do horizonte de possibilidades técnicas; e o aumento do acesso a novos padrões de consumo por parte da população (p.17). Não são processos distintos e, antes, dependentes uns dos outros. Assim se expressa:

[...] el desarrollo sólo es efectivo si la economía puede contar con mercados en expansión. Por lo tanto, habría que explicar de qué manera los mercados se ampliarían en el contexto de una revolución tecnológica que generaría una contracción de la demanda de mano de obra y de la renta de los trabajadores. Sabemos que en un primer momento, las empresas de los países que lideraban la revolución industrial forzaron la apertura de los mercados externos, lo que

explica la ofensiva imperialista que se siguió durante el siglo diecinueve. Con todo, el verdadero motor de ese crecimiento económico no fue tanto el dinamismo de las exportaciones, como la expansión de los mercados internos, posibilitada por el aumento del poder de compra del conjunto de la población asalariada (Furtado, 1998:17).

Continuando sua análise, Furtado observa que o atual processo de globalização "*desarticula la acción sincrónica de esas fuerzas que garantizaron en el pasado el dinamismo de los sistemas económicos nacionales*" (idem *ibidem*:18). E, nesse contexto, quanto mais as empresas se internacionalizam, menos se sujeitam à ação reguladora do Estado e mais se apóiam no mercado para continuarem a se expandir.

En suma, el trípode que sustentaba el sistema de poder de los estados nacionales ha sido sacudido, en perjuicio de las masas trabajadoras organizadas y en provecho de las empresas que controlan las innovaciones tecnológicas. Ya no existe el equilibrio garantizado en el pasado por la acción reguladora del poder público. Ello explica la baja participación de los asalariados en el ingreso nacional de todos los países, incluso en los Estados Unidos, cuya economía se mantiene en crecimiento (idem *ibidem*:18).

Ideologia do desenvolvimento sustentável - contornos da sua construção

A idéia de sustentabilidade foi se consolidando como uma nova concepção de desenvolvimento, centrada fortemente nas variáveis ambientais, mas introduzindo variáveis de caráter econômico, social, político e ético. Um aspecto relevante na trajetória vertiginosa de uma nova consciência global de sustentabilidade, que hoje está bem consolidada, e que hoje se confunde no seu ideário com as primeiras manifestações dos "verdes" europeus, ocorreu concomitantemente à derrocada do chamado socialismo real.

Enquanto vivíamos a *glasnost* soviética⁵, a Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento elaborava o Relatório Brundlandt e, rapidamente, mudava-se a face do mundo com o prenúncio do fim da guerra fria e a migração de uma consciência marxista revolucionária, em vias de se tornar órfã, para a constituição de uma esquerda mais "ecológica", alicerçada numa ética humanista, a priori, apartadora da luta de classes.

Foi uma migração para o que poderíamos chamar de nova esquerda, com a renúncia a alguns dogmas marxistas clássicos, especialmente quanto ao papel do Estado, mas, por outro lado, com a assunção de novos dogmas. Bem exemplifica o caso latino-americano esta evolução, quando nos últimos anos possibilita-se (para não dizer

consente-se) que partidos de centro-esquerda e esquerda alcancem o poder em vários países: Chile, Brasil, Venezuela, Argentina, Uruguai, Bolívia, Nicarágua e Equador, sem qualquer mudança no modelo de Estado capitalista liberal.

A migração para uma utopia mais "politicamente correta" aos olhos do mundo, que ainda possuísse algum recheio ideológico de esquerda, caso dessa nova luta pela sustentabilidade do planeta, acabaria por acometer grande parte da intelectualidade da esquerda, principalmente na Europa e com os partidos antes dito marxistas, caso da América Latina.

Nesse contexto, grande parte da esquerda revolucionária ao adotar, no cenário internacional, a luta por uma utopia reformista do desenvolvimento mundial, sem continuar confrontando diretamente a burguesia capitalista internacional, acabou por estabelecer uma aliança tácita com o poder econômico transnacional. A avassaladora proliferação de Organizações Não Governamentais (componentes do chamado terceiro setor), de coloração ideológica de esquerda, especialmente no campo ambiental e desenvolvimentista é prova dessa aliança, na medida em que estão fortemente ligadas a uma intelectualidade socialista pós-moderna, muitas vezes dirigidas por esta, e sua sobrevivência depende de financiamentos, ora dos próprios governos, ora das agências financiadoras e reguladoras internacionais, com destaque para o Banco Mundial. Demais, é conhecida a importância dos organismos financeiros internacionais para a capacidade de governança dos países endividados.

[...] el Banco y el Fondo han alcanzado una capacidad de influencia sobre la política económica y las estrategias de desarrollo de los países del Sur que supera con mucho la relevancia de su financiación. En la actualidad, la mayoría de los países industrializados exigen el cumplimiento de las condiciones de los "programas de ajuste" como requisitos imprescindibles para proporcionar ayuda al desarrollo. Las posibilidades de los países más pobres y endeudados de recibir algún tipo de alivio de su deuda pasan igualmente por cumplir con estas imposiciones. Una influencia que no se queda en el ámbito de las grandes cifras macroeconómicas o la capacidad de decisión política de los gobiernos, sino que tiene un impacto aún mayor sobre las condiciones de vida de cientos de millones de personas... (Arias e Vera, 2002:6).

Uma das imposições desses organismos, como reflexo da substituição de um Estado "pesado" por um Estado mínimo ou "eficiente", vem sendo competentemente desenvolvido na direção do empoderamento da sociedade civil e suas organizações.

James Wolfensohn, ex-presidente do Banco Mundial (1995-2005), em discurso realizado em 2002, a respeito de projetos ligados ao desenvolvimento de países endividados, empreendidos por entidades da sociedade civil, assinalava:

Por primera vez contamos con un instrumento – el Portal del desarrollo – que nos permite cotejar y aprender más acerca de los proyectos de desarrollo que se están llevando a cabo en todo el mundo. La realidad es que, como podemos comprobar en el Portal del desarrollo, hay más de 63.000 proyectos de desarrollo en curso, sin contar los programas emprendidos por la sociedad civil o por grupos religiosos. Con demasiada frecuencia, proyectos realizados en el mismo sector del mismo país son administrados por una gran variedad de organismos que no se comunican entre sí. Debemos utilizar el Portal del desarrollo para efectuar un seguimiento de nuestras actividades y así poder coordinar mejor nuestros esfuerzos (Wolfensohn, 2002:7).

Wolfensohn (leia-se Banco Mundial) deixa claro seu entusiasmo por essas iniciativas, ao mesmo tempo em que explicita o desejo e a intenção de exercer maior controle sobre elas.

Desse modo, uma harmonização e melhor coordenação de esforços entre setores de esquerda e organismos financeiros internacionais, pouco a pouco, vão forjando uma aliança no desenvolvimento sustentável, pela via da institucionalização de projetos e programas desenvolvidos por organismos não governamentais, financiados pelos bancos credores internacionais e/ou pelos próprios Estados. Nesse último caso, o financiamento é bem-vindo pela comunidade econômica internacional, a despeito de comprometer fontes de custeio de investimentos que poderiam ser implementados pelos próprios Estados.

A cooptação de setores sociais ideologizados, formadores de opinião, ligados a partidos políticos de esquerda e, antes, potencialmente revolucionários tem, como consequência, a legitimação de uma ideologia do Estado mínimo ou esse Estado "eficiente", denominação que hoje o próprio Banco Mundial assume, perante a sociedade internacional e a própria intelectualidade de esquerda.

Ilustra esse cenário de cooptação a participação de quadros da esquerda como dirigentes em organismos sociais e não governamentais, tornando-os tributários do processo de substituição do aparelho de Estado por esses organismos, que acabam se responsabilizando pelo desenvolvimento de políticas públicas em diversos setores.

Consolida-se, pouco a pouco, uma estrutura paraestatal de atenção às políticas sociais, ditas de focalização (*targeting*), no sentido residualista, que busca compensar as

desigualdades econômicas nos estratos residuais. No sentido reparatório, busca reparar as desigualdades de oportunidades dos estratos da população que não são atingidos pela "justiça do mercado".

A família de concepções de "justiça de mercado" atribui ao mercado a função de distribuição das vantagens econômicas (por meio de remunerações diferenciadas aos portadores de recursos econômicos), cabendo ao Estado de Direito zelar pela lei e a ordem necessárias ao seu funcionamento, o que implica basicamente na garantia dos direitos de propriedade e do cumprimento dos contratos, além de proteção contra a fraude (Kerstenetzky, 2005:3).

A par de sua justificativa emergencial, em situações-limite de crise conjuntural, a perpetuação dessas políticas focais, antagônicas às políticas sociais universalistas, põem em evidência a hegemonia do mercado na condução das políticas públicas.

Ao Estado centrado nesse enfoque, não resta alternativa senão sujeitar-se às oscilações de maior ou menor capacidade redistributiva propiciada pela "justiça de mercado", sem a capacidade de estabelecer reparações de caráter estrutural dessas políticas.

E, nesse cenário, as organizações não governamentais passam a ser as instâncias efectoras mais "adequadas" à operacionalização dessas políticas.

[...] o surgimento e multiplicação das ONGs constitui, por um lado, uma vertente significativa do processo de auto-estruturação de uma sociedade civil no contexto da luta pelo restabelecimento do Estado de Direito e, por outro lado, representa a emergência de um tipo específico de organização, marcada por um forte viés anti-Estado [...] em sua idealização romântica da comunidade como espaço "natural" da solidariedade entre iguais, em sua veneração da consciência, da cultura e das práticas populares, em sua recusa radical do Estado, da política e, no limite, de qualquer dinâmica institucional, as ONGs também fizeram prova de extraordinária ingenuidade e simplismo em sua leitura da realidade brasileira (Oliveira, s/d:online).

A intensa participação das ONGs nas iniciativas relacionadas ao desenvolvimento sustentável, cujo mérito, a curto prazo, é o de fermentar o debate e estimular para a tomada de posições, a longo prazo é imprevisível que rumos tomará, pela nítida substituição do papel do Estado, em inúmeras atividades.

Partindo da premissa de que o "*Estado fracassa*" Salamon (1998:8) justifica o florescimento de atividades do terceiro setor pela ocorrência de crises e mudanças revolucionárias que "*convergiaram, tanto para limitar o poder do Estado quanto para*

abrir o caminho para esse aumento na ação voluntária organizada" (idem *ibidem*). As crises de que fala Salamon seriam a do moderno *welfare state*, a do desenvolvimento, a crise ambiental global e a crise do socialismo (1998:8-9).

A migração da nova esquerda para o terceiro setor reforça a preocupação com a possível solução das crises, tendo em vista uma maior retirada do Estado na condução da cena operacional de implementação das políticas sociais.

O questionamento desta verdadeira utopia, [inicialmente] alimentada pela educação popular e pela teologia da libertação, que seria a reconstrução pela base de uma sociedade "mais justa e mais fraterna" a partir da constituição de "sujeitos coletivos populares", vai ser também reforçado pela entrada progressiva no campo das ONGs de dois outros conjuntos de personagens, com referências distintas das dos educadores de base: os "emigrados" da academia e os exilados políticos (Oliveira, s/d:online).

Fato visível no discurso da sustentabilidade, por parte dos organismos não governamentais, compartilhado pela nova esquerda, é um ajuste de objetivos com o capital financiador, especialmente internacional, com evidente desmobilização das lutas históricas no âmago do mundo do trabalho. Criou-se uma vertente de luta mais ambientalista com desideologização da luta de classes, tornando o trabalho, historicamente seu protagonista, também desideologizado.

Configura-se um cenário em que, pouco a pouco, uma confluência ideológica esquerda-direita vai se consolidando na condução de políticas públicas, por essa terceira via, e com a legitimação da nova esquerda pela intelectualidade, sindicatos, partidos políticos, movimentos sociais. Bresser-Pereira (2000) em análise sobre a nova esquerda assinala:

Existe uma quantidade muito grande de políticas públicas que não se distinguem por ser de direita ou de esquerda, mas por serem adequadas e competentes, ou inadequadas e incompetentes. Por outro lado, ainda que o pêndulo político tenha mudado de direção, a precedência do mercado sobre o Estado na alocação de recursos será duradoura. O centro pode já ter começado a mover-se em direção à maior igualdade e a alguma política industrial, mas não retornará ao planejamento estatal de toda a economia. Os governos planejarão seus próprios gastos. O novo Estado gerencial que está surgindo, além de passar a contar com agências executivas com mais autonomia para regular mercados oligopolistas, terá também um papel "capacitador" (*enabling*) das empresas nacionais que devem competir a nível internacional. Esses fatos fazem as pessoas dizer que a Nova Esquerda no governo segue a liderança da Nova Direita (p.154).

Essa confluência esquerda-direita vai se tornando, a cada dia, mais visível e mais explícita. Recentemente, no dia 11 de dezembro de 2006, por ocasião da entrega do prêmio "Brasileiro do Ano" da *Revista Isto É*, o presidente Lula declarou:

Fiquei vinte e tantos anos criticando o Delfim Netto e hoje sou amigo dele. É a evolução da espécie humana. Quem é mais de direita vai ficando mais de centro. Quem é mais de esquerda vai ficando mais social-democrata, menos à esquerda. E as coisas vão confluindo de acordo com a quantidade de cabelos brancos que você vai tendo. Se você conhecer uma pessoa muito idosa esquerdista é porque ela está com problema. Mas se conhecer uma pessoa muito nova de direita também está com problema. Quando a gente tem 60 anos é a idade do ponto de equilíbrio. A gente se transforma no caminho do meio, aquele que precisa ser seguido pela sociedade.⁷

Nesse contexto, as políticas públicas do Estado globalizado, conduzidos pela nova esquerda no poder, caso do Brasil e de vários países da América Latina, colocam um enigma para o desenvolvimento sustentável ao conferir poder à sociedade - empoderamento (*empowerment*) - sobre o Estado, mas aumentando sem limites definidos a cota de responsabilização da sociedade na condução e execução de políticas públicas.

Para a Nova Esquerda, reformar o Estado significa reconstruí-lo, aumentar sua capacidade, recuperar a poupança pública superando sua crise financeira e envolver-se em reforma gerencial. Significa, também, redefinir o papel do Estado, dando às organizações da sociedade civil um papel maior, seja na produção de serviços sociais ou científicos, seja exercendo controle social. [...] Cabe ao Estado transferir ao setor público não estatal (ou setor não lucrativo) a execução de serviços sociais e científicos, como escolas, hospitais, institutos de pesquisa, mas manter seu papel social-democrata de principal provedor de fundos para essas atividades (Bresser-Pereira, 2000:169-170).

Além disso, essa estratégia reforça a hegemonia das políticas neoliberais na condução das políticas econômicas e desenvolvimentistas globais.

Esses alicerces em que a tradição liberal é fortalecida pela eficiência dos mecanismos institucionais parecem assegurar o cenário de crescimento e aperfeiçoamento contínuo que muitos estudiosos indicam para as organizações do Terceiro Setor. Nesse cenário, o aumento quantitativo previsto é tão significativo que Rifkin (1996)⁶, em sua desalentadora análise sobre as perspectivas do desemprego estrutural no mundo, acena com as organizações do Terceiro Setor como um dos raros segmentos que continuarão ampliando sua demanda de trabalhadores de diferentes níveis e perfis (Fischer e Falconer, 1998:13-14).

A perspectiva de ampliação do terceiro setor, no cenário de desemprego estrutural, agrega um elemento inédito da dinâmica de reprodução e acumulação de capital. As

atividades sem fins lucrativos de alguns desses organismos não impedem que haja uma capitalização de ativos financeiros poupados em fundos próprios, cujo reinvestimento é pouco sujeito ao crivo fiscal. A capacidade de criar lucro com atividades não lucrativas é escassamente avaliada. Ficamos por conta de saber o quanto o Estado dispõe e aonde⁸, nessa dinâmica de fluxos financeiros, para suprir o financiamento de políticas sociais.

Alguns dados são significativos: o 3º setor movimenta US\$ 1,33 trilhão/ano atualmente no mundo, com cerca de 300.000 ONG, 1,5 milhão de empregados e 42 milhões de voluntários, sendo no Brasil R\$ 10,9 bilhões/ano (Pró-Cidadania, 2006)⁹.

Pode ser inestimável o trabalho desenvolvido por muitos organismos do 3º setor, no sentido de prover ou auxiliar no provimento de políticas sociais. A questão que debatemos é qual a estimativa que se faz no médio e longo prazo, a partir da transferência de responsabilidades do Estado a esses organismos, cuja capacidade de captação de recursos depende de humores do mercado, de durabilidade instável e duvidosa. Em 1991, estimava-se a captação brasileira de recursos pelas ONG na ordem de 3,2% de órgãos do governo e 75,9% de agências e organizações internacionais (Pró-Cidadania, 2006). O incremento da participação estatal no setor poderá provocar um efeito bumerangue? É uma questão de fundo nessa discussão.

Não tendo nenhuma política interna de sustentabilidade, as ONGs passam a ver no Estado uma forma de parceria e angariamento de recursos para a execução de seus projetos. O mecanismo de colaboração entre ambos dá-se por meios operacionais e pontuais, através de convênios nos quais as ONGs tendem a ser contratadas para a realização de projetos específicos e com duração limitada de tempo (Barbosa, 2006:179).

Em extensa reportagem investigativa, Jailton de Carvalho (2006) assinala que o Brasil, por intermédio do Ministério da Justiça, dispõe de 12 funcionários para analisar contas e fiscalizar as mais de 4 mil ONG registradas no país como Oscip - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. *"Os demais ministérios, obrigados por lei a fiscalizar a aplicação de cada centavo repassado às ONGs, não dispõem de equipes específicas para descobrir e rejeitar prestações de contas fajutas, fraude cada vez mais comum na administração pública"* (Carvalho, 2006:3). O Tribunal de Contas da União estima que no ano de 2006 o governo federal deverá repassar para as ONG R\$ 8 bilhões (idem ibidem).

Nessa linha de empoderamento da sociedade, transferindo-lhe responsabilidades sobre as políticas públicas, emerge a figura discursiva do "capital social", também legitimada pelas novas direita e esquerda. É uma construção ideológica *sui generis* que põe na mesma direção opressores e oprimidos, vencedores e vencidos, cujas conseqüências podem passar ao largo de questões que ameaçam a "*garantia das gerações futuras*", de acordo com a idéia clássica de desenvolvimento sustentável, ao investir em modelos de organização Estado-sociedade não devidamente experimentados.

Não há comprovação sólida de que essa modalidade de empoderamento social seja capaz de prover as respostas requeridas para tal. É clara a distinção entre luta social canalizada pelos movimentos sociais e o empoderamento social concedido. Um verdadeiro empoderamento social encontra-se nas lutas históricas da emancipação do homem, cuja conquista de direitos, paradoxalmente, tinha no Estado confrontado a resposta para garanti-los. O discurso atual caminha por trilhas distintas.

Face à incapacidade das autoridades estatais em providenciar os produtos e serviços sociais necessários, a concepção de um Estado facilitador e estimulador de inovação social e mediador de conflitos sociais não é apenas uma opção mais realista. Sendo o foco da atenção concentrado no indivíduo e no desenvolvimento de suas capacidades pessoais, assim como na melhoria das condições para ação coletiva, por meio do fortalecimento de movimentos sociais e organizações não-governamentais, a concepção tem um forte viés emancipatório, tornando os cidadãos mais autônomos frente às agências estatais (Frey, 2003:181).

Parte-se da incapacidade do Estado provedor para cunhar uma concepção que teria a virtude de emancipar o cidadão. A pergunta é: frente a um Estado incapaz como prover as prerrogativas do cidadão emancipado?

É crível que estejamos diante de uma nova estratégia de dominação da cidadania. Não mais pela forma de concessão de direitos individualizados (Poulantzas, 1977), mas pela forma de concessões de direitos coletivos, a organizações da sociedade civil, com forte componente econômico centrado no financiamento de suas ações. Em suma:

A transição para o "liberalismo" se faz de maneira insensível, logo imperceptível, como a deriva dos continentes, ocultando assim seus efeitos, mais terríveis a longo prazo. Tais efeitos também se encontram dissimulados, paradoxalmente, pelas resistências que suscita desde agora por parte daqueles que defendem a ordem antiga, nutrindo-se dos recursos nelas contidos, dos modelos jurídicos ou práticos de assistência e de solidariedade nela vigentes,

[...] em suma das reservas de capital social que protegem toda uma parte da presente ordem social de uma queda na anomia (Bourdieu, 1998:146).

Desenvolvimento sustentável e capital social - a supressão do Estado

Seria inconseqüente tomar o discurso do desenvolvimento sustentável como capaz de dar conta das questões complexas que estão envolvidas no processo de marcha da humanidade e sua sobrevivência no planeta. Mais do que desconstruir essa vertente discursiva da sustentabilidade, algumas contradições implicadas na sua ideologia, tais como a exclusão de temas agudos do centro de condução das suas práticas, merecem algumas reflexões.

Com o incentivo da luta política centrada em organizações não governamentais e o surgimento de novas modalidades de acumulação baseadas num "neo-capitalismo" industrial coerente com a sustentabilidade, vão surgindo, do mesmo modo, novas formas de cooptação social. A consequência mais imediata, que parece já bem consolidada, é o aparelhamento de representações sociais com financiamento privado e substituição do Estado por políticas locais, pontuais e específicas, e com o apoio explícito de uma nova esquerda.

Nessa linha de cooptação, o Banco Mundial e demais organismos financiadores internacionais vêm adotando a ideologia do "capital social", com reforço político e financeiro às iniciativas que o fortaleçam.

O conceito de *capital social* tem sido amplamente utilizado na sociologia norte-americana para demonstrar a importância das redes sociais informais na construção de relações sociais e de formas de sociabilidade nas quais interesses pessoais e coletivos se imbricam. A existência desse "capital" se constituiria, igualmente, em importante indicador de participação política através do estabelecimento ou consolidação de relações de confiança entre sociedade e Estado, o que o tornaria elemento crucial a ser mobilizado na implementação de políticas públicas, podendo explicar o êxito ou fracasso dessas políticas (Lima, 2001:46)

O conceito de capital social começa a ganhar contornos mais consistentes a partir dos trabalhos de Jane Jacobs, Pierre Bourdieu, James Coleman¹⁰ e, entre outros, Robert Putnam. Um dos pesquisadores relevantes do tema, Putnam (1993) considera que o capital social aumenta os benefícios dos investimentos em capital físico e humano, cuja existência seria fonte tributária de crédito para se contrapor ao desempenho de governos

ineficientes, letárgicos e corruptos e, como consequência, seria fonte de investimento e desenvolvimento econômico. Cabe refletir sobre isso.

Conceitua, ainda, o capital social como traços de organização social que aumentam a eficiência da sociedade pelo estabelecimento de confiança, normas e redes, por meio de ações coordenadas e que "*criar capital social não será fácil, mas é fundamental para fazer a democracia funcionar*" (Putnam, 1996:194). Também cabe refletir sobre isso.

No conceito emergente de capital social, misturam-se num mesmo caldeirão conceitual associativismo, cooperativismo, convívio social, vida comunitária, instâncias de participação cívica, corporações, agremiações, ONGs, voluntariado etc.

A expressão "capital social", de per si, é dúbia, porquanto se reporta a uma definição econômica dicionarista bem consolidada historicamente: "*recursos aplicados numa empresa por seus sócios ou acionistas*" (Ferreira, 2000). A expressão capital humano, por sua vez, também não se aplica ao que os usuários da neo-expressão capital social pretendem definir, porquanto diz respeito ao "*conhecimento e habilidades incorporados à força de trabalho, vistos como decorrência de investimentos em educação e treinamento*" (idem *ibidem*).

Assim, sem nos prendermos à polêmica semântica, propriamente dita, cabe refletir sobre a representação simbólica que a expressão capital social é capaz de trazer à subjetividade e ao discurso dos grupos sociais organizados, investidos de sócios nas sociedades do capital e do mercado. A introjeção de símbolos, como expressão de dominação de classe, aqui se aplica de modo análogo. No capítulo 4 voltaremos a esse tema.

A valorização do capital social, quando, no contexto da globalização econômica, o capital passa a se dividir conceitualmente em capital financeiro e capital social, soa como estratégia de "humanização" do capital nas suas duas vertentes. Em outras palavras, na medida do aprofundamento das sociedades de mercado e de expansão mundial do capitalismo, o capital social, pouco a pouco, vai sendo incorporado ao próprio conceito de capital, mitigando o seu significado e ideologia de exploração, acumulação e exclusão, para ganhar um novo significado simbólico de valorização humana. Os indícios para se considerar esse novo símbolo do capitalismo de mercado como estratégia de legitimação,

especialmente junto à nova esquerda e ao meio intelectual produtor de conhecimentos parecem bem evidentes.

Bernardo Kliksberg, diretor da Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética e Desenvolvimento do BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento, em apologia entusiasmada, assinala que o capital humano e o capital social são fundamentais no crescimento econômico; o Banco Mundial atribui a eles grande parte do crescimento econômico atual do mundo globalizado e há clara correlação estatística entre os níveis de confiança e associativismo e as taxas de crescimento econômico de médio e longo prazo.

O capital social compreende a confiança, a capacidade de associatividade de uma sociedade, a consciência cívica e seus valores éticos predominantes. Têm correlações entre capital social e crescimento econômico de médio e longo prazo, entre capital social e saúde pública, entre capital social e bom funcionamento do Estado, entre capital social e governabilidade democrática. É uma forma de capital que não entrava na análise econômico ortodoxa, mas estava presente na realidade e hoje tem plena legitimidade nas ciências do desenvolvimento. Hoje se trata de construir capital social para enfrentar a criminalidade, melhorar o rendimento escolar, potencializar a microempresa, melhorar as relações entre o contribuinte e o fisco, e muitas outras aplicações. O nível de voluntariado de uma sociedade é uma das expressões de seu capital social. Seu impacto no desenvolvimento é muito concreto. Nos países desenvolvidos hoje os voluntários produzem de 5% a 10% do Produto Interno Bruto em bens e serviços sociais (Kliksberg, s/d:online).

Kliksberg continua sua análise citando alguns exemplos de superação de dificuldades estruturais por meio da elevada presença de voluntariado, caso de Israel que produz 10% do seu PIB em serviços voluntários, da Noruega, em que 70% da população faz trabalho voluntário, e demais países nórdicos, cuja responsabilidade social empresarial e o voluntarismo são eixos fundamentais de seus modelos sócio-econômico-políticos tidos como exemplares (sic). Atualmente, as ONG's voluntárias americanas aportariam 20 bilhões de horas de trabalho anuais, equivalente ao que 9 milhões de trabalhadores em tempo integral despenderiam (idem ibidem).

É evidente que os exemplos citados são inaplicáveis ao conjunto dos países, especialmente aqueles em que o grau de miséria e vulnerabilidade da população seja elevado. O caso de Israel é singular, pelas características históricas de sua construção, em que grande parte de seus concidadãos participou de um mutirão cívico voluntário (Lei do Retorno) na construção do país. É de se esperar que o comportamento coletivo da cidadania estabeleça vínculos culturais com o voluntariado. Noruega, EUA e os demais

países desenvolvidos, de per si, também têm peculiaridades que não podem ser generalizadas e aplicadas como parâmetros, pois seu voluntariado não carece de rendas mínimas de sobrevivência.

Portes (2000), em extensa revisão conceitual sobre capital social, ressalta que há um entusiasmo que deve ser relativizado.

Não é provável que o entusiasmo granjeado pelo conceito revisto neste artigo e pelas suas cada vez mais diversas aplicações a diferentes problemas e processos sociais venha a desaparecer tão cedo. Esta popularidade é parcialmente merecida, visto que o conceito chama a atenção para fenômenos reais e importantes. Contudo, ela é também parcialmente exagerada, por duas razões. Em primeiro lugar, os processos que o conceito abarca não são novos e foram já estudados no passado sob outros nomes. Chamar-lhes capital social é, em grande medida, um modo de os apresentar sob uma aparência mais sedutora. Em segundo lugar, há poucos fundamentos para acreditar que o capital social se revelará um remédio imediato para grandes problemas sociais, tal como é prometido pelos seus mais ousados proponentes. As proclamações recentes nesse sentido limitam-se a reformular os problemas originais e não têm sido acompanhadas, até agora, por nenhuma proposta convincente sobre como criar os tão desejados *stocks* de civilidade pública (Portes, 2000:152).

O autor mantém sua análise na mesma linha, assinalando algumas de suas armadilhas.

Ao nível individual, os processos a que o conceito se refere revelam-se facas de dois gumes. Os laços sociais podem produzir um maior controle sobre comportamentos desviantes e fornecer acesso privilegiado a recursos; podem também restringir as liberdades individuais e vedar a terceiros o acesso aos mesmos recursos através de preferências particularistas. Por esta razão, parece preferível abordar estes processos multifacetados como fatos sociais que devem ser estudados em toda a sua complexidade, e não como exemplos de um determinado valor. Uma visão mais desapaixonada permitirá aos investigadores considerar todas as facetas do evento em questão e evitar transformar a bibliografia subsequente numa celebração sem restrições da comunidade. Sair em defesa do comunitarismo é legítimo enquanto posição política; não constitui boa ciência social. Como rótulo para os efeitos positivos da sociabilidade, o capital social detém, na minha perspectiva, um lugar assegurado na teoria e na investigação empírica, desde que sejam reconhecidas as suas diferentes fontes e os seus diferentes efeitos, e que os seus aspectos negativos sejam examinados com a mesma atenção (Portes, 2000:152-153).

A par das afirmações sem qualquer carácter probatório, do ponto de vista histórico, antropológico, político ou econômico dessas teses, em que se atribui o sucesso do modelo econômico ao capital social, ficam mais algumas indagações.

Por que a ênfase no trabalho voluntário, sabendo-se que este não possui qualquer vinculação com a ampliação do mercado de trabalho, empregabilidade de médio e longo prazo e garantia de direitos trabalhistas historicamente conquistados através de lutas políticas, tantas vezes sangrentas, ao longo da história?

Por que o investimento na ampliação do associativismo e voluntarismo, como parceiros na ampliação dos mercados globalizados, sabendo-se que estas organizações fundamentalmente dirigem suas ações aos grupos de excluídos sociais? Seria uma estratégia de controlar esses diques de contenção da insatisfação social, com ampliação monumental de políticas assistencialistas, promovidas não mais pelo Estado, dito pesado, porquanto sempre ameaçador à expansão do mercado na história contemporânea recente, mas pela própria sociedade civil cooptada e estimulada pelo mercado e a ele incorporada de forma mais orgânica, como se dele fizesse parte indissolúvel? E, estranhamente, transformando os próprios excluídos em voluntários para trabalhar em políticas residuais e compensatórias para tratar de sua própria exclusão.

Ao mercado interessa, em síntese, a consolidação do tripé: garantia de sua expansão ilimitada; tranqüilidade política para essa expansão; e diminuição dos custos de transação para o aumento da acumulação.

Putnam (1993) recomenda aos economistas do desenvolvimento que tomem nota sobre a importância do cívico e, parece, está sendo obedecido pelas correntes econômicas neoliberais, ao seu modo. Ao transformar o povo em capital e agregar-lhe valor, economistas neoliberais estarão propondo um novo modelo de "justiça social"? Ou seja, diante das novas hordas de excluídos, a responsabilidade do Estado é transferida à sociedade que, voluntariamente, promoverá o ajuste para que os excluídos sejam atendidos em suas necessidades básicas. Mais um tema para reflexão.

A ameaça sempre presente do Estado menos permeável aos humores do mercado perde sentido na aliança mercado-sociedade civil, não apenas pela via do consumismo, mas pela ocupação de corações e mentes da sociedade civil, confundindo-a com o próprio mercado, como previa Karl Polanyi em seu moinho satânico, e em palavras proferidas em 1947:

Para o estudioso da antropologia social nada é mais óbvio que a variedade de instituições que resultam ser compatíveis com meios de produção praticamente idênticos. A criatividade institucional do homem vem decrescendo porque se

permitiu que o mercado triture o material humano reduzindo-o à monótona uniformidade de uma paisagem lunar. Não deve surpreender que a imaginação social do homem mostre sinais de estancamento. Poderemos chegar ao ponto de perder definitivamente a elasticidade, a riqueza e a força imaginativa de que estava dotada a espécie humana no estado selvagem (Polanyi, 1947:online).

É nesse contexto que Fukuyama considera que o capital social é uma criatura do mercado: "*The economic function of social capital is to reduce the transaction costs associated with formal coordination mechanisms like contracts, hierarchies, bureaucratic rules, and the like*" (Fukuyama, 1999:online). O custo de transações no mercado vai se tornando mais explícito, na medida da hegemonia do mercado no contexto da globalização econômica. Cenas explícitas de mercantilização das relações humanas vão se tornando comuns e bem aceitas pelas sociedades globais com o aval da nova esquerda.

E ainda assim, por mais que haja uma certa participação da sociedade, por meio da cooptação de grupos organizados localmente que dependem do desenvolvimento produtivo para se reproduzirem e se perpetuarem, a geração de riqueza continua sendo concentradora, mantendo a geração de massas marginalizadas, periféricas e blindadas ao usufruto da riqueza gerada.

James Wolfensohn, em declaração recente sobre os desafios do desenvolvimento mundial e o papel do banco no cenário internacional, entre outras coisas, afirmou que

hoje em dia, mais e mais gente diz que a pobreza de alguns é a pobreza de todos, e suas vozes se fazem ouvir, que exigem um sistema mundial baseado na equidade, nos direitos humanos e na justiça social e este deve ser também nosso lema, já que os esforços por lograr um mundo mais equitativo conduzirão a uma paz duradoura, algo que o poder militar nunca poderá lograr por si só. [...] o novo pacto mundial deve estar baseado em políticas sociais e econômicas com investimento em saúde e educação, sobretudo no ensino da primeira infância; em sistemas jurídicos e judiciais eficazes; em marcos tributários e normativos claros, plasmados em mecanismos que combatam a corrupção em todos os níveis, e sistemas financeiros sólidos e bem regulamentados, que dessa maneira se criarão condições propícias para a atividade empresarial, a produtividade e o emprego e que é necessário possibilitar aos pobres que possam forjar sua própria vida. [...] no balancete mundial, os pobres formam parte do ativo e não do passivo (Wolfensohn, 2002:online).

A incorporação da questão da pobreza ao discurso desenvolvimentista, estratégia de mercantilização das relações sociais, não condiz, entretanto, com o comportamento

dos Estados capitalistas periféricos, cuja concentração de renda e riqueza não dá sinal de grandes mudanças. Se estamos diante de um pensamento único calcado no desenvolvimento econômico e de mercado, por certo não será o capital social a solução dos problemas da miséria. Falando sobre a América Latina, o próprio Kliksberg, seu entusiasta, faz suas ressalvas:

O pensamento econômico convencional tem a visão de que a única política que interessa é a econômica. O social virá como consequência do econômico. Ao gerar mudanças nas variáveis macroeconômicas gerará crescimento que se "derramará" na população pobre e a retirará de suas dificuldades. Os recursos e energias devem concentrar-se no campo econômico. A política social tem, nesse enfoque, funções bem restritas. Atenuar os impactos mais graves do período de ajustes. Para tanto deveria atuar de forma focalizada sobre os setores com problemas mais graves para reduzir os problemas a eles causados. Como se diz freqüentemente na região, é "a assistência pública que recolhe os mortos e os feridos deixados pela política econômica" (Kliksberg, 2002:32).

Com a recente política brasileira de remuneração compensatória por transferência de renda à pobreza, por meio dos programas Fome Zero/Bolsa Família, Soares *et al* (2006), trabalhando com o Índice de Gini (concentração de renda) desagregado, de 1995 a 2004, observaram uma melhoria do indicador devido a esses programas compensatórios. Do mesmo modo, o Informe sobre Desenvolvimento Humano (Pnud, 2005) observa um incremento do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano)¹¹ brasileiro de 0,645, em 1975, para 0,792, em 2003, ambos situados na faixa média. Contudo, ao se examinar a curva de tendência do Informe, o Brasil sai da posição de 47º em 1975 para 63º em 2003 (Pnud, 2005:244;248)¹². Ou seja, será que houve realmente uma melhora da posição brasileira?

Observando, ainda, o Informe Pnud, salvo algumas exceções marcantes para o aumento relativo do IDH (Malásia, Arábia Saudita, China) ou diminuição relativa (África do Sul, Filipinas, Fiji, Paraguai, Venezuela, Guyana, Colômbia, Peru, Jamaica), não há mudança relevante no panorama global nesses 30 anos.

É um dado de tendência que apresenta vieses, mas significativo do ponto de vista de relativização dos indicadores como indicativos de resultados favoráveis das políticas de transferência de renda e de desenvolvimento socioeconômico. Ademais, sem deixar de valorizar os indicadores sociais, seu atrelamento a inúmeras variáveis por dentro das

políticas econômicas indica a sua necessária relativização na avaliação de planos e programas.

[...] parece lícito inferir sobre a necessidade de concentrar os esforços mais na análise e interpretação da dinâmica do processo de crescimento econômico, e de seus fatores determinantes, do que nas mensurações quantitativas; ou seja; a explicação das relações sócio-políticas subjacentes aos planos, metas e programas de desenvolvimento deve preceder à elaboração e à sofisticação dos sistemas de informação e dos indicadores sociais. A ênfase e o entusiasmo algo ingênuo pelos indicadores concebidos como instrumentos analíticos capazes de explicar o porquê da persistência da pobreza apesar de décadas de crescimento, não somente desviam a atenção dos problemas fundamentais do desenvolvimento, mas também insinuam que, com seu aperfeiçoamento, poder-se-ia definir novas diretrizes e programas, para a redução e eliminação do subdesenvolvimento, no futuro (Ratner, 2003:online).

Em 1975, data em que o Informe Pnud demarca a avaliação do IDH, iniciavam-se os ensaios que geraram as diretrizes do Consenso de Washington. É significativo, ainda, que a queda relativa do IDH tenha atingido com mais vigor seis países da América Latina, onde o "laboratório" do Consenso foi instalado, em que o Estado provedor passa a ser inconveniente para a expansão do mercado.

Desenvolvimento sustentável e mercado ao invés de Estado

A supressão do Estado como protagonista na condução das políticas públicas; a incorporação de parcelas organizadas e formadoras de opinião da sociedade no projeto de humanização do capital; a introjeção de um discurso de combate à pobreza pelos organismos financiadores da dívida; e a hegemonia do mercado como balizamento das novas relações econômicas globais nos remete, mais uma vez, à imagem do moinho satânico de Polanyi (1980).

É muito cedo para imaginar para onde caminha a condição humana nesse cenário que se poderia chamar de grande balão de ensaios das relações entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento produtivo, sob o manto sagrado do mercado, ainda que resguardada por uma "idônea" ideologia do desenvolvimento sustentável.

Há uma profunda contradição entre o liberalismo econômico vigente e um aparente objetivo na defesa de direitos humanos e dos pobres. Ao impor condições aos países endividados, o FMI e o Banco Mundial transformaram-se em fábricas de Estados

adequados ao mercado, em que um dos principais laboratórios da política monetária internacional foi o Consenso de Washington.

O Consenso foi o resultado de um plano sofisticado das correntes monetaristas neoliberais, a partir de experiências levadas a cabo no Chile, logo após o assassinato de Salvador Allende (1973), e na Argentina sob o regime militar (1976-1983). O laboratório da aplicação das medidas econômicas, em que ambas as sociedades estavam silenciadas com a mão de ferro das duas ditaduras sanguinárias, serviu como balizamento para uma tomada de posições consensuais em Washington, no sentido de estabelecer diretrizes econômicas liberalizantes (Larrain, 1999; Vilas, 2000b).

Chomsky (1998) observa que a vitória da América na Guerra Fria foi exultada como a vitória da democracia e do livre-mercado e que este, como onda do futuro, teria nos EUA o seu controlador e o seu modelo. Tanto que na pavimentação desse caminho, ainda nos anos 1960 já se estava

"reprimindo uma ameaça global às democracias de mercado" quando [o governo americano] preparou a deposição do governo parlamentar do Brasil, pavimentando o caminho para um regime de assassinos e torturadores, com um efeito dominó que deixou esses regimes neonazistas em controle de grande parte do hemisfério, sempre com o apoio firme dos Estados Unidos, se não por sua própria iniciativa (p.63).

O termo Consenso de Washington foi cunhado por John Williamson, para quem o consenso sobre as diretrizes estava feito porque Washington estava de acordo, entendendo-se por Washington, o FMI, o Banco Mundial, o Congresso Americano e o Federal Reserve, entre outros (Williamson, 2000).

As medidas econômicas consensuais, até hoje adotadas, são 10 (dez): disciplina orçamentária; mudanças na prioridade dos gastos públicos; reforma fiscal; liberalização financeira; câmbio competitivo; livre comércio; abertura ao capital estrangeiro; privatizações; desregulamentações; garantia dos direitos de propriedade (idem ibidem).

De forma simplificada, é a receita da rolagem da dívida, ou seja, reformas e reformas que são hoje, no Brasil, praticamente o próprio programa de governo, com a soberania do mercado, já plenamente em vigor.

Medidas que, a rigor, continuam transferindo riqueza, no plano interno, das classes médias e medianamente pobres para as elites econômicas e, no plano externo,

desde as economias dos países em desenvolvimento para o capital internacional, aprofundando as desigualdades econômicas globais.

Abandonado a su propia dinámica, el proceso de globalización es fuertemente diferenciador: ahonda las desigualdades entre países ricos y países pobres y preserva o agrava las disparidades dentro de cada sociedad. Entre 1980 y 1994 el grupo de países que el Banco Mundial considera más desarrollados incrementó su porción del producto mundial de 70% a 79%; los países de nivel medio de desarrollo la redujeron de 23% a 16%, y los países más pobres retrocedieron de siete a cinco porciento (Vilas, 2000:37).

Daí, o discurso do Banco Mundial dirigido aos pobres é coerente com a necessidade de previsão e provisão de políticas focais e transferência de renda aos pobres, como retorno de uma mínima parte para a perpetuação do ciclo. O Programa Bolsa Família/Fome Zero brasileiro é coerente com essa lógica. Trabalhando com o conceito de regulação social tardia, Sposati (2002) situa as políticas sociais que vêm sendo adotadas nesse contexto: "*Sob a regulação social tardia, o modelo político dominante não é mais o de Estado-Nação. Aliás, o que ocorre é uma acelerada passagem entre Estado-Nação-Democrático para o Estado transnacionalizado*" (pag.8). Continua a autora:

Uma característica das ações do Estado no campo social em países de regulação social tardia é a de responder frágil e temporariamente aos direitos sociais. Falo da ausência de consolidação do direito social na agenda pública e sua transmutação em programas sociais particularizados por partidos políticos e em diversos níveis nacional, regional ou local. [...] a cultura de direitos sociais a políticas sociais é substituída por ações sociais e não, propriamente, por políticas sociais públicas duradouras. Elas se transformam em programas de governos, com isto desmanchando "a possibilidade" da "responsabilidade pública" efetiva. [...] Neste afastamento, vão ocorrer políticas sociais mediadoras com vínculos com o mercado. As políticas sociais precisam ser mediadas por formas auxiliares como a bolsa-escola para que a criança freqüente a escola já que a atenção da escola não é plena. Quero dizer com isto que a provisão parcial da política social é cúmplice da política neoliberal que combina a necessidade de provisão no mercado via o consumo de determinados bens como vestimentas, materiais, transporte, por meio de recursos individuais [...] Grande parte dos programas sociais estatais sob tal orientação são substituídos por programas de transferência de auxílios regulares mensais sob a forma de renda mínima. [...] Com a garantia da renda mínima, os novos consumidores, antes indigentes, passam a ter por um dado tempo, crédito no mercado podendo consumir produtos onde vivem. Esta rede de consumo circunstancial injeta recursos indiretamente na economia, ficando na dependência da vontade do mercado gerar, ou não, novos empregos (Sposati, 2002:6-8).

A revisão de dogmas econômicos como o do fundamentalismo do mercado e da satanização do Estado, entretanto, é tão ágil quanto tem sido a sua implantação. Joseph Stiglitz, "insuspeito" ex-vice presidente do Banco Mundial e prêmio Nobel de economia de 2001, por sua contribuição à análise do funcionamento dos mercados, observa:

O Consenso de Washington já nasceu cheio de erros [...] Costumo destacar três pontos principais em relação a essa questão. O primeiro é a importância da equidade para o desenvolvimento, completamente ignorada [...] O segundo é a relevância do emprego, fundamental para promover a igualdade e para atribuir poder às pessoas [...] Por fim, também é primordial pensar cada vez mais no papel do Estado. Eu não acredito que os governos devam cuidar de tudo, mas também rejeito totalmente a idéia de que o Estado não precisa fazer nada. É o que costumam chamar de terceira via. Uma das críticas ao consenso é o fato de ter subestimado o papel do Estado. Hoje, percebemos que o consenso, que nasceu como uma solução, não se mostrou uma condição necessária ou suficiente para o sucesso do desenvolvimento (Stiglitz, 2005:online).

Essa dinâmica cambiante vem oscilando entre a defesa intransigente da completa ausência ou da forte presença do Estado na condução das políticas públicas.

Os dois extremos: o Estado onipotente e o Estado ausente deram lugar a outra maneira de ver o problema. Ela parte do núcleo central de idéias do enfoque de desenvolvimento integrado recém-exposto. Se há interesse em atingir de forma simultânea e coordenada o desenvolvimento econômico, social, sustentável e político, há necessidade de políticas públicas ativas e administradas com bastante eficiência (Klikberg, 2002:50).

Entre esses extremos, neste trabalho pensamos que a atuação do Estado é condição básica de partida para se pensar as políticas de desenvolvimento, centrando seu olhar sobre o trabalho e a produção em sua relação com a saúde, pois sem um Estado forte e decidido não haverá contraposição à nova ordem internacional, com a possibilidade de recomposição das políticas públicas numa linha distinta da que seguimos vendo.

Mas, na condição de Estado forte, não basta a condição exclusiva da força e, antes, para onde olha e como vê o encaminhamento das políticas sociais.

Em outras palavras, um Estado capaz de colocar em questão a nova ordem que impõe reformas do Estado para os países endividados em "duas camadas", denominadas pelo Banco Mundial de reformas de 1ª e 2ª geração. O relatório sobre o desenvolvimento mundial - O Estado num mundo em transformação (Banco Mundial, 1997) assinala que

as reformas do Estado de 1ª e 2ª geração são a "remoção dos obstáculos para a mudança" (idem ibidem).

No quadro a seguir destacamos as reformas do Estado propostas pelo Banco Mundial para os países endividados, em que assinalamos a sua implementação nos últimos governos brasileiros.

Quadro 1

Banco Mundial - Reformas de primeira e segunda geração e a sua implementação durante os Governos Fernando Collor/Itamar Franco (Col/It); Fernando Henrique Cardoso (FHC1e2); e Luis Inácio Lula da Silva (Lula)

Reformas	Objetivos principais	Instrumentos
1ª geração	<p>A - Gestão de crises (Col/It) (FHC1);</p> <p>B - Redução da inflação (Col/It) (FHC1) (Lula);</p> <p>C - Retomada do crescimento (Col/It) (FHC1e2)</p>	<p>A - Cortes orçamentários drásticos (Lula);</p> <p>B - Reforma tributária (Lula);</p> <p>C - Liberalização dos preços (Col/It);</p> <p>D - Liberalização do comércio e do investimento estrangeiro (Col/It);</p> <p>E - Desregulamentação (Col/It) (FHC1e2);</p> <p>F - Fundos sociais;</p> <p>G - Entidades de contratação autônomas;</p> <p>H - Certa privatização (Col/It)</p>
2ª geração	<p>A - Melhoria das condições sociais e competitividade (FHC2) (Lula);</p> <p>B - Manutenção da estabilidade macroeconômica (FHC2) (Lula)</p>	<p>A - Reforma da função pública (Lula);</p> <p>B - Reforma trabalhista;</p> <p>C - Reestruturação dos ministérios sociais;</p> <p>D - Reforma judiciária (Lula);</p> <p>E - Modernização do legislativo;</p> <p>F - Atualização da capacidade reguladora (FHC1e2) (Lula);</p> <p>G - Melhoria da arrecadação fiscal (Lula);</p> <p>H - Privatização em grande escala (FHC1e2);</p> <p>I - Reestruturação das relações entre os governos central e local</p>

Fonte: Adaptado de Banco Mundial, 1997. Relatório sobre o desenvolvimento mundial - o Estado num mundo em transformação. Capítulo 9, p. 161.

Legenda: Governos (Col/It) Fernando Collor/Itamar Franco; (FHC1e2) Fernando Henrique Cardoso (1ªe2ª mandatos); (Lula) Luis Inácio Lula da Silva // Cores: Verde - implementado; Azul - parcialmente implementado; Vermelho - programado; Preto - sem avaliação

O cumprimento da agenda de reforma do Estado pelos últimos governos brasileiros, na linha do Consenso de Washington, independentemente de sua composição partidária mais à direita com Fernando Collor de Melo, ou mais à esquerda com Luis Inácio Lula da Silva, confirma a aproximação das ideologias no mundo globalizado em direção a um "centro", cujo imperativo é o mercado.

Algumas das propostas do Banco Mundial apresentadas, a que se costuma rotular coloquialmente de "receituário do FMI", são bastante intrigantes. Por exemplo, a questão das privatizações em grande escala iniciadas no Governo Fernando Henrique Cardoso deixa no ar indagações. Qual é o limite, se é que há, para as privatizações em grande escala? Poderá uma nova onda de ajustes da dívida externa colocar na agenda de privatizações de grande escala, por exemplo, universidades públicas, Petrobrás, Correios, Caixa Econômica, Banco do Brasil, Fundação Oswaldo Cruz, e parte do Sistema Único de Saúde?

Com a hegemonia das políticas liberais reduz-se o espaço de expansão da democracia, inviabilizando-se o Estado de bem-estar social e o crescimento econômico sustentado (Fiori, 2003). Caminha-se para um Estado cada vez mais liberal, ou como vem se convencendo denominar, para amenizar o termo, social-liberal.

Sugiero que el Estado del capitalismo globalizado del siglo veintiuno será un Estado **social-liberal**. Será social, porque seguirá siendo responsable de la protección de los derechos sociales en materia de educación, salud y previsión básica. [...] Será liberal, porque realizará estas tareas de forma mucho más competitiva, **dejando de ofrecer a la burocracia estatal el monopolio de las partidas presupuestarias para la educación, la salud y la cultura**. La construcción de obras de infraestructura será tercerizada. Por lo demás, este cambio fue el primero en suceder, aun antes de que el Estado social-burocrático entrara en crisis. Las empresas productoras de bienes serán privatizadas. **Las empresas productoras de servicios públicos serán objeto de concesiones a empresas privadas**. Estos dos fenómenos empezaron a ocurrir con gran intensidad a partir del decenio de 1980, como una respuesta a la crisis del Estado. Y finalmente, la oferta de servicios sociales se entregará, también en forma competitiva, no a empresas privadas, sino a organizaciones públicas no estatales. Este es un fenómeno que está empezando a ocurrir en todo el mundo, aunque todavía la gran mayoría de los analistas no haya dado cuenta de él (Bresser-Pereira, 1998:108) (grifei).

Bruno Latour (1999) considera que se o século XX foi freqüentemente denominado de marxista, o século XXI deverá ser polanyista, pela visão da economia de mercado de Karl Polanyi como "*algo bem mais profundo: a economia como disciplina não 'descreve' o mercado auto-regulado, mas antes o executa, isto é, o produz por imposição mais ou menos violenta daquilo que ele deve ser*" (Latour, 1999). Prossegue Latour, estabelecendo paralelismos entre Marx e Polanyi:

Acreditou-se que o marxismo desabou porque teria "politizado" indevidamente uma ciência exata, a saber, a economia liberal neoclássica. Querem nos fazer crer que, depois desse "desvio" político do marxismo, nada resta além de uma ciência

triumfante e indiscutível: a economia. Ora, tirar uma tal conclusão da terrificante experiência deste século que em breve termina seria juntar um terror novo àquele que se pretende explicar (Latour, 1999).

Em sua obra clássica de 1944 *A grande transformação: as origens da nossa época*, Polanyi (1980) considera o mercado um moinho satânico que tritura os homens, suas crenças e valores, seus habitats, sua identidade de ser integrado à natureza, sua própria condição humana. Citando Heckscher¹³, põe-se de acordo com a idéia de que a mente humana precisará de alguns séculos para dominar a compreensão dos fenômenos econômicos que permeiam o mercantilismo (Polanyi, 1980:54).

Sustentando que o sistema de mercado revela uma "*natureza inteiramente sem precedentes de um tal acontecimento na história da raça humana*" (idem *ibidem*:62), Polanyi parte da premissa de que, historicamente, antes do sistema de mercado, as relações econômicas entre os homens estavam imersas nas relações sociais e o sistema econômico, qualquer que fosse a forma de organização da sociedade, era conduzido por motivações não econômicas (idem *ibidem*:65).

Sua máxima observação, no tocante ao tema, é que o mercado, com seus padrões constituintes do sistema econômico de mercado, controlados pelo próprio mercado, torna-se diretor da organização da sociedade, como se esta fosse um mero acessório do mercado, conforme assinalamos no 1º capítulo desta tese. "*Em vez de a economia estar embutida nas relações sociais, são as relações sociais que estão embutidas nas relações econômicas*" (idem *ibidem*:77)

Nesse contexto, surge a questão da regulação do mercado, como variável imprescindível para ditar o rumo que o sistema econômico tomará em sua trajetória. Ou seja, a condição para o totalitarismo do sistema de mercado, a ponto de regular as próprias relações sociais, é a sua própria condição de auto-regulação. "*Uma economia de mercado é um sistema econômico controlado, regulado e dirigido apenas por mercados; a ordem na produção e distribuição dos bens é confiada a esse mecanismo auto-regulável*" (idem *ibidem*:89). Adam Smith e sua controvertida mão invisível, mais de dois séculos depois, enfim parece triunfar sem mais os grandes questionamentos de outrora.

Segundo Polanyi, estaríamos numa passagem da trajetória gradativa do mercado para uma onipresença totalitária, do mercantilismo para uma economia de mercado -

mercado dirigido por mercados - estabelecendo padrões, sistemas e mecanismos para se constituir numa sociedade de mercado, e, finalmente, chegarmos ao seu apêndice, uma civilização de mercado. "*Uma economia de mercado só pode existir numa sociedade de mercado*" (idem *ibidem*:93).

Sem entrar no mérito do comportamento psicossocial das massas, Polanyi acredita que a idéia de auto-regulação do mercado e sua harmonização automática com os interesses da comunidade, e portanto de cada indivíduo em si mesmo, leva o indivíduo a respeitar as leis econômicas, mesmo que o destruam (idem *ibidem*:107). Esse seria o processo subliminar que impregnou nossa consciência (idem *ibidem*:108). De certo modo, o movimento de cooptação da sociedade organizada, com a incorporação do capital social ao mercado, segundo vimos anteriormente na posição explícita do FMI e do Banco Mundial em relação ao tema, confere uma evidente coerência à análise de Polanyi. A posição de Kliksberg, entusiasta do capital social, corrobora esta observação:

El enraizamiento (*embeddedness*) de las relaciones económicas en las relaciones sociales encuentra en el capital social un modo de reducir los costos de transacción. Las relaciones de confianza y cooperación ayudan a superar problemas de información y transparencia, facilitando la ejecución de acuerdos (Kliksberg e Tomassini, 2000:116-117).

Ou seja, reconhecida a nova ordem com a onipresença do mercado, o capital social seria um mero instrumento de diminuição dos custos de transação. Resta saber a qual dos significados de custos de transação se está reportando e a quem será destinado o excedente decorrente da diminuição dos custos. Polanyi caminha por linha bem distinta.

Percorrendo os postulados dos economistas clássicos e pensadores do século XVIII que, de algum modo, debruçaram-se sobre a razão da pobreza, seus vínculos de equilíbrio com a prosperidade das nações (Ricardo, Adam Smith), seus limites na progressão das sociedades (Townsend, Malthus), seu utilitarismo-tampão nos conflitos sociais (Bentham, James Mill), Polanyi deposita em Owen a visão mais lúcida (sic) na sinalização de que a Revolução Industrial (e o seu corolário - o mercado) deveriam ser regulados, sob pena de se transformar em força devastadora, acarretadora de graves males (idem *ibidem*:157).

Continuando com sua hipótese, Polanyi contrapõe o seu "moinho satânico" com o pensamento liberal que, na direção oposta, em seu credo observa que as mazelas

do sistema de mercado estão justamente nos contramovimentos protecionistas de colorações ideológicas variadas, excessivamente reguladoras e, destarte, impeditivas de sua expansão e afirmação de suas "generosas" conseqüências (idem ibidem:176). Em outras palavras, o pensamento liberal, segundo Polanyi, atribui as dificuldades para que a economia de mercado resolva os problemas da humanidade, incluindo a miséria e as desigualdades sociais, ao excesso de regulação e ao excesso de Estado regulador.

O que o sistema de mercado tem de melhor, segundo o liberalismo econômico, não pôde florescer em sua maravilhosa plenitude pelo excesso de regulação, mas, segundo Polanyi, o que o sistema de mercado tem de pior não pôde ser mostrado em sua face diabólica, pelo mesmo motivo.

Embora Polanyi e Marx sejam profundamente anti-liberais, seus pensamentos são marcados por profundas diferenças ideológicas, em que ressalta o caráter não-marxista de Polanyi, especialmente quanto ao materialismo dialético como explicação dos fenômenos sociais históricos.

Bruno Latour reitera as profundas diferenças entre os enfoques de Polanyi e Marx:

Para Marx, como para os liberais que ele acreditava combater, a economia como coisa existe e serve de infra-estrutura indiscutível para o resto da vida social. Para Polanyi, pelo contrário, é justamente essa crença que permitiu o desenvolvimento do capitalismo, e uma economia política de esquerda deve justamente "evitar compartilhá-la". A ciência econômica nada mais é do que uma interpretação infeliz de fenômenos desencadeados por um erro (Latour, 1999).

Entretanto, a despeito das diferenças, no Manifesto do Partido Comunista de 1847, Marx e Engels, mesmo sem usar explicitamente a expressão, tratam do mercado também como um "moinho satânico":

A burguesia não pode existir sem revolucionar continuamente os instrumentos de produção e, por conseguinte, as relações de produção, portanto todo o conjunto das relações sociais [...] Todas as relações [...] com seu séquito de crenças e opiniões tornadas veneráveis pelo tempo, são dissolvidas, e as novas envelhecem antes mesmo de se consolidarem. Tudo o que é sólido e estável se volatiliza, tudo o que é sagrado é profanado [...] A necessidade de mercados cada vez mais extensos para seus produtos impele a burguesia para todo o globo terrestre. Ela deve estabelecer-se em toda parte, instalar-se em toda parte, criar vínculos em toda parte (Marx e Engels, 1990:69).

Pouco a pouco vai se consolidando uma ideologia do desenvolvimento sustentável fundamentada em relações sociais centradas no mercado e nas suas transações,

dependentes do compromisso e desempenho de parcelas significativas da sociedade investidas de responsabilidades decisórias na formulação e execução de políticas públicas e tendo como horizonte a incapacidade do Estado de resolver os problemas decorrentes da relação entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento produtivo.

[...] es preciso que los movimientos ecológicos emprendan una crítica profunda del sistema de mercado. Este sistema no cuenta con ninguna clase de mecanismo interno capaz de garantizar y asegurar la rehabilitación de los recursos naturales destruidos por el mercado mismo. Los costos de la destrucción se cargan sistemáticamente a las poblaciones que viven de los recursos naturales. Bajo estas condiciones el mercado es incapaz de responder a los requerimientos de la economía de la naturaleza y de la economía de subsistencia. La ideología del desarrollo económico basado en el mercado, define como "pobres" a las poblaciones que poseen los recursos naturales, porque no participan de la economía de mercado totalizadora, no consumen mercancías producidas y distribuidas a través del mercado, aún cuando puedan satisfacer sus necesidades a través de mecanismos de autosubsistencia. [...] El desarrollo como ideología se incorpora así a los mecanismos de dominación global del sistema capitalista. Crea la necesidad de apoyos financieros internacionales e incrementa las deudas externas. Controla los recursos naturales que sistemáticamente y de un modo ineluctable se transfieren de manos de las poblaciones locales a las del Estado y de las empresas multinacionales. Las condiciones de la incorporación al mercado determinan las formas de utilización de estos recursos: parques nacionales, reservas de la biosfera, empresas cooperativas, compañías privadas, etc. La integración a la economía global, marginaliza, subordina o destruye los procesos naturales y las economías de subsistencia. En todos los casos: los subordina a las necesidades de la reproducción del capital (Toledo, 1998:171-172).

Sabe-se que nada é novo, a história se reinventa. Nessa linha de discussão, poderíamos hoje citar como atual o que foi sentenciado há um século e meio:

Através da exploração do mercado mundial, a burguesia deu um caráter cosmopolita à produção e ao consumo de todos os países. Para grande pesar dos reacionários retirou debaixo dos pés da indústria o terreno nacional. As antigas indústrias nacionais foram destruídas e continuam a ser destruídas a cada dia. São suplantadas por novas indústrias, cuja introdução se torna uma questão de vida ou morte para todas as nações civilizadas – indústrias que não mais empregam matérias-primas locais, mas matérias-primas provenientes das mais remotas regiões, e cujos produtos são consumidos não somente no próprio país, mas em todas as partes do mundo. Em lugar das velhas necessidades, satisfeitas pela produção nacional, surgem necessidades novas, que para serem satisfeitas exigem os produtos das terras e dos climas mais distantes. Em lugar da antiga auto-suficiência e do antigo isolamento local e nacional, desenvolve-se em todas as direções um intercâmbio universal, uma universal interdependência das nações. E isso tanto na produção material quanto na intelectual. Os produtos intelectuais de cada nação tornam-se patrimônio comum. A unilateralidade e a estreiteza nacionais tornam-se cada vez mais impossíveis, e das numerosas literaturas nacionais e locais forma-se uma literatura mundial (Marx e Engels, 1990:69-70).

Nessa perspectiva, tendo o Estado provedor e garantidor, como parte cada vez mais secundarizada no processo do andar humano, a hegemonia do mercado e seus custos de transação vem se transformando no pano de fundo na condução das políticas públicas propostas para o desenvolvimento sustentável.

Tanto o desenvolvimento que conhecemos quanto o desenvolvimento sustentável como hoje está proposto são frutos da apropriação do mundo material por parte de uma minoria que conseguiu impor a sua vontade ao conjunto da humanidade. Ela atrela e subordina a sustentabilidade exclusivamente ao mercado e à ideologia que o sustenta (Leroy *et al*, 2002:18).

Apesar das ressalvas quanto às suas "ligações perigosas", às claras perante a mídia global o desenvolvimento sustentável tornou-se uma expressão "simpática", aceita pela população, adotada pelos governos, introjetada no imaginário simbólico de grande parte da intelectualidade, gerando, pode-se dizer, um caos teórico-metodológico sobre suas características, formulações, encaminhamentos e desdobramentos. Posicionar-se contra uma política tida como de sustentabilidade é como colocar-se contra a própria vida no planeta. Desviou-se o foco essencial da discussão, em que se retira do debate midiático o modelo de desenvolvimento como questão de fundo, ao considerá-lo como fato consumado. O centro do debate passou a ser a sustentabilidade, em si mesma, como coisa benfazeja, benvinda e a ser alcançada a qualquer custo, sem se debater publica e amplamente com a mesma ênfase a capacidade de sustentar a sustentabilidade. Bem analisada por diversos autores, a capacidade de se conferir sustentabilidade, de per si, ao desenvolvimento é limitada, segundo a lei da entropia.

A entropia [...] se caracteriza justamente por dar conta de um fenômeno qualitativo: a mudança de um estado (baixa entropia) para outro (alta entropia). A sustentabilidade material do processo econômico repousa nesse limite qualitativo, na baixa entropia (energia e estruturas materiais ordenadas) disponíveis no início do processo, frente à alta entropia (energia e estruturas materiais dispersas) resultante no final do processo (Stahel, 1994: 108).

Georgescu-Roegen (1995) um dos estudiosos mais relevantes das leis da termodinâmica que embasam o equilíbrio entrópico do planeta assinala como paradoxo a relação entre desenvolvimento econômico e sustentabilidade. "*Au travers de ce paradoxe du développement économique, nous pouvons saisir le prix dont l'homme doit payer le*

privilège unique que constitue sa capacité de dépasser ses limites biologiques dans sa lutte pour la vie" (p.53).

Por outro lado, questionar o desenvolvimento econômico-produtivo implica, em algum momento, incursionar por teorias-tabu, especialmente no nosso meio acadêmico, como as teorias malthusianas de controle do crescimento populacional. Parece ser o caso do próprio Georgescu-Roegen (Corazza, 2005).

No caminho que vem sendo trilhado pelas teorias do desenvolvimento sustentável observa-se uma complexa (às vezes confusa) imbricação entre formulações tão distintas quanto a da linha da física termodinâmica, a linha da política social e distribuição de riqueza a partir do crescimento econômico, a linha de suposto equilíbrio pelo binômio natureza sustentada/crescimento sustentável e tantas mais. Todavia, observa-se que na imbricação de todas as variáveis estão sempre presentes: o mercado global como pano de fundo da condução das políticas públicas; a participação da sociedade sob novas rubricas, das quais se destaca o capital social; e a supressão do Estado como condutor das políticas.

Desenvolvimento sustentável - as teorias e as explicações

A trilha seguida acabou por confundir desenvolvimento sustentável com ecologia, ambientalismo e outras eco-manifestações, o que acarretou uma centralização exacerbada do olhar sobre o meio ambiente "externo" aos processos produtivos, que não resiste ao olhar epistemológico. Variáveis visceralmente ligadas aos processos produtivos e seus modelos de organização, em contextos políticos, sociais e econômicos diversos foram secundarizadas e subvalorizadas no processo de construção teórica do desenvolvimento sustentável, ou, no mínimo, subestimadas.

A extrema complexidade do tema e o intenso grau de interdisciplinaridade requerido para a sua abordagem colocam o desenvolvimento sustentável numa zona de sombra entre ideologia, utopia, ciência e ação política, no turbulento contexto de sociedades produtivas. "*A necessidade de uma estratégia epistemológica para a interdisciplinaridade ambiental adquire sentido para enfrentar as ideologias teóricas geradas por uma ecologia generalizada e um pragmatismo funcionalista*" (Leff, 2000:25).

O ambiente interdisciplinar com a característica de estratégia epistemológica não se mostra com a devida clareza, tanto no meio da produção de conhecimentos quanto nos espaços sociais de debate.

[...] se a gente chega lá em Minas Gerais, numa venda, e quer comprar duas rapaduras, um coco, uma garrafa de cachaça e uma caixa de fósforo, o vendedor diz que não vende porque não dá "embrulho", não dá para embrulhar. O conceito de desenvolvimento sustentável, num primeiro momento, não dá "embrulho". Ele é algo sobre o qual existe tanta diversidade de opinião e de prática que ele deixa de ser exitoso, de ter alguma vantagem na sua utilização (Vargas Neto, 2005: online).

Nas diversas teorias sobre o desenvolvimento sustentável que vêm se delineando, ao longo do tempo, observa-se uma miscelânea entre teorias formuladoras de base científica, nascidas segundo o paradigma de suas capacidades de previsibilidade, exatidão, comprovação, reprodutibilidade e refutabilidade (Popper, 1975) e correntes de atuação política, nascidas segundo o enfoque da luta pelo desenvolvimento sustentável proposto por essas próprias correntes. Umhas e outras, teorias e correntes, misturam-se, confundem-se e se "parasitam" entre si. Esta é a principal razão, a nosso ver, para que não haja uma classificação e uma sistematização razoável sobre teorias do desenvolvimento sustentável. *"The many different interpretations of sustainable development are confusing. To help make sense of them we are suggesting a mapping methodology based on combining environmental and socioeconomic issues"* (Hopwood et al, 2005:41).

Gallopin (2003) relaciona 12 (doze) pontos de vista teóricos sobre o desenvolvimento sustentável. Com base em vários autores e tendo como fonte o trabalho de Bergh e Jeroen¹⁴ relaciona as teorias: (1) neoclássica-equilíbrio; (2) neoaustriaca-temporal; (3) ecológico-evolutiva; (4) tecnológico-evolutiva; (5) físico-econômica; (6) biofísico-energética; (7) sistêmico-ecológica; (8) engenharia ecológica; (9) ecologia humana; (10) sócio-biológica; (11) histórico-institucional; (12) ético-utópica (Gallopin, 2003:25-26). São teorias que se entrecruzam entre si nas diversas formas de abordagem e, como assinalamos, elencam características, ora na linha de medidas técnicas de controle de funções e sistemas, ora na linha de medidas de caráter social e respeito à cultura, por exemplo. Sem questionar a validade de sistematizações desse tipo e a interação entre ciência, propriamente dita, cultura, sociedade e luta política, o ponto que emerge é a complexidade da abordagem do tema que deixa antever a dificuldade de se estabelecer

teorias "enxutas" que sejam capazes de dar conta das diversidades implicadas no desenvolvimento sustentável. Em outras palavras, o desenvolvimento sustentável corre atrás de uma teoria melhor definida em seus contornos e proposições.

Hopwood, Mellor e O'Brien (2005) num esforço de demarcar diferentes enfoques teórico-metodológicos do desenvolvimento sustentável traçam um mapa com 2 grandes eixos. Um eixo de preocupações socioeconômicas associadas ao bem-estar e à igualdade e outro eixo associado mais diretamente a preocupações ecológicas. Mais próximo do 1º eixo teríamos os movimentos anticapitalistas, ecossocialistas e de justiça ambiental; próximos ao 2º eixo teríamos o movimento da *deep ecology*¹⁵ e o ecofascismo¹⁶ (Hopwood *et al*, 2005:41).

A dificuldade de se estabelecer parâmetros sistematizadores dos enfoques teóricos sobre o desenvolvimento sustentável, desde sua primeira incursão conceitual mais conhecida de ecodesenvolvimento, ainda com a roupagem de política é bem grande.

Foi o canadense Maurice Strong que usou em 1973 pela primeira vez o conceito de ecodesenvolvimento para caracterizar uma concepção alternativa de política do desenvolvimento. Ignacy Sachs formulou os princípios básicos desta nova visão do desenvolvimento. Ela integrou basicamente seis aspectos, que deveriam guiar os caminhos do desenvolvimento: a) a satisfação das necessidades básicas; b) a solidariedade com as gerações futuras; c) a participação da população envolvida; d) a preservação dos recursos naturais e do meio ambiente em geral; e) a elaboração de um sistema social garantindo emprego, segurança social e respeito a outras culturas, e f) programas de educação. As idéias do ecodesenvolvimento não podem negar a sua relação com a teoria do *self-reliance*, defendida nas décadas anteriores por Mahatma Gandhi ou Julius Nyerere. [...] Sachs usa hoje freqüentemente os conceitos ecodesenvolvimento e desenvolvimento sustentável como sinônimos (Brüseke, 1994:29-30).

Em 1994, em época ainda bastante precoce para o delineamento de teorias mais "acabadas", Rhode (1994), a propósito dos princípios científicos para a sustentabilidade, assinalava:

A possibilidade da construção de uma sustentabilidade deve levar em conta os princípios extraídos dos recentes avanços nos paradigmas e teorias científicas, uma vez que a insustentabilidade atual foi resultante, em grande parte, do conhecimento superado anterior, inadequado, de convivência com o meio ambiente. Os princípios filosófico-científicos, emergentes dos novos paradigmas e teorias, que podem tentativamente compor a base para a construção da sustentabilidade, são os seguintes: contingência; complexidade; sistêmica; recursividade; conjunção; interdisciplinaridade (Rhode, 1994:51)

Em síntese, Rhode considerava, como princípio da contingência "*a forma das propriedades emergentes dos sistemas principalmente vivos que não estão previstas pelo somatório particular das partes que os compõem*". Como princípio de complexidade aquele que *deve fazer frente à irracionalidade e a racionalidade, às racionalizações, incerteza e ambigüidade*". Como princípio de sistêmica aquele que "*engloba a perspectiva cibernética, a abordagem holística quanto à totalidade, além de incluir aspectos sobre autonomia e integração*". O princípio da recursividade como aquele que "*põe a organização ativa como sinônimo de reorganização permanente*". Como princípio de conjunção "*a articulação dos campos do conhecimento, dos saberes e das abordagens, permeando todos os paradigmas científicos novos*" e, finalmente, o princípio da interdisciplinaridade "*como espécie de correção para o estilhaçamento da razão nas diversas racionalidades hoje existentes*" (Rhode, 1994:51-53).

Nessa linha, a configuração de um novo paradigma da sustentabilidade vai se conformando, muito mais como *policy-making* do que teoria de base científica propriamente dita.

Funtowicz e Ravetz (2000), em parte, dão nova diretriz ao paradigma da sustentabilidade trabalhando na perspectiva de uma ciência pós-normal, lidando com variáveis em que a ciência normal não soluciona, tais como incertezas, controvérsias, apostas (*stakeholders*) e decisões (*decision-making*), estes últimos ligados diretamente à condução das políticas.

Em síntese, a ciência pós normal teria sua aplicabilidade, na medida em que

[...] los análisis científicos no son suficientes para determinar las exigencias de sustentabilidad sin ambigüedades. Esto es en parte porque la mayoría de los problemas ambientales se caracterizan por un estado fluido e incompleto de conocimiento científico, acompañado por impredecibilidades inherentes a los sistemas complejos (Funtowicz e De Marchi, 2000:69).

Joan Martinez-Alier (2005) faz novas aproximações ao estabelecer relações entre Ecologia Política e Economia Ecológica, analisando a permanente presença de conflitos ambientais, nos níveis global e local. Afora a aproximação filosófica e sociológica (M'Gonigle, 1999), o pareamento entre os dois campos, com a busca de soluções pela via da justiça ambiental traria um aporte à sustentabilidade: "*Movements for "environmental justice" may become a strong force for sustainability. On the contrary, if claims for*

environmental justice are almost never successful, then a potential force for sustainability is being repressed and wasted" (Martinez-Alier, 2005:23).

Baseando-se em observações de Martinez-Alier, Porto (2005, 2006) menciona três vertentes do ambientalismo e, por extensão, do desenvolvimento sustentável.

I - Vertente conservacionista, é marcada por uma visão preservacionista e romântica da natureza, a qual despreza a dimensão humana e social da questão ambiental, focando sua preocupação exclusivamente na preservação das florestas, da biodiversidade e dos animais em extinção;

II - "Evangelho da eco-eficiência", prioriza a internalização de custos e práticas gerenciais ambientais "limpas" à lógica do desenvolvimento capitalista, colocando nas mãos das instituições, especialistas e tecnoburocracias a responsabilidade pela implementação dos critérios e políticas que conduzirão ao "desenvolvimento sustentável";

III - O movimento pela justiça ambiental – ou ambientalismo popular vem se colocando como alternativa crítica às duas outras correntes hegemônicas no interior do movimento ambientalista (Porto, 2006:online).

A vertente da Economia Ecológica, em que sobressai o enfoque biodiversidade-resiliência, é particularmente enfatizada pelo Pnuma - Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente: "[...] *la esencia de la sustentabilidad ecológica es el **cambio y la adaptabilidad***" (Toledo, 1998:111) (grifei).

Nesse contexto, a biodiversidade asseguraria a resiliência e esta, com sua capacidade de recuperação de seu estado original após um estado de tensão (fenômeno do elástico), asseguraria a sustentabilidade do desenvolvimento (idem *ibidem*). De certo modo, essa linha teórica se contrapõe à lei da entropia, pela provável incapacidade de a resiliência fazer frente à alta entropia gerada no final da linha dos processos produtivos.

Observando a determinação da política na conformação do paradigma da sustentabilidade, Porto (2005) assinala:

Uma ecologia política propicia entender os riscos ambientais a partir das dinâmicas de poder envolvidas na dialética entre centro e periferia e as tendências históricas que propiciam ou revertam tendências de centralização social e hierarquização institucional, as quais estão na base das vulnerabilidades das populações mais expostas. Significa também propor e implementar estratégias de ação que reconfigurem as relações de poder em direção a sociedades mais justas, democráticas e ecologicamente sustentáveis. É nesse sentido que devemos entender a importância das metodologias participativas, da democratização dos processos decisórios e do movimento pela justiça ambiental (Porto, 2005:835).

Seguimos observando que não se tem uma teoria pronta para e sobre o desenvolvimento sustentável, além de que as confluências teórico-metodológicas seguem na direção de tomada de decisões, no nível político, com participação social e atribuições de direito e justiça.

Os 12 marcos teóricos assinalados por Gallopín (2003), o Ecosocialismo e seus movimentos derivados, as vertentes teóricas que utilizam a lei da entropia e o equilíbrio termodinâmico do planeta, a Ecologia Política, a Economia Ecológica, o movimento da Justiça Ambiental e sua atenção aos grupos vulneráveis, no âmbito de uma ciência pós-normal, deixa entrever uma crise de paradigma (Kuhn, 1972), não solucionada, sinalizando para um debate aberto e multifacetado.

Nessa crise de paradigma, considerando que "*as relações entre a produção, o trabalho, a saúde e o ambiente configuram uma faceta crítica da realização histórica da ideologia do desenvolvimento / industrialização*" (Rigotto, 2004), é curioso observar como o foco do desenvolvimento sustentável é autocentrado na questão do meio ambiente, com requintes de exclusividade.

Trata-se, tudo indica, de um viés analítico com a flagrante perda do referencial trabalho/produção como ponto de partida e, provavelmente, de chegada, capaz de conferir à sustentabilidade do desenvolvimento características éticas e técnicas aparentemente relegadas a um plano secundário.

Em síntese, no debate desenvolvido até agora demarcamos como seus pontos de crise:

- o desenvolvimento sustentável conforma uma ideologia "adaptativa" do capital, frente à sua incapacidade de solucionar o problema decorrente de sua expansão permanente e ilimitada, segundo sua própria natureza de acumulação e busca de alternativas para sua manutenção e reprodução;
- os conflitos decorrentes do desenvolvimento econômico-produtivo e a concentração não solucionada de riqueza/pobreza foram transferidos da esfera da luta de classes para a luta ecológica, com flagrante perda do referencial socialista e, no limite, perda do referencial social-democrata e dos Estados de *welfare*;

- a ideologia do desenvolvimento sustentável, no contexto da globalização econômica, propiciou o surgimento de uma nova esquerda descomprometida com suas ideologias originais;

- a nova esquerda emerge como cúmplice de um desenvolvimento sustentável em plena crise de paradigma e clara afeição ao mercado e a um novo capitalismo;

- o Estado vem dando lugar a um "autoritarismo" do mercado, de dimensões globais, com o consentimento (e parceria) de parcelas significativas da sociedade organizada, sob o argumento da participação social e a configuração de uma nova forma de capital - o capital social;

- a produção teórica, científica e acadêmica, não dá mostras de solucionar a crise de paradigma de que se reveste a sustentabilidade, trabalhando com inúmeras variáveis que, via de regra, deságuam praticamente apenas na ação política de caráter fundamentalmente ambientalista;

- a ideologia da sustentabilidade vai se firmando de forma crescente com um caráter de fundamentalismo político, social e teórico-científico;

- a categoria trabalho, explicativa e central no binômio desenvolvimento econômico-produtivo, encontra-se desfocada do olhar da sustentabilidade, em suas diversas vertentes teóricas e correntes de luta.

Notas

1 - *Folha de São Paulo*. Caderno Mais! Domingo, 14 de março de 2004.

2 - Algumas variáveis do ecobusiness - negócio do futuro: Disponível em <http://www.google.com.br/search?as_q=desenvolvimento+sustent%C3%A1vel&num=100&hl=pt-BR&btnG=Pesquisa+Google&as_epq=neg%C3%B3cio+do+futuro&as_oq=&as_eq=&lr=&as_ft=i&as_fil etype=&as_qdr=all&as_occt=any&as_dt=i&as_sitesearch=&as_rights=&safe=images> Acesso em 30/08/2006.

3 - A Guerra Fria simboliza a disputa entre o bloco capitalista, liderado pelos Estados Unidos, e o bloco socialista, liderado pela União Soviética, no período após a 2ª Guerra Mundial, pela hegemonia política, ideológica e econômica de influência sobre os demais países. Durante aproximadamente 40 anos, com a ameaça constante de conflito nuclear entre os dois blocos, a Guerra Fria teve como principais marcas:

- a posição de Harry Truman, sucessor do presidente americano Franklin Delano Roosevelt, de contenção da expansão comunista (seguindo a doutrina de George Kennan);
- a posição de Winston Churchill e o seu célebre discurso nos EUA, em Fulton - Missouri, a 5 de março de 1946, quando conchama a Grã-Bretanha e os EUA a enfrentarem a expansão do comunismo soviético que estendia uma "Cortina de Ferro" (Iron Curtein) sobre os países do Leste Europeu, sob sua influência;
- a criação do muro de Berlim, dividindo a Alemanha derrotada em dois países - a Alemanha Ocidental, capitalista e a Alemanha Oriental, comunista;
- o Plano Marshall de auxílio de US\$ 13 bilhões aos países europeus no pós-guerra, para sua reconstrução e contenção da expansão comunista;
- o macartismo, doutrina anti-comunista do senador republicano Joseph McCarthy, que perseguia os cidadãos americanos que pudessem ter alguma ligação com o comunismo - a chamada "caça às bruxas";
- a criação da OTAN - Organização do Tratado do Atlântico Norte, dos países do bloco capitalista e do Pacto de Varsóvia, dos países do bloco socialista, ambas organismos estratégicos de defesa mútua;
- a corrida armamentista e a corrida espacial;
- a Guerra da Coreia e a Guerra do Vietnam;
- a implantação de ditaduras militares na América Latina, com a ajuda norte-americana, para contenção do comunismo;
- a crise dos mísseis em Cuba.

Calcula-se que os custos da Guerra Fria tenha sido de US\$ 17 trilhões de dólares. O símbolo do final da Guerra Fria é a queda do Muro de Berlim, em 1989, com a reunificação da Alemanha.

Disponível em: <<http://www.suapesquisa.com/guerrafria/>>; <<http://www.guerras.brasilecola.com/guerrafria/>>;

<http://educaterra.terra.com.br/voltaire/mundo/guerra_fria2.htm> Acesso em: 24 de julho de 2006.

4 - Clube de Roma - *"Em 1968, o economista italiano Aurélio Peccei reuniu em Roma um grupo de cientistas, industriais, economistas, educadores e políticos para estudar os fundamentos da crise pela qual passava a civilização. De acordo com a avaliação do grupo, que ficou conhecido como "Clube de Roma", o problema possuía diversas manifestações, como a expansão urbana, a perda de fé nas instituições, a rejeição dos valores tradicionais, a deterioração econômica e os danos ambientais. Estes aspectos eram identificados como componentes que interagem de maneira muito complexa para serem tratados isoladamente"* (Corazza, 2005). Ver também <<http://esc.clubofrome.org/brasil/organisation/index.html>>

5 - Glasnost - Trechos do artigo de Chauvier, J-M, 2005. Revisitando a Perestroika in *Le Monde Diplomatique* - Edições mensais, jun 2005. [...] *Na primavera de 1985, "o impensável" aconteceu: o Kremlin mudou de rumo. Do alto do "torreão" da fortaleza vermelha surge Mikhail Gorbatchev, o homem cuja obra mudará a face do mundo. O regime brejneviano se afundava desde 1968 no conservadorismo, na corrupção, no aventureirismo militar no Afeganistão e... na gerontocracia. [...] No decorrer do ano anterior, Gorbatchev havia preparado minuciosamente sua imagem de "renovador" por meio de apelos a uma "reformulação de toda a vida econômica, social, cultural". Em Londres, pronunciara, diante de Margaret Thatcher, um "credo" raro para um dirigente soviético: "A Europa é nossa casa comum. Casa, e não teatro de operações militares". O sinal verde para a "reforma radical" seria dado na plenária do Comitê Central, em abril de 1985 e, depois, no XXVII Congresso, em fevereiro de 1986. Na realidade, foi a opção da cúpula da nomenklatura por uma renovação cautelosa. As cabeças pensantes – os mejdunarodniki (internacionais) do Comitê Central e da diplomacia, os economistas dos centros científicos*

da Sibéria e de Moscou – manejavam discretamente idéias mais audaciosas. Preparam muito mais que uma “reforma”. [...] Os “anos da glasnost” propagam então valores “alternativos”, socialistas, humanistas, ecológicos. Dessas “cem flores” só iria sobreviver o que tinha valor comercial. Uns guardarão delas um último sopro de utopias antes de se enterrarem todas as ilusões e outros, o advento das liberdades. Questão de perspectiva, ou de interesse. Uma visão retrospectiva “politicamente correta” da perestroika faz dela uma sala de espera, cheia de poetas divertidos, antes do embarque para o Mercado salvador. No período 1985-1987, os autores da prosa do futuro avançam disfarçados. Eram os “comerciais” do Komsomol, das empresas que se tornaram autônomas, das “cooperativas” privadas, das joint-ventures, das redes mafiosas. Trata-se do viveiro dos futuros oligarcas do capital financeiro, que logo tomariam posição em Chipre, em Gibraltar, na Suíça. Há os atores externos. O presidente norte-americano Ronald Reagan lança sua Iniciativa de Defesa Estratégica (IDS) diante do “império do Mal”. Ele jurou que “poria de joelhos” a potência soviética. Departamento de Estado, CIA, Congresso norte-americano, rádios Free Europe e Svoboda e múltiplas fundações se entregam à luta contra o comunismo. Foi em 1983 que se criou o Endowment for Democracy, um dos órgãos coordenadores das recentes “revoluções” na Geórgia, na Ucrânia, no Quirguistão etc. Um apoio moral e financeiro foi dado aos dissidentes do Leste, ao movimento polonês Solidarnosc, à resistência afegã e a suas redes “islamistas”, seguindo a estratégia precavida de Zbigniew Brzezinski. Sem esquecer o papel histórico do papa João Paulo II. A Assembléia Mundial contra o Comunismo (WACL), a Liga das Nações “Antibolchevistas” (onde eram muito atuantes os emigrantes nacionalistas bálticos e ucranianos), a seita Moon e outras minorias da direita autoritária também fizeram parte da “frente”.

Para ler o artigo completo: Disponível em <<http://diplo.uol.com.br/2005-06,a1124>>

6 - Os autores fazem menção ao trabalho de Rifkin, J, 1996. O Fim dos Empregos. Editora Makron Books, São Paulo.

7 - Reportagem de Ana Paula Marra e Julio Cruz Neto, da Agência Brasil.

Disponível em <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/12/11/materia.2006-12-11.9249927080/view>>

Acesso em 08/01/2007.

8 - Efetuei consulta ao Banco Central em 10/10/2006, com o seguinte teor: "Por favor, desejo uma informação para uma pesquisa que faço na Fundação Oswaldo Cruz. Não consegui resposta junto à Receita Federal. As organizações sem fim lucrativo, tipo ONG, com receita superavitária podem acumular ativos financeiros? Em que modalidade de poupança? Fundos próprios? Podem transferir ou reinvestir? O Banco Central regulamenta essas atividades financeiras? Onde posso obter mais informações sobre o tema? Muito obrigado."

A seguir a resposta em 01/11/2006: "Prezado Sr. Luiz: Não há norma do Banco Central que trate do assunto. Atenciosamente,



Secretaria de Relações Institucionais / Divisão de Atendimento ao Público RC"

9 - Disponível em <<http://www.procidadania.org.br/noticias/index.php?id=51>> Acesso em 15/11/2006.

Ver também <<http://www.ajudabrasil.org/noticias.asp?idnoticia=1619>> Acesso em 15/11/2006.

10 - Algumas referências significativas desses autores:

Jacobs, J, 1961. The death and life of great American cities. New York, Random Books.

Bourdieu, P, 1983. Forms of capital in Richards, JC ed. Handbook of theory and research for the sociology of education, New York, Greenwood Press.

Coleman, JC, 1988. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 94: S95-S120.

11 - O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador composto que mede o avanço médio de um país em função de 3 dimensões básicas: vida longa e saudável (medida segundo a esperança de vida ao nascer); educação (medida pela taxa de alfabetização de adultos e a taxa bruta combinada de matrícula no ensino primário, secundário e terciário); e o nível de vida digno medido pelo PIB (Produto Interno Bruto) per capita (Pnud, 2005:238).

12 - Em 1975 foram avaliados 102 países, e em 2003, 177 países (Pnud, 2005).

13 - Eli F. Heckscher (1879-1952), sueco, especializou-se em História do Pensamento Econômico e tornou-se conhecido por ter redigido, em 1919, o artigo que gerou o modelo "Heckscher-Ohlin-Samuelson" de comércio internacional. Principais publicações: *The Continental System: An economic interpretation*, 1918; *The Effect of Foreign Trade on the Distribution of Income*, 1919; *Ekonomisk Tidskrift Mercantilism*, 2 volumes, 1931; *An Economic History of Sweden*, 1954.

14 - Gallopin sistematiza 12 teorias de desenvolvimento sustentável, citando Bergh van den e Jeroen, *CJM*, 1996. *Sustainable development and management* (p.53-79), publicado em *Ecological Economics and Sustainable Development: Theory, Methods and Applications*. Edward Elgar Publishing, Cheltenham, Reino Unido.

15 - Simplificadamente, o conceito de *deep ecology* está relacionado a uma visão ambientalista de radicalização da identidade da natureza, contrapondo-se, de certo modo, à idéia humana de apropriação da natureza, salvo para suprir suas necessidades essenciais. Maior detalhamento, ver em <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=974>

16 - O ecofascismo é uma forma pejorativa de rotular um movimento próximo ao da *deep ecology*, cuja atuação se aproxima de correntes políticas de direita.

Capítulo 3

Apontamentos sobre Saúde do Trabalhador: em busca do conceito perdido

A reapropriação operária dos modelos técnicos (e de tecnologia neles compreendidos) é o momento fundamental da mudança da organização do trabalho. Estar consciente do valor desta reapropriação significa assumir que a mudança está em curso, pois a classe operária, ao modificar as relações tradicionais entre técnicos e operários sobre as definições dos modos de produção, deu início à superação da divisão social do trabalho (Oddone *et al*, 1986:113).

A categoria Saúde do Trabalhador

A expressão Saúde do Trabalhador - ST, com a conotação de campo de conhecimentos vinculado a uma área ou programa de saúde, é relativamente recente, em que podemos demarcar seu surgimento no final dos anos 1970, no Brasil, quando ela é recepcionada pelo discurso da saúde coletiva, especialmente após o início dos debates da reforma sanitária brasileira.

Influenciada pelo movimento da reforma sanitária italiana, de forte inspiração operária, e moldada nos pilares da medicina social latino-americana, a expressão ST foi ganhando contornos de campo de conhecimentos e de intervenção ligados aos determinantes do processo saúde-doença oriundos nos processos produtivos e suas implicações sociais diretas e indiretas sobre os trabalhadores, suas vidas e suas famílias.

Até então, as referências técnico-científicas e político-institucionais sobre as questões da relação saúde-trabalho repousavam, exclusivamente, sobre os campos da Medicina do Trabalho - MT e da Saúde Ocupacional - SO, compreendida nesta última a própria MT e outros campos afins, como a Engenharia de Segurança, principalmente, e, por extensão, a Ergonomia, que também pode ser considerada como campo de conhecimentos incluído no espectro da Saúde Ocupacional.

De forma sintética, a novidade superante da Saúde do Trabalhador aos conceitos clássicos da MT e da SO, os campos tradicionais de atuação, ficou inicialmente por conta da incorporação de algumas variáveis que foram moldando uma nova categoria de análise. Dentre estas, podemos destacar:

- a ampliação do objeto de intervenção sobre a produção *stricto sensu* (processos e ambientes de trabalho), incorporando outras variáveis sociais, econômicas etc.;

- a sujeição dos determinantes à capacidade de intervenção da saúde pública;
- a incorporação do trabalhador, enquanto sujeito e protagonista, ao desenvolvimento do campo de produção de conhecimentos e de intervenção; e, entre outras diferenças conceituais,
- a superação do limite contratual do trabalho como enfoque normativo de garantia da saúde no exercício cotidiano de trabalhar.

Contudo, essas variáveis eram e são ainda modestas pelo que o campo da ST representa, enquanto paradigma sanitário revolucionário e de vanguarda, a que poucos ainda se dedicam a (re)visitar e incorporar como filosofia de compreensão, plano e ação no espectro da saúde pública. Assim, a revisitação do conceito neste trabalho se propõe a algumas reflexões, justificadas pela revisão bibliográfica acerca do tema, tentando desmistificar algumas questões conceituais cristalizadas, ao longo do tempo, como espécie de dogmas. E, ainda, buscando uma compreensão mais larga de sua abrangência conceitual.

Pouco a pouco, estabelecemos pontos que compõem o que chamamos de paradigma da ST, como expressão complexa de um campo de variáveis ideológicas, técnicas, científicas, políticas, sociais, culturais e institucionais, sempre embutidas no espectro de atuação das políticas públicas de saúde e, por vocação, das políticas de desenvolvimento do país. O ponto de partida e de chegada é a base conceitual da expressão.

Primeiros surgimentos

Foi na 2ª metade dos anos 1980 que começam a surgir, no Brasil, análises mais sistematizadas sobre o campo da ST, na perspectiva de sua inclusão como conjunto de práticas no âmbito da saúde pública e, nesse contexto, alvo de políticas públicas na esfera das instituições de saúde e, posteriormente, do sistema nacional de saúde ou, para ser mais preciso no caso brasileiro, do Sistema Único de Saúde.

À época, vinham se constituindo iniciativas pontuais de sua inclusão nos serviços de saúde com a criação de Programas de Saúde do Trabalhador - PST em algumas cidades brasileiras, especialmente no Estado de São Paulo. Em clássica publicação, Costa e colaboradores (1989), reportando-se às décadas de 1970 e início da de 1980 e

considerando 1984 como ano chave de uma "nova safra" desses programas, analisam essas experiências:

O surgimento dos programas de saúde dos trabalhadores e algumas mudanças de comportamento dos órgãos de fiscalização ... são expressões das alterações que se vêm processando na relação capital/trabalho ... são esclarecedores em demonstrar a falência do velho sistema (saúde e fiscalização) e o surgimento das novas ações (Costa et al, 1989:28).

Eram experiências ainda tateantes, reflexo, talvez, da ausência de uma produção literária mais sistematizada que lhes embasasse teoricamente e as situasse em parâmetros metodológicos de ação. Praticamente toda a produção literária acadêmica que servia como balizamento teórico para a formulação e condução das práticas de ST situava-se no campo da MT e da SO (*Occupational Health* na literatura internacional). Este fato explica, em parte, o imbróglio conceitual, pelo que até hoje muitos se referem à ST como etapa evolutiva da MT e da SO.

Ou seja, como é constantemente referenciado, estaríamos seguindo um percurso histórico em que a MT e a SO, campos de atuação técnica, política e institucional já bem constituídos e reconhecidos internacionalmente, pouco a pouco seriam substituídos pela ST. Não é esse o nosso entendimento.

A ST, enquanto área própria e singular no campo de atuação da saúde pública, foi se consolidando como escoadouro de idéias reformistas na saúde, na década de 1980, em que a vertente saúde-trabalho ganhou relevo após décadas de esquecimento no debate sobre as políticas públicas brasileiras de saúde, ou melhor dizendo, sobre as políticas brasileiras de saúde pública. Estas, no seu trajeto histórico por dentro do aparelho de Estado brasileiro, identificadas com um chamado sanitarismo ou movimento sanitarista, por sua vez, sempre representou uma espécie de corrente política defensora de um tipo de saúde contra-hegemônica ao imaginário da saúde como "aparelho de tratamento de doenças".

Analisando o movimento sanitarista brasileiro do início do século, Luiz Antonio de Castro Santos (1985) considera-o fortemente vinculado à construção de uma identidade nacional, e relaciona diversas questões que se erigiam como bandeiras do sanitarismo. Tendo a questão do saneamento como alvo prioritário das políticas públicas, a relação entre miséria e doença dava o tom discursivo do movimento.

Ou seja, desde o início da proposição de políticas de saúde pública que se configuraram no aparelho de Estado brasileiro, os desenhos organizativos e suas especificidades não levavam em consideração na condução dessas políticas as relações entre trabalho e doença.

Se refletirmos sobre uma genealogia da saúde pública, que tem nas suas primeiras linhagens de conformação política um foco fortíssimo na questão da saúde dos trabalhadores, observamos que não se encontra ao longo do tempo qualquer identificação da relação saúde-trabalho como problema considerado nas políticas de saúde pública.

Não obstante, Wanderley Guilherme dos Santos em *Décadas de Espanto e uma Apologia Democrática* (1998), analisando os conflitos gerados no processo de acumulação em que incumbe ao Estado administrar e estabelecer procedimentos legais e administrativos para "domá-los", utiliza como eixo balizador a questão da saúde no trabalho na perspectiva histórica. Trabalhando com o reconhecimento e a regulamentação de profissões, o autor observa, que os primeiros movimentos "legiferantes" brasileiros dizem respeito, direta ou indiretamente, à questão da saúde no trabalho, especialmente à reparação dos danos.

Antes mesmo da abolição do sistema imperial e logo após a extinção formal do sistema escravista, surge a primeira lei amparando os empregados das estradas de ferro do Estado (lei 3.397, de 24 de novembro de 1888), sob a forma de Caixa de Socorro, isto é, provendo pequena ajuda durante períodos de doença, mas, sobretudo, garantindo digno e cristão auxílio-funeral (Santos, 1998:71).

Estabelecendo um paralelismo, em sua análise, entre políticas sociais compensadoras e o processo de acumulação, a questão da saúde no trabalho ganha relevância quando o autor assinala que "*apenas a regulamentação dos acidentes de trabalho foi conquistada antes da data que se considera, simbolicamente, como o início de uma política social e previdenciária no Brasil*" (idem *ibidem*:75). No caso, o autor está se referindo ao Decreto-lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919, ano em que, não por coincidência, foi criada a Organização Internacional do Trabalho - OIT.

Assim como em outros países, se a questão da saúde no trabalho no Brasil foi paradigmática para a constituição de acervos legais, jurídicos e administrativos na conformação de políticas sociais, é instigante pensar o porquê da sua marginalidade ou

exclusão do mundo da saúde pública, sendo o problema tão grave como determinante de indicadores de morbidade, mortalidade e problemas sociais diversos.

Causa estranheza, ainda hoje, que os impactos sociais, econômicos e políticos resultantes das relações saúde-trabalho, historicamente bem estabelecidos e claramente extrapolando o limite da responsabilidade vinculada às instâncias trabalhistas, previdenciárias e privativas das relações contratuais de trabalho, não sejam alvo do mundo da saúde pública.

Corroborava, ainda, essa estranheza, a manutenção de um *status* não sanitário da questão da saúde do trabalhador, mesmo depois que o citado decreto-lei de 1919, que estabelecia a responsabilidade potencial do empregador pelos acidentes de trabalho, antes inspirada na teoria objetiva do risco profissional (em que o acidente é considerado como risco inerente ao trabalho), após sucessivas modificações perde esse caráter de risco profissional objetivo para alcançar a condição de risco social com a Lei nº 5.316, de 14 de setembro de 1967 (que *integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências*). Assim, a incorporação de um caráter social do risco à saúde no trabalho não foi capaz de conferir relevância a essas questões como problema de saúde pública.

O principal indício para a compreensão da cristalização, no Brasil, de uma cultura público-institucional de que a saúde no trabalho não é, de fato, um problema sanitário, foi, ao que parece, essa trajetória contratual-trabalhista-previdenciária da questão.

Afora a observação de Oliveira (1994) sobre a criação do Ministério do Trabalho, quando a área de higiene industrial (equivalente, à época, ao campo estatal da saúde dos trabalhadores) transitou entre as diferentes estruturas estatais da saúde pública e da recém criada área do trabalho, entre os anos de 1930 e 1931, não há registros bem fundamentados de grandes polêmicas quanto ao tema da saúde do trabalhador não estar vinculada a políticas públicas de saúde.

No tocante à responsabilidade do Estado brasileiro sobre a saúde dos trabalhadores, os registros se referem, tão somente, a políticas previdenciário-trabalhistas, desde sua inclusão nos estamentos legais desde os anos 1920 até hoje, fortemente influenciadas pela OIT. Esta, por seu turno, desde sua criação em 1919, por pressão dos países capitalistas centrais, onde a legislação de proteção e reparação da força de trabalho

já era bem desenvolvida, atenderia à "*necessidade de criação de uma legislação internacional de proteção ao trabalho, de forma que pudesse ser acatada pela maioria dos países, sem ferir as leis de igualdade de competição, e distribuindo igualmente o ônus dos investimentos e custos de produção*" (Oliveira, 1994:26).

À semelhança da influência do mercado no desenvolvimento sustentável, como vimos no capítulo anterior, a proteção à saúde dos trabalhadores, no âmbito das relações internacionais, nasce sob o signo dos custos de transação no mercado, repassando-os aos produtos e de modo a garantir níveis similares de competitividade entre os países.

Nesse sentido, o capital industrial, com a entrada do OIT, em 1919, na regulação internacional das transações de mercado, passa de uma motivação econômica implícita ao garantir direitos à saúde no trabalho, de modo a possibilitar a manutenção e reprodução da força de trabalho (Graça, 1999; Mendes e Waissmann, 2003; Vasconcellos e Pignatti, 2006), para uma motivação econômica explícita, inaugurando um padrão de acumulação que incorpora custos de transação à concessão de direitos à saúde.

Esse fato é significativo para observar, no âmbito do conceito perdido de saúde do trabalhador, que o marco do direito previdenciário-trabalhista, substantivado no contrato de trabalho, diverge profundamente do marco do direito à saúde que rege o SUS, onde se abriga a área de saúde do trabalhador com a abrangência com que a compreendemos.

Em parte, o fato também explica o "peso" econômico alegado pelos Estados de *welfare*, cujo "custo do direito" dificilmente poderia continuar se transferindo aos produtos no comércio internacional. Considerando-se "*a relação entre o desenvolvimento do welfare state e o controle político das organizações de trabalhadores [e] a relação do welfare state com a mercantilização da força de trabalho*" (Souza, 1999:3), essa contabilização econômica do direito, com ênfase nas questões de saúde, é um dos principais fatores de desmonte dos *welfare states*, a partir da década de 1980, na medida da perda do poder de reivindicação e luta do sindicalismo no processo de globalização.

A construção histórica de uma ideologia de saúde no trabalho com esse viés contratual, cuja responsabilidade esteve e está, todavia, a cargo das estruturas trabalhista e previdenciária dos Estados nacionais, aprofundou suas raízes e inculcou-se nas estruturas patronais, sindicais, políticas, jurídicas e tecnoburocráticas. O Brasil é regra dessa lógica internacional.

Por certo, estamos frente a uma das principais razões pelo que a saúde no trabalho alijou-se (ou foi alijada) do campo da saúde pública. Esse fenômeno de ocorrência internacional justifica a omissão dos organismos internacionais de saúde frente ao tema da saúde no trabalho. Somente após a Conferência de Alma-Ata (OMS/Unicef, 1978), o tema foi timidamente introduzido como recomendação para as políticas públicas de saúde dos países membros da Organização das Nações Unidas. De lá para cá, embora a Organização Mundial de Saúde - OMS venha se manifestando um pouco mais em relação ao tema da saúde do trabalhador, é a OIT o organismo legitimado, inclusive pela própria OMS, como regulador internacional da saúde no trabalho.

Assim, a inclusão do tema saúde-trabalho como fonte de determinantes dos agravos de interesse da saúde pública e, portanto, sujeita às suas políticas de ação, é tema controverso segundo os representantes dessa visão político-ideológica tradicionalista.

No Brasil, com a inclusão das ações de saúde do trabalhador no SUS, essa polêmica surge com vigor e reação violenta de setores empresariais e de setores corporativos dos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social. Podemos destacar, além de vários trabalhos que vêm tratando do tema (Vasconcellos, 1994; Oliveira, 1994; Vasconcellos, 1996; Oliveira, 1996; Santos, 2000), a ação direta de inconstitucionalidade do SUS em atuar na saúde do trabalhador, perpetrada pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) e que repousa no Supremo Tribunal Federal, à espera de definição. Cabe registrar o apoio, ora velado, ora explícito, de setores corporativos do Ministério do Trabalho e Emprego à iniciativa da CNI, conforme foi divulgado em debates públicos sobre a questão.

Santos (1998), recuando no tempo, consigna as origens da inserção da área de saúde do trabalhador na estrutura estatal do trabalho reiterando essa situação insólita:

[...] neste momento (julho de 1934), já estavam regulados, sob patrocínio e fiscalização do Ministério do Trabalho, órgão destinado a uma participação ambígua e controversa em todo o desenvolvimento da tensão entre equidade e acumulação, o trabalho do menor e das mulheres, a duração da jornada de trabalho, bem como sua segurança e higiene, e férias (Santos, 1998:88) (grifei).

No conjunto de políticas públicas de saúde, as prestações previdenciário-trabalhistas referentes a processos de adoecimento dos trabalhadores nunca eximiram o setor saúde de responsabilidades institucionais no tocante a ações preventivas, educativas,

interventoras e articuladoras com a sociedade, desde que os agravos à saúde não fossem diretamente relacionados ao trabalho, como os acidentes e as doenças ocupacionais. É de muito se estranhar e de se perguntar as razões dessa exceção para o caso da saúde do trabalhador.

A introdução do conceito de "cidadania regulada", pelo mesmo autor citado, agrega algumas pistas para responder a essa indagação. Assinala Santos: "*Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional*" (idem *ibidem*:103).

Desse modo, no que tange à saúde no trabalho, o conceito de regulação inscreve o cidadão trabalhador numa tutoria, de cunho contratual, retirando do Estado responsabilidades mais objetivas e transferindo aos setores empresariais a tutela de seus cidadãos regulados, segundo as normas estabelecidas por aqueles, dentro dos padrões consuetudinários de acumulação.

É nesse momento que se estaciona no marco do direito previdenciário-trabalhista, cujos contornos são estabelecidos por uma cultura de limites (Waissman, 2000), e se vê impedida a consignação de um direito à saúde, cujo marco é o direito humano fundamental (Dodge *apud* Brasil, 2006d).

Objetivamente, a capacidade de influir nas transformações requeridas para a melhoria das condições de trabalho, automaticamente é retirada dos trabalhadores, devido aos mecanismos reguladores e, por conseguinte, mantendo inalterados os padrões de acumulação que, eventualmente, poderiam ser modificados pela necessidade de investimentos em recursos humanos, tecnológicos e organizacionais mais compatíveis com padrões de "salubridade ocupacional". Ou, para ser mais explícito, padrões que pudessem conferir qualidade de vida, conforto, dignidade, segurança, enfim, saúde no sentido amplo como concebe a Constituição Federal/88.

Esse aspecto, historicamente consolidado e referendado pelas políticas públicas das áreas trabalhista e previdenciária, ao ser "maculado" pelas legislações de saúde do trabalhador, no âmbito do SUS, no período pós-constituição de 1988, não sem surpresa causou e vem causando profundo mal-estar na aliança tácita efetuada entre algumas corporações no âmbito do Estado brasileiro (trabalho e previdência) e os setores

empresariais, conforme assinalamos. De qualquer modo, é no campo da saúde pública que a relação saúde-trabalho estabelece o desafio de mudar o modelo e põe o SUS diante de si mesmo no enfrentamento do novo, só timidamente assumido até agora.

Todas essas antigas inquietações, aliadas ao movimento pela reformulação dos sistemas de saúde, em curso nos anos 1970-1980, especialmente nos países em desenvolvimento, incluíram a relação saúde-trabalho em seu cardápio:

[...] na esteira das proposições internacionais racionalizadoras [baseadas na] Atenção Primária, definida como estratégia de ampliação de cobertura e de participação social durante a Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata em 1978, surgem propostas específicas dentro da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a atenção à saúde de grupos populacionais de trabalhadores [...] Ainda em 1983 o organismo da OMS para as Américas, a Organização PanAmericana da Saúde (OPAS), lança o Documento *Programa de Acción en la Salud de los Trabajadores* (OPAS, 1983) com diretrizes para a implantação de programações em saúde na rede pública de serviços sanitários e voltadas para aqueles que trabalham (Lacaz, 1997:9).

Em 1984, o professor Diogo Pupo Nogueira, da Faculdade de Saúde Pública da USP, das maiores autoridades brasileiras em Medicina do Trabalho, no clássico artigo *Incorporação da Saúde Ocupacional à Rede Primária de Saúde* assim terminava suas observações:

Espera-se, pois, que essas primeiras medidas que começam a ser adotadas em prol da saúde dos trabalhadores do Estado de São Paulo – o mais industrializado de todo o Brasil – possam se desenvolver a contento, servindo de exemplo para um programa de âmbito nacional a ser desenvolvido, no futuro, pelo Ministério da Saúde com o apoio dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social e colaboração integral das autoridades sanitárias estaduais e municipais de todo o Brasil (Nogueira, 1984:508).

Afora o enunciado premonitório do professor, havia um sentimento latente de se desenvolver ações de ST na rede de saúde, mas nada sistematizado e ainda com a conotação de Saúde Ocupacional.

O mesmo enfoque foi desenvolvido algum tempo depois por René Mendes, um dos mais renomados professores de MT, no Brasil, em sua tese de livre docência apresentada, em 1986, à Faculdade de Saúde Pública da USP. Após um exaustivo trabalho de revisão bibliográfica e contextualização da SO no marco da saúde pública, Mendes propõe a integração da SO no âmbito da saúde: "...Saúde Ocupacional é Saúde Pública, ou, se for preferido, a saúde do trabalhador pertence à saúde da coletividade como um todo." (Mendes, 1986:73) (grifos no original). E continuava referindo-se às

ações de SO: "...devem estar integradas na política, nos planos, nos programas, nas atividades e nas ações dos serviços de saúde. Trata-se de uma integração antes de tudo programática, isto é, não necessariamente física..." (idem *ibidem*:78) (grifos no original).

Expressão de um sentimento reformulador das relações saúde-trabalho, sob o prisma da saúde pública, este importante trabalho traduzia a busca do redirecionamento, já com o peso significativo da pesquisa acadêmica. Contudo, ainda se colocava a área da SO como expressão conceitual hegemônica, conforme o próprio título da tese indicava: *Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: Contribuição para a Definição de uma Política*.

Para melhor compreender a "passagem" conceitual da saúde ocupacional para a saúde do trabalhador, é preciso recuar alguns anos, pré-1986.

Numa retrospectiva conceitual do enfoque político-institucional da temática saúde e trabalho, sob o prisma da medicina preventiva / saúde coletiva / saúde pública, e sob a roupagem propositiva e reformista do movimento sanitário daqueles anos, ao examinarmos as referências bibliográficas brasileiras mais citadas nos textos que tratavam do tema, observamos a preponderância das seguintes obras: (i) *Saúde e Medicina no Brasil - Contribuição para um debate*, organizado por Reinaldo Guimarães (RJ: Graal, 1978), em que é citado, particularmente, o excerto de Anamaria Tambellini *O Trabalho e a Doença*; (ii) *Saúde e Trabalho no Brasil - A crise da Previdência Social*, de Cristina Possas (RJ: Graal, 1981); (iii) *Saúde e Previdência - Estudos de política social*, de José Carlos de Souza Braga e Sérgio Góes de Paula (SP: Cebes-Hucitec, 1981); e (iv) *Saúde e Trabalho no Brasil*, do Ibase - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Petrópolis: Vozes, 1983).

Nessas obras, a despeito da ancoragem das reflexões trazidas, em que já se observava de modo bem contundente uma ideologia sanitarista e reformista em relação ao campo da saúde dos trabalhadores, não se observa qualquer menção à expressão ST com a conotação de campo da saúde pública. O alvo ainda era a saúde ocupacional com suas características histórico-estruturais praticamente intocadas e não questionadas, em que o aspecto inovador era "puxá-la" para o campo das políticas públicas de saúde, buscando inaugurar uma discussão inédita no campo da saúde pública. Podemos dizer que essa

intenção foi exitosa, na medida de sua inclusão na agenda do debate da Reforma Sanitária. Mas ainda era muito pouco para a relevância da área.

Portanto, é patente que na literatura brasileira que tratava do tema, a idéia de uma área com o caráter de Saúde do Trabalhador ainda se encontrava em construção naqueles primeiros anos da década de 1980.

Em 1983, a Abrasco - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva promoveu um encontro em Campos do Jordão, tido por muitos como um marco de inclusão do tema na agenda da saúde coletiva / saúde pública e no debate da reforma sanitária em curso (Mendes, 1986). O encontro *I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Saúde Ocupacional* trazia, ainda, a "marca" saúde ocupacional para tratar de questões que já diziam respeito ao que a própria Abrasco, pouco tempo depois, chamaria de saúde do trabalhador, no importante documento de referência para a área: *Saúde e Trabalho: Desafios para uma Política - Contribuição da Abrasco ao Processo de Definição de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador* (Abrasco, 1990) (grifei).

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

O conjunto de questões significativas para a Conferência foi incorporado em 3 temas:

- 1 – Diagnóstico da Situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores;
- 2 – Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores;
- 3 – Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores (Brasil, 1986) (grifei).

A palavra segurança aparecia ao lado da palavra saúde, mostrando o forte conteúdo simbólico que intenta nos dizer que falamos de duas coisas distintas. Ao não reconhecer que a segurança no trabalho é parte indissociável da condição de saúde no trabalho, a marca caracteriza a influência corporativa do campo da Engenharia de Segurança - ES e, por extensão, da Saúde Ocupacional, aqui incluída a Medicina do Trabalho, no discurso técnico-político de condução das práticas interventoras. Segurança

e saúde, lado a lado, revelam representações simbólicas corporativas e autopercepção de hegemonia sobre o campo das relações saúde-trabalho, por parte da tecnoburocracia formuladora.

Lúcia Freire (1998) em sua tese de doutorado, entrevistando um representante da Sobes - Sociedade Brasileira de Engenharia de Segurança, colheu deste o depoimento que se segue: "*a Segurança tem o seu conceito e a saúde também [um outro conceito]. O núcleo de atenção da Segurança é o ambiente e o da saúde é o homem. Embora haja áreas interpenetráveis, o instrumental é diferente como também os princípios [tecnológicos] são diferentes*" (Freire, 1998:181).

A despeito de hoje praticamente não se encontrar nos textos que tratam do paradigma da saúde do trabalhador a palavra segurança associada à saúde, muito comum àquela época, a forte influência das áreas da SO se transmitiu ao conceito de ST, mantendo sua marca para muitos na compreensão do campo programático da ST.

Um fato comprobatório dessa marca é a anacrônica ressurreição da expressão segurança recentemente em documentos oficiais. No termo do documento interministerial que integra os textos de apoio para a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 2005, em Brasília, a expressão segurança ressurgiu. O documento Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (grifei) foi disposto na Portaria Interministerial nº 800, de 03 de maio de 2005, para consulta pública. Seu texto, disponibilizado para os conferencistas, é a proposta oficial da política de governo, na atual conjuntura.

Trata-se de um forte indicativo de que a assimilação do termo saúde do trabalhador, com a sua conotação amplificada e abrangente sobre a segurança no trabalho, e além desta, sobre as condições de vida, as questões sociais, a subjetividade e os direitos de cidadania não regulada ainda não se mostram palatáveis, quando se envolvem na articulação política as áreas estatais do trabalho e da previdência social.

Embora se trate de uma "simples" expressão, sua presença no documento oficial demarca, em evidente retrocesso conceitual, o questionamento da área de Saúde do Trabalhador, considerando-a a priori insuficiente para dar conta das questões de segurança no trabalho.

Ainda, analisando a expressão saúde do trabalhador, a partir da revisão bibliográfica realizada neste trabalho, o termo ST começou a ganhar status de grife ideológica, enquanto abordagem diferenciada das tradicionais áreas da MT, ES e SO, na medida em que se vinculou a produção de conhecimentos técnico-científicos, oriundos em meios acadêmicos, ao conhecimento empírico e à experiência vivida dos trabalhadores e suas representações sindicais, com a criação, em 1979, da Cisat - Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador. Esta comissão, fruto de uma reunião ocorrida em São Paulo que tinha por objetivo a criação de uma entidade intersindical de saúde, à semelhança do Dieese - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos, foi responsável pela organização das primeiras Semsat - Semanas de Saúde do Trabalhador ainda em 1979 e pela criação, em 1980, do Diesat - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Ribeiro e Lacaz, 1984).

A 1ª publicação do Diesat: *De que adoecem e morrem os trabalhadores*, organizada por Herval Pina Ribeiro e Francisco Lacaz e que contou com a participação de profissionais de serviços de saúde, pesquisadores ligados à academia e, principalmente, representantes sindicais de diversos setores, acabou por se constituir em marco histórico de referência para a ST. Contudo, na publicação não se encontra referência à ST, enquanto área programática de ação em saúde pública. Todas as recomendações para a ação em ST, contidas na famosa publicação, transitam dentro do enfoque "inampiano"¹ e empresarial, reservando exclusivamente ao Ministério do Trabalho o aspecto interventor do Estado sobre os ambientes e processos de trabalho. Fato que, de certo modo, demonstra que o caráter sanitarista da área e sua vinculação com o discurso da reforma sanitária, em curso naqueles anos, ainda estava por eclodir.

Mesmo na sua 2ª publicação de porte, uma belíssima obra que se tornou referência obrigatória na área de ST: *Insalubridade - morte lenta no trabalho*, em 1989, portanto já após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, onde se consignou a execução de ações de ST no SUS, a ST não aparecia como área vinculada ao da saúde pública, embora já houvesse a participação da área da saúde nas ações descritas no livro (Diesat, 1989).

É somente no relatório final da citada 1ª CNST que se encontra, de forma incisiva, a proposta: "A avaliação dos ambientes de trabalho deverá ser feita pelo órgão sanitário

local do Sistema Único de Saúde, com participação dos sindicatos" (Brasil, 1986). É quando começa a se observar de forma mais explícita uma aproximação mais objetiva e evidente da área de ST ao campo *stricto sensu* da saúde pública.

Analisando o campo da relação trabalho/saúde, no contexto da medicina social latino-americana, Asa Cristina Laurell e Mariano Noriega em seu clássico livro *Processo de Produção e Saúde - Trabalho e Desgaste Operário* (1989) assinalam:

A revisão da investigação latino-americana sobre o trabalho e a saúde mostra que tem havido um avanço importante, neste campo, durante os últimos dez anos. A configuração bastante original desta área de conhecimento destaca-se como o traço que talvez mais se sobressaia. Ela se distingue da dos países capitalistas avançados que apresentam uma hegemonia das abordagens da medicina ocupacional e da engenharia de segurança industrial (p.48).

Bem demarcadas, pode-se dizer, as diferenças de enfoque entre uma (ainda) nascente ST latino-americana e as outras áreas já consolidadas no mundo desenvolvido. Na mesma obra, um aspecto revelador da concepção da área aparece de forma contundente: "...saúde dos trabalhadores como um objeto de estudo próprio das ciências sociais ... e ... uma concepção teórica que situa o processo de trabalho como o cenário primário da exploração e da confrontação de classe" (Laurell e Noriega, 1989:49-50).

Em documento preparado para a mesma 1ª CNST, em 1986, Anamaria Tambellini, uma das principais ideólogas da área de ST, no Brasil, já bem ressaltava esta concepção: "*Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores é a expressão do poder dos trabalhadores de ter saúde e tomar em suas mãos o controle de suas próprias vidas, saúde e trabalho*" (Tambellini, 1988:12). Nesse documento mimeografado, não publicado em seu formato original, mas que circulou de mão em mão aos quatro cantos vemos, de forma enfática, a idéia de trabalhador como sujeito e protagonista do *policy-making* do campo.

A ST, qual escoadouro de idéias, foi sendo construída em pequenos ladrilhos, num painel paradigmático, provavelmente ainda inacabado, de diversos matizes. E, nessa trajetória, sem dúvida, a contribuição do movimento operário italiano foi decisiva.

Em publicação que discute aspectos da luta pela saúde no trabalho: *La salud de los trabajadores - aportes para una política de salud*, organizado por Franco Basaglia e outros autores, cuja 1ª edição italiana remonta a 1974, vamos encontrar o cimento

ideológico que junta os ladrilhos do paradigma ST. Nela, selecionamos alguns enfoques do seu ideário:

- o processo saúde-doença como emergente estrutural das condições de trabalho e das condições sociais gerais vinculadas ao trabalho (Basaglia *et al*, 1980:14);
- a incapacidade teórica do modelo médico de analisar a problemática da saúde dos trabalhadores (idem *ibidem*:16);
- a solução mais significativa para a crise da saúde é dada pelo movimento operário que reivindica a unidade de ação e luta em torno da relação política e saúde (idem *ibidem*:28);
- "*la salud obrera es la única que liberándose, libera también la salud de los demás hombres*" (idem *ibidem*:73);
- se a medicina do capital serve para administrar a patologia do capital, a saúde da classe operária requer uma medicina da classe operária, em que esta possa se expressar como sujeito médico e político (idem *ibidem*:86);
- as conquistas do movimento operário italiano com a lei (artigo 9 do Estatuto dos Trabalhadores): "*Los trabajadores, mediante su representación, tienen el derecho de controlar la aplicación de las normas para la prevención de los accidentes, de las enfermedades profesionales y de promover la investigación, elaboración y aplicación de todas las medidas encaminadas a vigilar su salud y su integridad física*" (idem *ibidem*:114).

Acrescente-se, com especial relevo, a contribuição de Giovanni Berlinguer, médico italiano, cuja participação na reforma sanitária italiana foi determinante. Na apresentação de seu clássico livro *A Saúde nas Fábricas*, em edição Cebes-Hucitec de 1983, assim se pronunciava Márcio dos Santos Melo a seu respeito:

A vinda ao Brasil de Giovanni Berlinguer e o lançamento de seu livro *Medicina e Política* em 1978 foram um marco importante para a formação de um grupo de intelectuais que se voltaram para uma práxis na área de saúde e trabalho ligada ao movimento operário brasileiro. A riqueza e profundidade dos problemas colocados por *A Saúde nas Fábricas* seguramente será um poderoso estímulo para a reflexão e debate em nosso meio de questões relativas à saúde dos trabalhadores (Melo *in* Berlinguer, 1983:9).

E, de fato, em *A Saúde nas Fábricas* podemos depreender vários matizes da matriz conceitual do campo da ST em distintos momentos.

A divergência da classe operária quanto à organização da medicina na fábrica, na sociedade burguesa italiana, ... produziu dois resultados: constatação de falência dos instrumentos de proteção da saúde até aí existentes; nascimento (mas ainda não consolidação) de novos poderes dos trabalhadores, da coletividade, do Estado democrático (Berlinguer, 1983:18).

A experiência italiana, retratada por Berlinguer, trazia a consciência de algo inovador no campo das relações saúde-trabalho, no panorama mundial. Expressava-se no surgimento de um modelo bem distinto da chamada saúde ocupacional, vigente no mundo industrializado.

O embrião de novos institutos de proteção está nos contratos de trabalho, na lei do Estatuto dos Trabalhadores, nas atividades dos poderes locais. Nos contratos de categoria e de empresa, firmados a partir de 1968-1969, foi abolida ou reduzida a "monetização do risco"; afirmou-se a exigência de controlar e mudar as condições ambientais malélicas e perigosas; foi decidido o poder de intervenção dos operários em todos os aspectos da relação de trabalho que incida sobre sua integridade psicofísica (ritmos, horários, turnos, quadro de trabalhadores etc.); concordou-se que eventuais condições (não elimináveis) de nocividade sejam compensadas com menor exposição (rodízios, redução de horário, diminuição do ritmo), do que com mais dinheiro (Berlinguer, 1983:20) (grifei).

E, ainda, surgia o caráter marcante de vinculação do campo da ST ao da saúde pública, e a projeção do modelo da ST para as relações com o meio ambiente e a gestão dos serviços de saúde.

Com relação às atividades dos poderes locais, passou-se da inércia frente à saúde operária ... aos inquéritos conduzidos com a participação dos trabalhadores e dos especialistas, à criação de serviços municipais e provinciais de medicina preventiva, às propostas de leis regionais ... para tornar mais eficazes as intervenções sanitárias nos lugares de trabalho. ...propôs-se um modelo de proteção sanitária experimentado nas fábricas, com sua carga viva de participação popular, como ponto de referência para a regulação total da relação homem-ambiente, e para a administração dos serviços sanitários (Berlinguer, 1983:22-23).

Finalmente, Berlinguer nos revela a face paradigmática da ST enquanto um movimento ideológico que não se restringiria aos limites da Itália, e chama a atenção para algumas inter-relações entre ciência e trabalho e, especialmente, homem-ambiente que estão, todavia, ainda ausentes no debate e na construção teórica do desenvolvimento sustentável.

[...] o Estatuto dos Trabalhadores e alguns contratos coletivos firmados na Itália entre 1969 e 1973 são conquistas de vanguarda, no que diz respeito ao mundo capitalista. ... Há entretanto alguns conceitos, algumas aquisições teóricas, que

nasceram da experiência desses anos (e, portanto, radicadas nas massas) cujo valor transcende provavelmente o tema saúde e ultrapassa as fronteiras italianas. Creio que se os nossos filósofos ... estivessem mais atentos à evolução da relação entre capital e trabalho, entre ciência e sociedade; ... poderiam ser retiradas das lutas pela saúde conduzidas na Itália nesses anos, algumas indicações interpretativas de valor internacional para argumentos antigos que hoje suscitam debates apaixonados: a democracia como participação de massa; a relação ciência-trabalho e ciência-poder; os valores humanos na tecnologia moderna; a relação homem-ambiente (Berlinguer, 1983:23-24).

Singularidades conceituais

Pelo que vimos até agora, identificamos as seguintes características e/ou componentes naquilo que se pode chamar de paradigma da ST:

- campo de produção de conhecimentos vinculado ao espectro da saúde pública;
- ácida crítica ao modelo médico tradicional e ruptura com a hegemonia médica na condução das práticas;
- superação e ruptura com os campos tradicionalmente afins, como a MT, a ES e a SO, razão pela qual não consideramos que a ST lhes empresta evolução e continuidade;
- confrontação com o sistema capitalista, com explicitação da exploração de classe;
- vinculação permanente e estreita entre ação de saúde e ação política;
- objetivação do trabalhador como sujeito e protagonista da ação político-institucional, inclusive da construção de conhecimentos e dos instrumentos de intervenção.

Esses aspectos denotam, de pronto, a discrepância entre os conceitos de Saúde do Trabalhador e os demais da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional. As similaridades ficam por conta, somente, do teatro de operações onde se vai aplicar a política de Estado.

A saúde ocupacional, em que se incluem os campos da Medicina do Trabalho e da Engenharia de Segurança, diz respeito à regulação técnica e normativa do contrato de trabalho estabelecido entre patrões e empregados. Atividade regulatória contratual, portanto, sujeita ao disposto na norma e ao disposto em negociações entre as partes, do mesmo modo limitadas pela própria norma contratual. A saúde ocupacional não transcende o direito trabalhista porquanto a este é subordinado.

A saúde do trabalhador, por seu turno, transcende o direito trabalhista, previdenciário e os demais direitos limitantes por efeitos específicos de contratos. A ST invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania plena, típica dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, a que os demais "direitos" estão subordinados. A saúde do trabalhador arvora a si, desse modo, a égide sobre as relações saúde-trabalho no Estado democrático de direito. Para essa missão a ST é ungiada pela Constituição Federal/88 ao insinuá-la no SUS, a que o aparelho de Estado brasileiro destina a atribuição de garantir o dever do Estado ao direito à saúde.

Assim, a saúde ocupacional é subalterna à saúde do trabalhador, no sentido da política pública que intervém sobre as infrações ao *status* de saúde plena nas relações de trabalho.

Consideramos como ponto essencial desta tese a demarcação das diferenças conceituais entre a saúde do trabalhador e os demais campos vinculados à saúde ocupacional, por entender que a vinculação da ST às políticas públicas de saúde e, portanto, ao SUS, é o ponto de partida para se pensar uma política de Estado na área do desenvolvimento sustentável.

Nesse contexto, a recuperação histórica desses conceitos traz indícios significativos para o desenvolvimento crítico da condução das políticas.

Em 1981, em trabalho apresentado no *VI Congreso Interamericano de Prevención de Riesgos Profesionales*, realizado em Caracas, Venezuela, Mendes assim se pronunciava:

El concepto de salud ocupacional ... en este documento reconoce ... los objetivos del Comité Mixto OIT/OMS, expresados ... en los siguientes términos: promover y mantener el mayor grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad. Pero si bien se cuenta con objetivos claros, en verdad es difícil definir las fronteras entre salud ocupacional y salud pública ... aunque imprecisamente delimitados, se tiende a reemplazar la denominación tradicional de salud ocupacional y, en su sentido más restricto, medicina del trabajo, por la de salud del trabajador, o salud de los trabajadores... (Mendes, 1982:506-507).

As aproximações da SO com a saúde pública sinalizavam de forma emblemática o retrato da época (1981). Embora o autor já utilizasse a expressão saúde do trabalhador,

denunciando uma expectativa latente em relação à mudança do modelo, não estava ainda delineado o espectro paradigmático da ST, porquanto não aparecem os componentes que lhe caracterizam. Tanto que o próprio René Mendes, em outro texto clássico, escrito em 1991 com Elizabeth Costa Dias, eminente estudiosa das relações saúde-trabalho, volta a conceituar, com novo enfoque, as diferenças entre MT e SO de um lado e de outro a ST, considerando que a "passagem" daquelas para a ST deve-se à

relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. ...[e] o modelo da saúde ocupacional - desenvolvido para atender a uma necessidade da produção - não conseguiu atingir os objetivos propostos. ...[devido, entre diversas razões, a que] o modelo mantém o referencial da medicina do trabalho [...] não concretiza o apelo à interdisciplinaridade ...[e]... apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como "objeto" das ações de saúde... (Mendes e Dias, 1991:343-344).

Em discussão mais recente, como síntese do acúmulo que foi moldando o paradigma da ST, em sintonia com alguns dos autores citados, considerávamos no constructo de sua concepção alguns aspectos marcantes:

... o profundo comprometimento e envolvimento do trabalhador no planejamento, desenvolvimento e execução das ações, considerando-o como elemento atuante e central em todas as etapas do processo; a ruptura com a hegemonia tecno-corporativa e a abordagem interdisciplinar das diversas questões, na perspectiva de uma lógica de atuação técnica a favor dos trabalhadores; a proposição de soluções a partir do conhecimento empírico do trabalhador ... e da sua subjetividade ...; ... a transformação das bases técnicas e organizacionais dos postos, das condições e do ambiente de trabalho, na perspectiva da democratização das decisões e do controle social ... (Oliveira e Vasconcellos, 2000:93).

Contudo, a releitura mais atenta dessa concepção ainda revela insuficiências explicativas do campo da ST como paradigma inquestionável no mundo da saúde pública.

Em extenso e recente trabalho de revisão bibliográfica, em que examinam a influência das ciências sociais na concepção da relação trabalho-saúde, nos últimos 20 anos, Minayo e Thedim-Costa (2003) assim concebem o campo da ST:

A incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre a relação trabalho-saúde adquire um novo enfoque ... introduzido pela Medicina Social Latino-Americana. ... No Brasil, dentro ... da reforma sanitária, a ... saúde dos trabalhadores passou a fazer parte ... da saúde pública. O salto qualitativo, que permitiu apreender a complexidade das questões ... se deu com a apropriação do conceito nucleador de processo de trabalho, extraído da

economia política, na sua acepção marxista. ... A utilização do referido conceito em toda a sua extensão - que inclui ... a subjetividade dos atores envolvidos - configura o marco definidor do que denominamos Campo da Saúde do Trabalhador ... que não pode prescindir do potencial interpretativo das ciências sociais. É delas que se extrai um corpo de conceitos e categorias centrais para uma abordagem interdisciplinar da intercessão entre as relações sociais e técnicas que configuram os processos de trabalho como condicionantes da saúde e da doença em coletivos de trabalhadores. ... Ao introduzir a contribuição das ciências sociais na compreensão da saúde do trabalhador, o campo da saúde coletiva estabeleceu uma ruptura com as concepções hegemônicas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional que ... formulam articulações simplificadas entre causa e efeito, desconsiderando a dimensão social e histórica do trabalho e do processo saúde/doença (Minayo e Thedim-Costa, 2003:26).

Também, em recente discussão sobre as diferenças do comportamento científico entre Medicina do Trabalho (e, por extensão, Saúde Ocupacional) e a Saúde do Trabalhador, enquanto campo da saúde pública, expressávamos a incapacidade da MT/SO de resolver os problemas de saúde decorrentes dos processos produtivos, na medida de seu comportamento legitimador dos riscos. Essa, podemos dizer, é uma das principais características que demarca as diferenças conceituais que sustentam o presente debate.

O distanciamento da saúde pública entre a formulação técnica com base nas disciplinas do conhecimento que lhe dão suporte (comportamento científico) e a capacidade de resolver problemas em nível decisório (comportamento político) não lhe retira a identidade científica ... mantendo-a capacitada a servir-se de parâmetros científicos para propor mudanças no cenário político e no modelo econômico, inclusive os relacionados aos problemas presentes nos processos produtivos. Ou seja, a incapacidade da saúde pública em resolver muitos problemas não se deve à incapacidade de revelá-los e relevá-los, assim como à medicina-ciência é reservada a incapacidade de resolver outros tantos, a despeito de tentar escrutiná-los e tratá-los. A MT [e SO], ao contrário, atua como braço de perpetuação da hegemonia dos processos de sustentação dos determinantes dos danos na relação saúde-trabalho ao legitimá-los, na medida de sua atuação como elemento filtrante da aferição da intensidade dos danos à saúde. De outra forma, também, frente aos riscos presentes nos ambientes e processos de trabalho, a MT age como elemento "científico" ao corroborar e auxiliar no aperfeiçoamento e na utilização de equipamentos que transferem ao corpo do trabalhador a responsabilidade de proteção contra os riscos - equipamentos de proteção individual (Porto, 1991). Além disso, a MT atua como sensor de avaliação do nível de agentes físicos e químicos tóxicos, estabelecidos em normas - limites de tolerância de exposição, no ambiente de trabalho (Vasconcellos e Pignati, 2006:17).

Em síntese, as conceituações de ST nos textos mais atuais tendem a caracterizar a área com as conotações vistas: enfoque coletivo de trabalhador, considerando-o como sujeito, respeitada sua subjetividade, singularidade e saber; desenvolvida em ações interdisciplinares e intersetoriais; vista sob o prisma contra-hegemônico e ideológico; guardada a dimensão social da abordagem; já como objeto de ação da saúde pública etc. Totalmente correto, mas ... parece pouco.

Em busca do conceito perdido

Obra essencial e intensamente citada nas bibliografias visitadas dos anos 1980, que tratavam do tema saúde pública / reforma sanitária, é a já citada *Medicina e Política*, de Giovanni Berlinguer. Nela identificamos 2 aspectos-chave desta discussão:

1 – O acidente de trabalho como um dos grandes problemas de saúde pública. Assim, a propósito do debate sobre Reforma Sanitária, refere o autor: "*Afirma-se que os fenômenos mais relevantes são a mortalidade infantil e a alta incidência dos acidentes de trabalho, como sinal daquela interligação entre as doenças da miséria e doenças do progresso, que persistem na Itália...*" (Berlinguer, 1978:20); e

2 – A relevância utopista e revolucionária da questão da ST e sua relação com os processos produtivos, o meio ambiente e o desenvolvimento:

[...] há ... dois elementos políticos novos. O primeiro é que os trabalhadores, defendendo na fábrica a sua saúde, defendem também a saúde da comunidade ... conscientes desta nova relação entre a "condição operária" e a condição humana em geral, fogem das tendências corporativas e assumem ... sua função de vanguarda e de libertação. O segundo ... de que a biosfera tem uma unidade mundial, e que qualquer perturbação do equilíbrio adquire uma dimensão planetária. Tudo isto cria uma nova base objetiva para o internacionalismo, sublinha a exigência de acelerar em todos os países o movimento de libertação dos homens, impõem a associação da ação política com a iniciativa técnico-científica, sugere formas de ligação mais profundas das lutas nos diferentes países (idem *ibidem*:72).

Publicado no Brasil em 1978, cujo original italiano é de 1973, é desnecessário lembrar que os tempos mudaram e o mundo do trabalho mais profundamente ainda mudou. Por outro lado, estamos falando de um paradigma que foi construído nesses anos que, em termos de sua consolidação está pouco maduro, completando pouco mais de 30 anos.

Supomos, por isso, que sua compreensão está, ainda, longe de ser introjetada adequadamente na formulação de políticas públicas de saúde, no Brasil. Considerando a inspiração que o modelo reformista italiano imprimiu à reforma brasileira, cabe a pergunta: terá a reforma italiana superestimado a ST na sua base ideológica e reestruturadora do sistema de saúde ou terá a reforma brasileira menosprezado a sua importância, a ponto da área de ST continuar sendo absolutamente marginal ao SUS? Tentando compreender a pergunta vamos desdobrá-la.

A reforma italiana segundo Berlinguer:

[...] por parte dos trabalhadores, e de um grupo sempre maior de sanitaristas, surge uma iniciativa que tem caráter de governo, um impulso não para ampliar ou melhorar o atual sistema, mas reformá-lo. O fulcro deste impulso nasce na fábrica, com as exigências e as conquistas conseguidas pelos trabalhadores durante as lutas de 1969, para mudar as condições de trabalho, e não só o salário, para mudar o horário, o ritmo de trabalho, para intervir sobre a poluição ambiental. Das lutas reivindicatórias, as três confederações de trabalho concluíram ... como problema nacional ... os temas da ... reforma sanitária. ... entendendo que só deste lado pode surgir a solicitação para uma profunda renovação ... na tentativa de tirar a saúde, este bem essencial, das leis do mercado (Berlinguer, 1978:124).

Já, quanto à ST no SUS, inúmeras são as citações que a colocam periférica e marginalmente à formulação das suas políticas, de seus serviços, de suas ações (Oliveira e Vasconcellos, 1992; Minayo e Thedim-Costa, 1997; Vasconcellos e Silva, 2004). O próprio Ministério da Saúde assume essa opinião "oficial" em vários documentos.

Na apresentação da *NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador*, consignada na Portaria nº 3.908, de 30/10/1998, que estabelece procedimentos de orientação e instrumentalização das ações de ST no SUS são listados problemas e limitações para a implantação das ações de ST, entre eles: recursos diagnósticos e terapêuticos na rede; referência e contra-referência; registro, notificação, encaminhamento; vigilância de ambientes e processos de trabalho; capacitação dos profissionais, dos níveis básicos, secundários, terciários e de vigilância epidemiológica e sanitária; relações interinstitucionais; e concluiu: "*Tais dificuldades devem ser superadas por meio de um novo posicionamento de todo o Sistema Único de Saúde em relação ao seu papel no campo da saúde do trabalhador ..*" (Brasil, 2002c:59).

É patente, portanto, a exclusão da área de ST do foco central das políticas de saúde, tornando-a espécie de área *non grata* especialmente dos gestores do SUS, seja pela explicitação de conflitos no campo político-econômico local, seja pela visão tradicionalista do acidente e doença de trabalho como questão de natureza contratual entre patrões e empregados. Além disso, a desvinculação entre saúde do trabalhador/processos produtivos e as questões ambientais são, também, muito evidentes.

As aproximações entre a ST e questões ambientais remontam a Hipócrates. Em 1700, Bernardino Ramazzini, célebre estudioso das doenças do trabalho, descrevendo as doenças dos curtidores e de outros "ofícios imundos" assim se pronunciava:

Para não corromper a pureza do ar, as casas onde se preparam couros se acham situadas perto dos muros das cidades, da mesma forma as de todas as sórdidas artes, ou então nos arredores, como nesta cidade. Por isso, sabiamente Hipócrates, na história de Filisco, falecido depois de seis dias de ter contraído febre maligna, indica o lugar onde morreu: [Filisco habitava perto do muro...] (Ramazzini, 2002:90).

Vários autores e os já citados Berlinguer, Laurell e Noriega já faziam a correlação entre a ST e a saúde ambiental. E, indo além, com o sistema produtivo, como Anamaria Tambellini em seu visitadíssimo texto de 1986, preparado para a I CNST, o já citado *Avanços na formulação de uma política de saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações produção e saúde*:

[...] a relação Capital/Trabalho condiciona um perfil de morbi-mortalidade, segundo as diferentes classes sociais e suas frações, que se modifica e evolui de acordo com a dinâmica das relações sociais. [compreendendo o] ... campo ... de relação Produção/Saúde. [e o] entendimento ... da ... Saúde fundado teoricamente em suas determinações sociais e biológicas estreitamente articuladas. [criando] ... situações específicas de risco: 1º) à saúde dos trabalhadores em seu período de atividade laborativa; 2º) à população residente no âmbito da transformação ambiental determinada por estes mesmos processos; 3º) àquelas populações consumidoras das mercadorias produzidas nos processos. Assim, ... definem-se três campos de preocupações e práticas na área da saúde que requerem competência técnica específica e métodos e técnicas apropriadas para seu desenvolvimento: Saúde dos Trabalhadores, Saúde Ambiental e Saúde do Consumidor que, entretanto, como partes integrantes do processo Produção-Saúde, devem ser tomadas como elementos indissociáveis desta relação (Tambellini, 1988:11-12).

No esforço teórico-metodológico de buscar a pertinente relação entre ST e outras faces das relações sociais de produção e consumo, Elizabeth Dias (1994), na tese de doutorado, a seu modo acrescentava:

Conceitualmente, pode-se dizer que a Saúde do Trabalhador surge enquanto uma prática social instituinte, que se propõe a contribuir para a transformação da realidade da saúde dos trabalhadores, e por extensão a da população como um todo, a partir da compreensão dos processos de trabalho particulares, de forma articulada com o consumo de bens e serviços e o conjunto de valores, crenças, idéias e representações sociais próprios deste momento da história humana (Dias, 1994:68)

E, ainda, mais recentemente, a mesma Anamaria Tambellini e Volney Câmara, retomam essa discussão: "*...pensar o acontecimento e o conceito / a realidade e sua explicação levou a configuração de novas possibilidades de intervenção técnica no campo da saúde ...a Saúde do Trabalhador e a Saúde Ambiental, intrinsecamente unidas, como as dimensões técnicas da intervenção do campo de preocupações Produção/Ambiente/Saúde*" (Tambellini e Câmara, 1998:52).

Embora outros autores, além dos já citados, venham tentando estabelecer essa correlação entre saúde / trabalho / produção / consumo / meio ambiente / desenvolvimento, com a nítida visualização de inter-relações estreitas entre essas variáveis (Galvão, 1989; Lacaz, 1997; Foladori, 2001; Porto e Almeida, 2002; Giraldo, 2003; Rigotto, 2004), pouco se avançou na introjeção desses mecanismos no *policy-making* da área de saúde.

Perdeu-se o conceito de saúde do trabalhador quando se deixou de tê-lo como referencial não só da luta de classes, mas, principalmente como referencial da reforma sanitária, conforme a proposta original italiana.

Nesse contexto, perdeu-se o referencial conceitual contra o modelo médico, centrado na hegemonia do saber técnico e no assistencialismo e, principalmente, perdeu-se o referencial da saúde do trabalhador como ponto de partida para, discutindo a mudança dos processos e ambientes de trabalho, discutir os processos produtivos, suas conseqüências ambientais e o próprio modelo de desenvolvimento.

Assim, partindo dessas inter-relações como um dos seus eixos paradigmáticos, podemos considerar que a ST vem sendo tratada conceitualmente de modo equivocado, seja na formulação das políticas públicas, na organização de serviços, no modo de

inserção nas práticas de saúde pública, ou seja, ainda, em grande parte da própria reflexão teórica.

Trabalhando com abordagens integradoras nas questões de saúde, trabalho e ambiente, Almeida assinala:

Ainda não se oferecem artigos ou outros produtos da reflexão acadêmica que atribuam à discussão metodológica, ética e política das abordagens integradoras, um estatuto senão periférico. Este fato não impede que, talvez existam latentes, valiosas contribuições à espera de sistematização, oriundas da história do campo e da materialização cotidiana da intenção integradora (Almeida, 2000:84).

O paradigma da saúde do trabalhador

Mesmo com a consignação da ST, enquanto campo de intervenção, por parte do sistema de saúde, na Constituição Federal, posteriormente detalhada na Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1991), o SUS não assumiu efetivamente essas ações. Nossa hipótese é que a saúde pública não assumiu o campo da ST, por incapacidade política e gerencial de lidar com o mundo da produção, historicamente vinculado aos setores estatais do trabalho (primordialmente), da previdência social, da indústria e comércio, da agricultura e, mais recentemente, do meio ambiente, entre os principais. Daí a incapacidade político-gerencial de impulsionar intervenções técnicas sobre o campo das relações produção/ambiente/saúde, em que, como vimos, está inserida indissociavelmente a ST.

As intervenções da saúde pública no mundo da produção dão-se de forma pontual e periférica pela via da vigilância sanitária sobre alguns serviços e alguns produtos de consumo humano, longe de imprimir a visão holística que o novo conceito de saúde consagrado no mundo moderno exige. Ou seja, a ST por estar contida nas políticas públicas de saúde deve ser preservada como ação interventora de saúde pública, mas deveria ser compreendida enquanto política de Estado, trespassando os limites estritos da ação de saúde, propriamente dita. Resta saber de que modo.

Ao contrário de suas "precursoras" MT e SO, que nasceram, criaram-se e sobrevivem no âmbito da iniciativa privada, sujeitas às regras de mercado e das políticas empresariais privadas e aos contratos de regulação da força de trabalho, a ST só se viabiliza(ria) enquanto campo de intervenção no âmbito das relações produção / ambiente / consumo / saúde como política pública não propriamente reguladora mas, muito mais,

transformadora dos sistemas produtivos, tendo os trabalhadores como agentes co-gestores dessa política.

Assim, não teremos ST, enquanto área de saúde pública, se referenciada a qualquer política empresarial reguladora das condições trabalho-saúde, seja pela subordinação e obediência às regras trabalhistas, seja pela incapacidade de se ter o trabalhador como sujeito do fazer-intervir. Por mais generosas e amplas que sejam as garantias de preservação da saúde dos trabalhadores nas empresas públicas ou privadas continuaremos tratando de SO.

Outro aspecto é a tendência a se desconsiderar que toda fonte não natural de dano ambiental tem como primeira barreira o trabalhador na linha do processo produtivo e, portanto, como primeiro sinalizador de impacto ambiental (Vasconcellos, 1995). Evidencia-se esta desconsideração, quando da implementação de políticas públicas de desenvolvimento sustentável e nos conteúdos temáticos da educação ambiental, conduzidos tanto por organismos sociais não governamentais, quanto pelas agências de governo, em que, pode-se dizer, nunca se observa pautada a ST nas agendas de suas realizações.

Nesse contexto, a relação da ST com o desenvolvimento sustentável, guarda uma importância estratégico-política não valorizada, especialmente se considerarmos, nas relações sociais e organizacionais dos sistemas produtivos, o papel potencialmente reservado (e não experimentado) ao trabalhador e às suas representações nos mecanismos gerenciais.

O manejo dos riscos envolvidos no processo produtivo, a passagem do trabalho prescrito ao trabalho real, nas situações cotidianas e de emergência e a relação íntima do trabalhador com o posto de trabalho, de onde se controlam todas as funções dos processos industriais, recriam o trabalhador como o gerenciador mais imediato dos riscos, na medida em que os procedimentos emergenciais passam em primeira instância por suas atitudes, gestos e decisões (Vasconcellos *et al*, 1997:2).

A recuperação de um conceito de desenvolvimento sustentável que considere como ponto básico de fundamento e primeira instância de abordagem, a questão da ST, ao afunilar o olhar técnico para a relação produção/saúde, paradoxalmente redimensiona o conceito e (re)valoriza os contornos de um entendimento mais totalizante de desenvolvimento dos sistemas produtivos na sua relação com a saúde humana. Alguns

documentos, embora tenham tido sua circulação restrita ao campo executivo de formulações do Ministério da Saúde, já apontavam em 2002 para essa direção:

As ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis, localizando esse campo de atuação em saúde pública no coração do sistema produtivo e da geração da riqueza nacional e relacionando-o à formação e preservação da força de trabalho brasileira, às questões ambientais, à seguridade social e ao próprio desenvolvimento do país (Cosat, 2002:1).

Nessa mesma linha, revisitar o conceito de ST implica em rever o modelo assistencial da atenção propriamente dita à saúde dos trabalhadores, na rede de serviços de saúde, cujas especificidades atuais de atendimento tendem a consolidar o campo da ST como área setorial de atenção médica especializada. O atendimento efetuado para trabalhadores na rede de serviços de saúde, mesmo através de centros especializados como os programas, antes citados, hoje sendo articulados pelo Ministério da Saúde, em todo o Brasil, como centros de referência, através de portarias da Renast - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, consiste em forma compreensível de tentativa de preenchimento do vazio assistencial que a rede de saúde propicia, mas que, por isso mesmo, acaba por se constituir contraditoriamente em área paralela assistencial. Mais adiante voltaremos a discutir a Renast.

Na medida da compreensão de que os agravos relacionados à saúde dos trabalhadores estão ancorados na forma de organização dos sistemas produtivos e, por conseguinte, associados a inúmeras outras formas de adoecimento de outros grupos populacionais, decorrentes da produção, distribuição e consumo de bens e serviços diversos, espera-se da rede de serviços de saúde mais do que uma atenção própria aos trabalhadores uma capacidade de atenção transversal que perpassasse todos os setores, da vigilância à assistência.

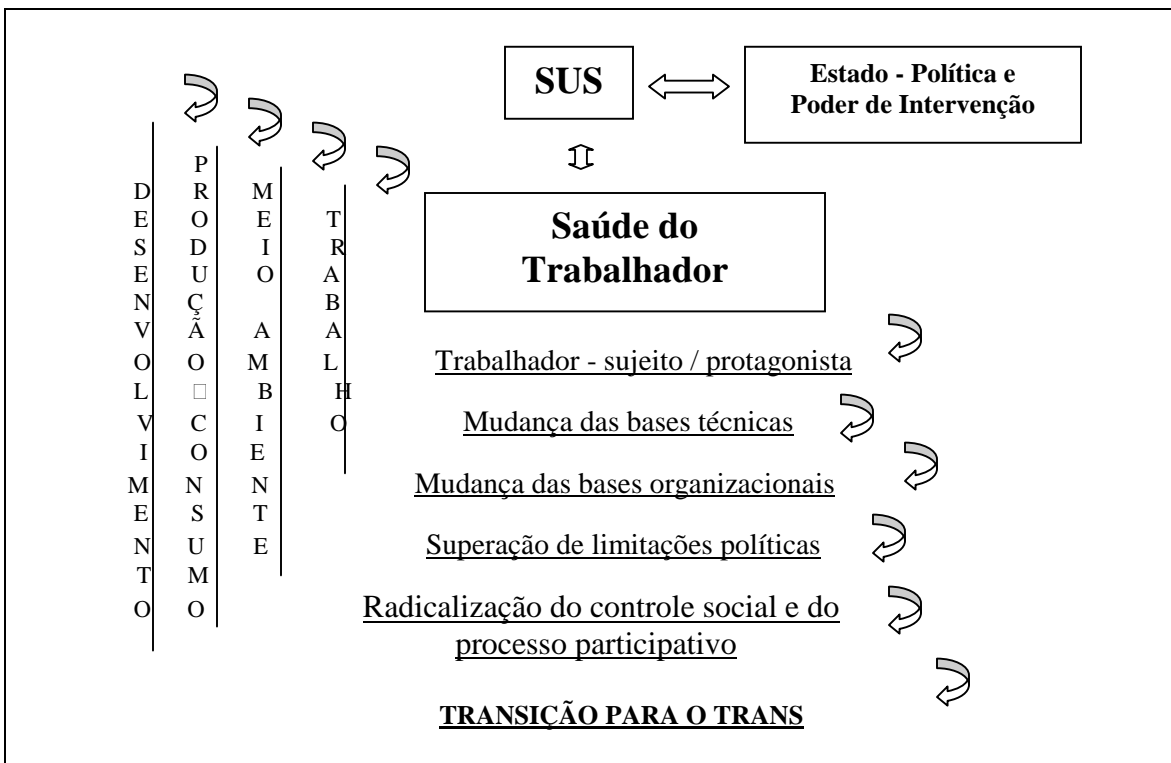
Desse modo, podemos considerar que a área de ST trata-se de um campo programático abrangente de planos e ações, entronizado no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, ainda não experimentadas. Coordenado pelo setor saúde em cada nível de gestão e inserido nas agendas de governo locais, o campo da ST viabiliza-se quando considerado na pauta do desenvolvimento sustentável, dirigido ao conjunto das instituições do Estado brasileiro com responsabilidades e atribuições sobre os processos produtivos e o modelo desenvolvimentista. Além disso, o devir da ST depende de sua

ancoragem no aprofundamento do debate quanto à capacidade de intervenção da rede de saúde e das instâncias de controle social do SUS, tendo como pano de fundo o trabalho como fonte de determinação de agravos vinculados aos processos produtivos e compreendido como categoria transversal a todas as ações de saúde.

Na figura 1, a seguir, observamos as principais variáveis que consideramos que compõem o paradigma do campo da Saúde do Trabalhador, ponto de partida para se pensar uma política de Estado na área de saúde / trabalho-produção / meio ambiente / desenvolvimento sustentável.

Figura 1

Saúde do Trabalhador - Configuração do paradigma como ponto de partida



Fonte: do autor

Podemos compreender o paradigma expresso na figura 1, levando em consideração a construção histórica do conceito de saúde do trabalhador, inspirada nos diversos autores assinalados, com alguns componentes mais significativos:

- a saúde do trabalhador que se expressa como uma política de Estado com poder efetivo de intervenção, tem sua base de formulação e execução no SUS, sob a sua

coordenação, com a premissa de que seja assumida a sua condição de sistema que ultrapassa os limites do setor saúde propriamente dito, como assinalado na introdução;

- essa política e a capacidade de intervenção deve considerar o trabalhador como sujeito protagonista, dando condições para que isso efetivamente ocorra pelos mecanismos tradicionais de controle social do SUS e agregando novos elementos de empoderamento dos trabalhadores, especialmente aqueles vinculados às ações de vigilância da saúde;

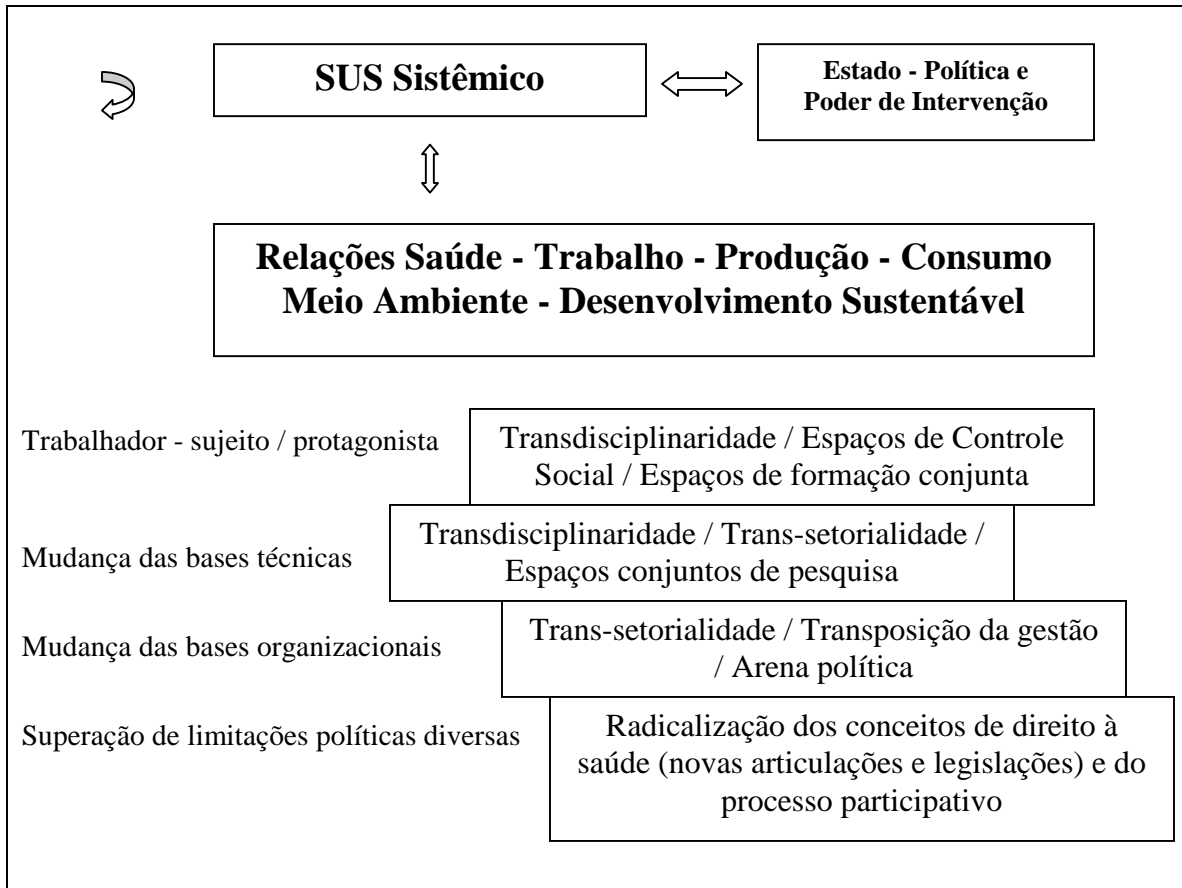
- o objeto de intervenção deve prever mudanças nas bases técnicas e organizacionais dos processos de trabalho e de produção em geral, de modo a refletir-se nos campos do trabalho/produção propriamente ditos, assim como nas condições ambientais, a ponto, inclusive, de interferir no modelo de desenvolvimento;

- por fim, a superação de limitações políticas de diversas ordens, desde estruturais dentro do próprio sistema de saúde, passando pelas estruturas do aparelho de Estado que têm responsabilidades diretas e indiretas sobre a saúde em geral, até chegar a superar as limitações da legislação e dos modelos negociais.

As grandes questões que permeiam a saúde do trabalhador podem ser agrupadas em 3 momentos sequenciais: o da sua configuração paradigmática (primeiro momento); o da arena da formulação política (segundo momento); e o do desenvolvimento da práxis (terceiro momento de concretização de suas aspirações conceituais históricas).

Sua vinculação profunda ao SUS, especialmente nos 2º e 3º momentos e, neste último, o coroamento da sua construção utópica, através da práxis, colocam para o campo da saúde do trabalhador o desafio de acompanhar a transição do sistema de saúde para uma concepção sistêmica. Nessa linha, o quadro a seguir agrega alguns elementos.

Figura 2
Saúde do Trabalhador - Configuração do paradigma
na concepção sistêmica do SUS



Fonte: do autor

A saúde do trabalhador perdeu-se em seu conceito original. Não quer dizer que não possa reencontrar-se. Por outro lado, os tempos mudaram exigindo novas acepções conceituais e revigoração de sua ideologia e utopias de origem.

A discussão do desenvolvimento sustentável é a oportunidade mais adequada para a retomada. Nos próximos capítulos serão analisadas outras interseções desse debate.

Nota

1 - O termo **inampsiano** é aqui empregado com o enfoque institucional da atenção ao trabalhador acidentado ou portador de doença relacionada ao trabalho. À época, o modelo de atenção médica à saúde do trabalhador, especialmente na reparação dos danos, era focado quase que exclusivamente no Inamps, na modalidade convênio, para onde se dirigiam, inclusive, grande parte das críticas acadêmicas e do movimento sindical.

Capítulo 4

A desfocalização da relação saúde-trabalho no contexto do desenvolvimento sustentável

Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos más allá y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve, para caminar. Eduardo Galeano (2004: 184).

Desenvolvimento e saúde - aproximações

As primeiras inquietações com as conseqüências do trabalho, da produção e, em última instância, do desenvolvimento sobre a saúde humana surgem no alvorecer da Revolução Industrial. Por motivações mais economicistas do que humanísticas, percebeu-se que os trabalhadores adoeciam muito e morriam muito, ao trabalhar nas novas fábricas. E passou-se a chamar a atenção para isso porque o fato poderia comprometer o próprio desenvolvimento da revolução industrial, pelo esgotamento da reposição / reprodução da força de trabalho. Surgem, então, as primeiras iniciativas para a configuração de diretrizes reguladoras das relações entre a saúde humana e o processo de produção de bens materiais, como as primeiras leis inglesas - Lei de Peel¹, em 1802, e o Factory Act, em 1833 (Graça, 1999).

Provável está que esses primeiros movimentos, para dar conta desse problema, consubstanciam o embrião de uma ideologia de um desenvolvimento dos sistemas produtivos, que seja capaz de dar sustentação à vida e, não, de comprometê-la.

Daí, não ser exagerado dizer que a idéia de sustentabilidade do desenvolvimento – desenvolvimento sustentável, como se vem convencendo chamar, tem seu mote inspirador mais primitivo na relação saúde-trabalho.

Com a evolução bem mais tardia, quase dois séculos depois, de uma "ideologia" do desenvolvimento calcada na preocupação com a saúde humana e ambiental, de algum modo perde-se esse vínculo primitivo com a relação saúde-trabalho.

Nesse contexto, a linha de análise buscada nesta tese pressupõe que a questão do desenvolvimento sustentável passa, em primeira instância, pelo campo da saúde como estrutura do aparelho de Estado. Por conseguinte, a questão do desenvolvimento, na sua vertente sustentável passa necessariamente pela gestão do sistema de saúde, em todos os

níveis, enquanto macro-política de Estado, direcionada objetivamente aos sistemas produtivos do país, quaisquer que sejam os setores econômicos implicados.

Das características requeridas para isso, já destacadas anteriormente, algumas como a retaguarda legal enraizada constitucionalmente, a capilaridade estrutural fortemente fincada em todos os municípios brasileiros e o controle social já universalmente institucionalizado e ativo sobre a política de saúde são diretrizes bem consolidadas no Sistema Único de Saúde. Aliadas à capacidade potencial sistêmica do SUS, a implementação de políticas públicas de desenvolvimento sustentável tem no setor saúde a estrutura do Estado brasileiro mais adequada para se efetivar e se tornar efetiva.

A base legal para a efetivação disso que se poderia chamar de missão institucional é suficiente e harmonizada com esses propósitos, embora se possa ter agregações de legislação infraconstitucional para melhor consolidar a missão.

Com base nas discussões anteriores, de forma simplificada podemos dizer que duas categorias de análise combinadas dão a tônica para a ideologia de um desenvolvimento sustentável: saúde humana e sistema produtivo.

Saúde humana certamente por encerrar a imagem objetivo que dá sentido à idéia (e ideologia) de sustentabilidade, onde se encontra a matriz teleológica de todos os seus argumentos: sustentar, enfim, a vida, que por ser finita tem na saúde humana o seu alongamento de finitude. Ou, como diria o poeta goiano Eguimar Chaveiro, em comunicação pessoal: *esticar o cordão do possível*.

E sistema produtivo por conter em sua essência a ordem, a desordem e a (re)ordenação dos modos de produção, em cada contexto sócio-econômico-político, capaz de gerar desenvolvimento e sustentabilidade (ou não) para a vida humana. Por sua vez, os sistemas produtivos têm no trabalho humano a categoria central capaz de viabilizá-los.

Pensar saúde e trabalho/produção como partes interligadas e indissociáveis das políticas de Estado voltadas para o desenvolvimento significa pensar políticas públicas mediadoras das duas categorias que as tornem interdependentes, simbiônticas.

Daí, a hipótese de que uma "sustentabilidade do desenvolvimento sustentável" repousa numa reformulação estrutural profunda, poderíamos dizer, numa revolução do sistema de saúde de um país, qualquer que seja, tornando-o mediador entre Estado e

sociedade na concretização da imagem finalística do que se pretende com a sustentabilidade da vida - saúde em última instância. Saúde das pessoas, das comunidades e dos ecossistemas que lhes viabilizam.

Essa revolução estrutural do aparelho de saúde, no caso brasileiro já foi deflagrada com o advento do SUS e está em curso, especialmente pela consolidação dos canais mediadores entre Estado e sociedade - os conselhos de saúde em todos os níveis.

A lacuna que nos desafia é "revolucionar a revolução da saúde" com a introdução da relação saúde-trabalho como categoria transversal às suas questões, aspirações e ações. Em outras palavras, saúde do trabalhador poderíamos dizer, enquanto campo operacional de intervenção sobre a relação saúde-trabalho, cuja base teórico-metodológica singular alicerçada na saúde pública, implica em articulações intersetoriais e sociais profundas.

A hipótese central que buscamos trabalhar nesta tese depende do como articular uma "ideologia sanitária" com uma "ideologia do desenvolvimento sustentável", entendendo que em última instância o objetivo da sustentabilidade é a preservação da saúde humana sobre um mundo em permanente transformação. Serão essas duas ideologias compatíveis na harmonização de propósitos e objetivos comuns para dar conta da missão de defesa da vida, em todas as suas vertentes? Vejamos.

Confronto de ideologias - De que falamos?

Utilizando a expressão ideologia como "um *sistema de idéias dogmaticamente organizado como um instrumento de luta política*" (Ferreira, 1986:913) compreendemos, em sintonia com essa definição, que uma "ideologia sanitária", no caso brasileiro, foi arquitetada sob variáveis da luta política encaminhadas por um sujeito coletivo singular denominado de movimento sanitário.

O movimento sanitário configura-se em sua singularidade por ter construído sua organicidade através da identidade do discurso e da criação de modelos alternativos; ter ampliado seu campo de ação, superando os limites do mundo acadêmico e penetrando na prática dos serviços; ter se originado nos aparelhos ideológicos de Estado (universidades), mas ter-se radicado na sociedade civil como movimento opositor ao regime; ter incorporado explicitamente a prática política rejeitando a neutralidade técnica; ter conscientemente constituído uma força contra-hegemônica nas instituições setoriais utilizando a estratégia de "ocupação de espaços"; ter tido um pensamento estratégico, procurando sua

ampliação nos espaços de poder para viabilizar suas propostas de transformação (Escorel, 1999:182).

Essa ideologia sobrevive como sustentação do sistema de saúde, objeto de desejo do movimento, alcançado na luta política e na arena de conflitos, com as evidentes perdas decorrentes das disputas. Sobrevive como ideologia de sustentação do SUS e sobrevive, sobretudo, como força latente contra a desfiguração ou anulação do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, o SUS é uma construção permanente fazendo jus ao conteúdo utópico de uma ideologia desse tipo: transformadora da realidade.

O "acolhimento" da saúde do trabalhador pelo sistema de saúde brasileiro agrega à identidade ideológica do SUS a questão do trabalho/produção como marca relevante de seus determinantes. Incorpora, outrossim, as lutas históricas travadas no âmbito das relações saúde-trabalho, ao longo de todo o tempo.

Bobbio utiliza a expressão ideologia com dois significados - fraco e forte (Bobbio *et al*, 2004). O significado fraco com um caráter neutro, que dispensa a mistificação da crença política, e o significado forte que impescinde da crença política (falsa consciência), segundo a ideologia marxista (idem *ibidem*:585).

Posteriormente, o caráter forte da ideologia em Marx perde seu significado negativo com as concepções de ideologia discutidas, principalmente, por Lenin, Lukács, Gramsci e Althusser (Bottomore, 2001), mantendo-se, todavia, a expressão marxista de ideologia como marca da dominação de classe.

George Luckács (1974) utiliza a noção de "falsa consciência" (clássica em Marx) com dupla mão, ou seja, ela está presente tanto ao nível da burguesia quanto do proletariado. A "falsa consciência" representa deformação (falseamento) da realidade no sentido da sua percepção e compreensão por parte da classe. O falseamento, assim, subsidia a "construção da ideologia" camuflando as verdadeiras estruturas que compõem a realidade social. Dessa forma, a sociedade dividida em classes, pelo caráter deformado como é percebida, só pode ser desmascarada pela análise científica das suas estruturas – econômicas, políticas, institucionais - e suas relações no contexto social (Luckács, 1974:67).

Nesse sentido, as desigualdades sociais, histórico-estruturalmente determinadas, passam a compor, nas convicções ideológicas percebidas pelas classes como valores "dados", como que imutáveis.

Uma outra definição de ideologia enquanto "*conjunto de convicções e conceitos (...) que pretende explicar fenômenos sociais complexos ...*" (FGV, 1987:570) também se aplica na compreensão deste trabalho, na medida em que o constructo final da ideologia enquanto impulso para a luta política tem na apreensão de conhecimentos explicativos da realidade sua condição imprescindível.

Althusser (1974) em sua discussão de ideologia nos permite tentar correlacioná-la a um estado inconsciente coletivo de dominação, guardando uma relação com a incorporação pela classe dominada de valores simbólicos, inclusive de valores relacionados estreitamente à reprodução e manutenção do capitalismo.

Gramsci nos fala disso quando considera que a hegemonia burguesa na sociedade provém do "*predomínio ideológico dos valores e normas burguesas sobre as classes subalternas*", dessa forma "*...estendendo sua influência a todos os gostos, comportamentos morais, costumes, princípios políticos e religiosos...*" (Gramsci *apud* Carnoy, 1990:90).

Por outro lado, Lenin e Lukács estabelecem a oposição entre ideologia burguesa (de classe dominante) e ideologia proletária (Bottomore, 2001) pressupondo, na substituição revolucionária da ditadura da burguesia pela ditadura do proletariado, a substituição de uma ideologia pela outra.

Desse modo, podemos considerar que, do ponto de vista marxista, a existência de duas ideologias de classe, antagônicas, opondo-se e situando-se em objetivos opostos na luta política, demarcam a própria forma e encaminhamento da luta.

A combinação desses fatores impostos por aparelhos de hegemonia, tendo como pano de fundo o Estado de classe (dominante), busca, além da justificativa e manutenção da dominação, o consentimento ativo da classe dominada.

As explicações para o consentimento da classe operária em relação à ideologia da classe dominante têm sido desde Gramsci, objeto de estudo e análise de vários pensadores, incluindo o próprio Althusser, através dos "seus" aparelhos ideológicos do

Estado, de Przeworski (1989), a partir de bases materiais do consentimento, e entre outros, de Nicos Poulantzas.

Em sua discussão sobre hegemonia e dominação, no contexto da luta de classes, Nicos Poulantzas vê o Estado como organizador das classes dominantes e isolador, através da individualização política, dos membros das classes dominadas. Assim, o Estado é o reproduzidor da ideologia dominante, legitimando-se aos olhos da classe dominada por meio de mecanismos "democráticos" (Poulantzas *apud* Carnoy, 1990).

As desigualdades nas relações econômicas são, dessa forma, consentidas a partir da igualdade - individual - nas relações políticas (voto individual, igualdade de oportunidades, "direitos" do cidadão etc.). E o Estado de classe, contraditoriamente, passa a se apresentar e ser aceito como um Estado de única classe subtendendo que o "povo" faz parte da mesma (*idem ibidem*).

O reforço a essa posição se encontra em vários autores, dentre os quais Claus Offe: "*O Estado somente pode funcionar como um Estado capitalista, na medida em que utiliza símbolos e fontes de apoio que escondem sua natureza...*" (Offe *apud* Carnoy, 1990:173), pressupondo a negação sistemática de sua identidade.

Marcuse, numa análise a partir de Carl Schmitt², refere-se à relação entre autoridade e dominação: "*a autoridade não se apresenta como constituindo uma função da dominação, como um meio de domínio [...] mas como razão da dominação [...] como poder sobre o reconhecimento voluntário, sobre a submissão voluntária à vontade e à concepção do portador da autoridade...*" (Marcuse, 1981:149-150).

Todas essas considerações clássicas do pensamento marxista, contidas nas diversas obras dos autores que se detiveram nessa análise, trazem a marca de uma tendência consensual a considerar, na sociedade capitalista e burguesa, a existência de duas "ideologias de classe": a de classe dominante e a de classe dominada.

Embora esteja bem consolidada, nos diversos autores, a idéia de predominância de uma ideologia sobre a outra, não está claro de que forma, através de que representações e por quais mecanismos a "classe dominada" aceita e até reproduz a ideologia dominante.

Os costumes, ritos, tradições e valores morais que compõem a natureza da ideologia dominante, na verdade, foram agregados ao longo da história numa complexa

dinâmica de fluxos bidirecionais, especialmente nas questões culturais das relações sociais, envolvendo todos os segmentos sociais.

Enquanto uma ideologia de classe dominante tem no seu caráter de conservação a sua essência de ser (manutenção do *status quo*, perenidade da dominância), uma ideologia da classe dominada encerra um caráter ambíguo de conservação/transformação, tendo no contraditório a sua essência.

Nesse contexto, Karl Mannheim (1966;1986) delimita o campo entre ideologia, cujo caráter mantenedor da ordem é conservador, e utopia, cujo caráter transformador é revolucionário. Assim, afirma Mannheim: "*Está implícita na palavra 'ideologia' a noção de que, em certas situações, o inconsciente coletivo de certos grupos obscurece a condição real da sociedade, tanto para si como para os demais, estabilizando-a portanto*" (Mannheim, 1986:67).

O caráter estabilizador da sociedade é, desse modo, para Mannheim, o núcleo fundamental do entendimento de ideologia. Já, a utopia é o movimento, o impulso para a transformação. "*Na mentalidade utópica, o inconsciente coletivo, guiado pela representação tendencial e pelo desejo da ação, oculta determinados aspectos da realidade. Volta as costas a tudo o que pudesse abalar sua crença ou paralisar seu desejo de mudar as coisas*" (Mannheim, 1986:68).

Michel Lowy, de certo modo reitera essa observação sobre o comportamento ideológico coletivo:

[...] a burguesia quando era uma classe revolucionária, na França do século XVIII, a sua visão social do mundo focava os direitos dos homens, a igualdade, a liberdade, a fraternidade ... Agora, no século XX, quando a burguesia está no poder, este mesmo conjunto de idéias, de filosofias econômicas, sociais e políticas, tomam um caráter muito mais conservador (Lowy, 1991:29).

Sobre a observação de Lowy, podemos parafrasear Mannheim assinalando que a visão social de mundo, por parte da burguesia, tinha um caráter utópico no século XVIII e ideológico a partir do século XX (Vasconcellos, 1991).

Vemos que a presença marcada do inconsciente coletivo nas análises definidoras de ideologia e utopia imprimem contornos de subjetividade ao comportamento dos grupos e movimentos sociais que, por sua vez, são pouco sujeitos a explicações sociológicas mais "duras" e restritas sobre sua razão de ser.

Felix Guattari (1990) parece reafirmar essas compreensões: "*O inconsciente permanece agarrado em fixações arcaicas apenas enquanto nenhum engajamento o faz projetar-se para o futuro*" (p.20).

E o próprio Carl Jung (1987;1988;1996), que formulou a sua psicologia utilizando amplamente o conceito de arquétipo, enquanto conteúdo do inconsciente coletivo da humanidade, considerava que as imagens arquetípicas guardadas no inconsciente coletivo, à semelhança dos instintos, só tem comprovada sua existência quando da sua concretização no campo do real. Este algo concreto se efetivaria por intermédio das várias formas de representações que impulsionam para a ação como a revelação de alguma coisa autônoma e poderosa que domina a consciência individual (Jung, 1996), e que, podemos acrescentar, sempre se reflete no grupo social.

A psicanálise encetou algumas (tímidas) tentativas para compreender a ideologia na sociedade capitalista e explicar porque grandes contingentes da população assumem convicções políticas contrárias aos seus interesses econômicos.

Embora não acreditasse que os fatores econômicos fossem determinantes de uma dada organização social e não tenha trabalhado o inconsciente, do ponto de vista de seu conteúdo arquetípico, Sigmund Freud (1974) via como determinante do comportamento social organizado as suas motivações psicológicas inconscientes subjacentes, enquanto Erich Fromm acreditava que a questão da ideologia deveria ser examinada a partir de suas raízes inconscientes (Bottomore, 2001).

Nas raras vezes em que Jung se reporta à questão político-ideológica o faz de forma enfática, utilizando a estrutura do inconsciente coletivo: "*O Nazismo constitui um desses fenômenos psicológicos de massa, uma dessas irrupções do inconsciente coletivo... As forças propulsoras do movimento psicológico de massa são de natureza "arquetípica"*" (Jung, 1988:59).

A partir dessas análises observamos que o conteúdo do inconsciente, e particularmente do inconsciente coletivo, é tido como determinante no comportamento das massas, muitas vezes expresso como imagens arquetípicas de dominação, sob a forma de mitos. "*O pensamento mitológico concebe o mundo visível, em toda a sua complexidade, como a réplica de ordem cósmica, do sistema de relações do mundo dos Deuses. Nas mitologias mais desenvolvidas era o modelo do Estado que fornecia o*

fundamento ideológico para a disposição política vigente entre os homens" (Enciclopédia Mirador Internacional, 1990:7768).

Assim, "*a ideologia representa a relação imaginária dos indivíduos com as suas condições reais de existência*" (Althusser, 1974:77), com um caráter mais conservador do estado das coisas, enquanto a utopia repousa na possibilidade de mudança das coisas, impulsiona para a desestruturação do poder de dominação, subverte, empurra para o futuro e movimenta para o novo.

É nesse contexto, inserido no objetivo desta tese, que colocamos um muro divisor entre uma ideologia do desenvolvimento sustentável e uma ideologia sanitária. Enquanto a ideologia do desenvolvimento sustentável agrega ao seu conteúdo de valores um conjunto de símbolos conservadores, pois parte da premissa de que o desenvolvimento é coisa dada, imutável, restando "adequá-lo" à marcha inalterável das coisas, a ideologia sanitária se alicerça na utopia da mudança e na perpetuação da mudança. Por isso, a Reforma Sanitária está em movimento, continua seguindo seu curso em busca do novo que, em si, é um objeto do desejo em permanente construção.

Já, a ideologia do desenvolvimento sustentável não configura uma utopia por não subverter a ordem do desenvolvimento. Apenas lhe agrega valores éticos, morais, humanísticos e técnicos para lhe conferir sustentabilidade. Ideologia de dominação, pois aí está.

Nesse confronto de ideologias antagônicas, uma utopia sanitária não deveria caminhar sem deixar de discutir o papel do sistema de saúde no interior do modelo de desenvolvimento sustentável, seus paradigmas, suas diretrizes políticas, suas ações de Estado.

Sergio Arouca, como um dos principais mentores da Reforma Sanitária Brasileira, tinha clareza desse processo ideológico fundado numa utopia sanitária. Em discurso na Assembléia Nacional Constituinte (1987-1988), Arouca assim definia o projeto da reforma:

A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira (Arouca, 1988).

Enquanto um paradigma mais amplo para a sociedade brasileira, a utopia-ideologia sanitária também é uma construção permanente de idéias que vai se ajustando com as mudanças dinâmicas da relação Estado-sociedade. É condizente, portanto, com tomadas de posição mais firmes e inovadoras, em relação a questões trazidas pela modernidade e pelos novos modelos de desenvolvimento propostos - o projeto civilizatório que, de certo modo, falava Sergio Arouca.

Quando a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080, de 19/09/1990 - assume em seu artigo terceiro que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho e que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país reafirma uma ideologia que fundamenta o enfrentamento das questões do desenvolvimento brasileiro. Resgata a antiga questão hipocrática das inter-relações que permeiam a idéia de saúde, conforme assinalava Ramazzini. Resgata o sentimento mais primitivo de que saúde, produção e ambiente em suas relações estão sob a esfera da mesma ação política e poder decisório no encaminhamento dos problemas causados ao grupo social. Mas, também, ao expressar essa ideologia que confronta o paradigma vigente de saúde, como sinônimo da ausência de doença, assume um comportamento utópico no sentido de mudar o rumo das coisas.

Aprofundar o resgate dessas questões, do nascimento de uma primeira preocupação com a relação saúde-desenvolvimento, ainda na Revolução Industrial, ao resgate da idéia de saúde como construção utópico-ideológica do processo de civilização é, com certeza, um exercício não experimentado nas políticas públicas de saúde do Estado brasileiro.

Saúde e desenvolvimento sustentável - a questão do direito e o foco no trabalho

Como observamos no capítulo 2, diversas são as teorias e correntes da sustentabilidade, nas quais não se observa em qualquer delas um foco teórico-metodológico mais intensivo sobre o trabalho, seu pulsar, sua organicidade e centralidade nos processos produtivos que, em essência primária, são a razão de ser do desenvolvimento.

O exame do discurso da sustentabilidade também mostra a confluência de vencedores (dominantes) e vencidos (dominados), bem ao molde das ideologias de classe e da dominação de classe com o consentimento das massas, como vimos anteriormente.

A retirada do trabalho da cena política no embate sobre a sustentabilidade encontra sua razão de ser na diluição do conflito de classes. A materialidade objetiva da exploração da força de trabalho, cuja contradição entre capital e trabalho foi responsável por grande parte, senão a maior, das conquistas na história do direito à vida e à dignidade, vê-se espaiada com a transferência do conflito para o campo da sustentabilidade.

Contraditoriamente, a desindividualização do direito, que poderia ser um salto de qualidade e avanço na abrangência da justiça, com a questão do direito difuso e coletivo relativiza a importância do processo de trabalho no desenvolvimento sustentável. No limite maior, a questão protocolar se fixa na lógica do poluidor-pagador, com a manutenção praticamente intocável da organização dos processos produtivos.

Nesse contexto, a questão de um direito revisitado em seus dogmas e provocado para um cara a cara com a ideologia-utopia sanitária é uma interseção de fundamental importância para contextualizar as variáveis que regem as inter-relações estruturais desse debate.

Na Revolução Industrial, com a consolidação do emergente capitalismo industrial, a necessidade de manutenção da saúde das pessoas no trabalho surge como construção social e política com responsabilidade explícita do Estado. Este se alia à nova burguesia industrial para o estabelecimento de regras de controle da produção e seus efeitos sobre o corpo dos trabalhadores, de modo que sua saúde seja adequada ao limite máximo da capacidade de trabalhar e (re)produzir capital.

O conceito de mais valia em Marx, em que a força de trabalho gera os excedentes necessários para a acumulação capitalista, implica na utilização ostensiva do "fator saúde" dos trabalhadores como seu componente imprescindível. Daí surgem as regras controladoras sobre a produção, por um lado, e sobre o corpo e a saúde, por outro, de modo a estabelecer limites e "equilíbrios" para a expropriação da força de trabalho - aqui compreendida como expropriação da sua fração saúde - para com isso não pôr em risco a vida das pessoas produtivas e, por conseguinte, não pôr em risco o objetivo das novas relações sociais de produção.

Demais, num primeiro momento, o pensamento iluminista reinante no século XVIII, ao exacerbar o direito de liberdade e igualdade, afasta o Estado das atividades econômicas e ingressa a individualidade de direitos na individualidade política e econômica (Ferraz, 2004).

A idéia de um direito natural em que os interesses pudessem se auto-regulamentar passa a vigorar, colocando o individualismo ao sabor da lei do mais forte, em que o capitalista industrial pela mão do poder do capital impõe as condições de trabalho que deseja, livremente e sem interferência do Estado. Sem haver igualdade de condições passa a haver uma igualdade jurídica (idem ibidem) incapaz de prever, contudo, as desigualdades de direitos decorrentes dos que vendem e dos que compram a força de trabalho no mercado.

Com a emergência da burguesia proprietária dos meios de produção industrial e a configuração de uma nova classe de trabalhadores industriais - classe do proletariado - aceleram-se as contradições, cujas repercussões sobre a sua saúde e vida são dramáticas.

Ainda na Inglaterra do século XVIII, diversas são as manifestações no sentido de se estabelecer regras no trabalho, de modo a amenizar o impacto das condições desumanas a que estavam submetidos os trabalhadores, especialmente crianças, nos ambientes de trabalho extremamente insalubres.

Portanto, as primeiras regras que vão dar contorno ao que viria a ser, mais adiante, o contrato de trabalho no marco do direito surgem no início do século XIX, sob a inspiração humanística de proteção da saúde da criança no trabalho, com o caráter tutelar (de "proteção") por parte do Estado.

A fundação do direito do trabalho, assim pode-se dizer, tem na preocupação com a saúde dos trabalhadores a sua razão primitiva de ser.

O surgimento da Medicina do Trabalho, do mesmo modo, é consequência desse processo, propiciando a criação de uma cultura médica dentro das fábricas que, posteriormente, será legitimadora das condições de trabalho e controle sobre o corpo operário, a despeito da razão hipocrática da medicina, sob juramento, ser móvel da cura e prevenção de doenças (Vasconcellos e Pignati, 2006).

Nesse contexto, o olhar da medicina desenvolvida nos estabelecimentos de trabalho para regular as condições de vida e saúde surge em contradição aos princípios da

medicina clássica hipocrática. A Medicina do Trabalho vai trilhar caminhos à semelhança do olhar médico sobre o escravo que, segundo o *National Colloquium on African American Health* (2002), a partir de suas raízes históricas, moldou o racismo na medicina norte-americana impregnando-se nos níveis institucionais, políticos, pessoais e influenciando a cultura médico-social do país (National Medical Association, 2002)³.

O olhar discriminatório da medicina sobre o operário, assim como sobre o escravo, estigmatizou-o por suas mazelas deitando raízes culturais que se perpetuam até hoje na medicina que lida com a relação saúde-trabalho. São diversos os exemplos que podem ser invocados.

A culpabilização do trabalhador enfermo ou acidentado pelo dano à sua própria saúde; a dificuldade de reconhecimento de danos subjetivos à saúde provocados no trabalho em procedimentos médicos no âmbito das empresas ou exames médico-periciais; a imposição de uma cultura médica de limites à sua atuação no contexto do trabalho (Waissmann, 2000), por exemplo, de exposição a agentes insalubres; a desconsideração dos problemas sóciofamiliares que afetam o desempenho no trabalho; entre outros, são exemplos da discriminação perpetrada ao trabalhador que, tantas vezes, fere sua dignidade e desconsidera seu direito à saúde como direito humano fundamental.

Em síntese, pode-se considerar que o nascimento de um "direito" à saúde nas suas relações com o trabalho, embora tenha, a princípio, uma inspiração humanística realçada pelo desenvolvimento do pensamento iluminista calcado na afirmação de direitos civis e de igualdade entre as pessoas, esbarra em relações complexas que vão desvirtuar sua trajetória.

O principal desvio se dá num direito que nasce tutelar e interventor sobre o corpo biológico, medicalizando-o e discriminando-o ao submetê-lo a regramentos que o façam se adequar à necessidade de produzir, e impondo ao ser humano deformações inesperadas e cumulativas do comportamento biopsíquico natural.

Observa-se, desde então, a distorção histórica com a desfocalização sobre os fatores determinantes da saúde nas fábricas, imputando à medicina a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde.

Evoluem, a partir daí, as regulamentações trabalhistas que vão reger o contrato de trabalho com cláusulas de direitos e deveres, em que a saúde e a segurança vão sempre

ocupar lugar de destaque, ainda que não explicitamente - duração de jornada, férias, repouso semanal, licenças especiais etc.

A par das novas legislações trabalhistas que se aprimoram durante o século XIX na Europa e Estados Unidos, começam a surgir regulamentos de seguridade social, cujo paradigma é a Alemanha de Bismarck, a partir de 1883, direcionados para a classe trabalhadora. O sistema de seguridade social comportava três seguros compulsórios: saúde (1883); acidentes (1884); e velhice e invalidez (1889).

Teixeira (1985) credits o pioneirismo alemão, a despeito de sua industrialização tardia em relação a outros países, ao fato de que

a transição retardatária realizada pela Alemanha não se fez sob a hegemonia de uma burguesia liberal revolucionária, mas sim através de uma coalizão entre as classes dominantes do velho e do novo modo de produção, construída a partir de uma decisiva intervenção do Estado na sociedade. Assim, ao invés de uma revolução burguesa, houve mais bem uma modernização conservadora, que não rompeu com o padrão de relações de autoridade tradicional (Teixeira, 1985:406).

Em sua análise, Teixeira assinala que o projeto do seguro social por ter origem na burocracia estatal e, não, no seio da "altamente politizada" classe operária alemã foi objeto de oposição veemente do movimento operário. Nesse sentido

o seguro social foi assim criado como um instrumento de cooptação de setores da classe operária, de forma a diminuir o seu potencial revolucionário. Este contexto vai imprimir uma marca fundamental no sistema do seguro social alemão que se revela na sua estrutura interna e na sua doutrina. Com relação à doutrina, assume-se como filosofia central do sistema a manutenção do *status* econômico do indivíduo durante sua vida laboral ativa [...] Além disso, os direitos sociais assim adquiridos são restritos àqueles cidadãos que, por sua inserção no mercado de trabalho, são compulsoriamente vinculados ao sistema de seguro (Teixeira, 1985:406-407).

Expressava-se objetivamente um conceito de seguridade social vinculado ao contrato de trabalho, excludente para o conjunto da população. O caráter de exclusão, inclusive como até hoje vigora, atingia a parcela da população que por razões diversas não fosse abarcada pelo seguro, mesmo sendo trabalhadora.

Simon Bolívar no célebre discurso de Angostura (Venezuela), em 15 de fevereiro de 1819, portanto antes do surgimento de normas trabalhistas e previdenciárias de regulação do trabalho, dava um tom mais desvinculado e universalista à questão da seguridade social: "*El sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor*

suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política" (Bolívar, 1819:online) (grifei).

A vinculação de uma seguridade social ao trabalho, que se desenvolveria no século XIX acabou por reforçar uma concepção de saúde enquanto "insumo" motriz do processo produtivo. No cerne das relações saúde-trabalho passaria a repousar um conceito de saúde vinculada ao contrato, tutelada por este, restritiva e discriminatória.

A segregação da saúde e seu confinamento à questão médica, direcionada a trabalhadores individuais, consolida-se com o estreitamento de sua relação com a segurança do trabalho, confundindo-se a esta, e dando origem mais adiante à área de saúde ocupacional. Reforçada pelo mecanismo da seguridade, a compreensão de saúde no trabalho, enquanto bem público e coletivo, cujas razões de seus problemas encontram-se na organização dos processos de trabalho, mantém-se adiada por dezenas de anos.

Nesse sentido, pode-se considerar que o surgimento dos instrumentos do direito na esfera das relações saúde-trabalho ocorreu em duas direções sincrônicas e complementares:

- uma vinculada a um direito trabalhista, cuja tônica é o estabelecimento de regras contratuais para o controle da produção sobre o corpo biológico (adaptação do processo produtivo) e o controle do corpo biológico na produção (adaptação da natureza humana), ambas com o caráter de uma pretensa prevenção dos danos à saúde;

- outra vinculada a um direito previdenciário, com o estabelecimento de regras de seguridade social para amenizar os efeitos da produção sobre a natureza humana, esta com caráter preponderante de uma pretensa reparação dos danos à saúde.

Assim, o desenrolar histórico das relações saúde-trabalho vai buscar seu aprimoramento em modelos de políticas públicas centradas no binômio trabalho-previdência, passando ao largo de abordagens condizentes com a compreensão de um direito à saúde largo, abrangente e não restritivo.

Justifica, do mesmo modo, o fato de que historicamente as relações saúde-trabalho não foram alvo de políticas de saúde pública, reservando ao Estado o tratamento político-jurídico dessas questões tão somente no âmbito das relações trabalhistas e da seguridade social (Oliveira e Vasconcellos, 2000).

Em síntese, a construção histórica do direito à saúde no trabalho evidencia distinções conceituais profundas com a idéia do direito à saúde, enquanto atributo de uma cidadania plena, irrestrito e garantido pelo Estado ao conjunto da população e não somente àquela parcela regulada pelo contrato de trabalho. E, mesmo a esta, como um conjunto de regras limitadas e limitantes.

Uma nova compreensão do direito à saúde no trabalho implica numa desconstrução de seu conceito, cuja matriz tem alicerces profundos, consolidados nas instituições do Estado, nas corporações profissionais, nas legislações específicas, nas políticas públicas e nas convenções firmadas pelos organismos internacionais.

O desafio de se repensar a saúde como direito amplificado e elevado à esfera do direito humano fundamental resvala no risco de se igualar "por baixo" a garantia do Estado em prover as condições necessárias de saúde para todos os que trabalham. Melhor explicitando, alçar a patamares mais elevados a garantia de saúde no trabalho significa ampliar direitos, independentemente daqueles já garantidos por legislações regentes do contrato de trabalho. Esses, por já garantidos, devem ser intocáveis. A questão que se impõe como desafio é o ir além da expressão normativa. É o considerar a complexidade das humanidades na configuração de um estado de saúde plena. É ultrapassar a retórica constitucional e garantir na disposição política e jurídica a condição plena para realizar as materialidades objetivas e subjetivas de que se compõe a saúde.

Significa, ademais, considerar o princípio como regra e não a regra como princípio. E, no caso da saúde enquanto direito humano, o princípio é calcado na humanidade em toda a sua complexidade, cuja diversidade de variáveis componentes é infinita. Passa pelas materialidades concretas de atenção à doença e sua prevenção até chegar às características subjetivas da pessoa, com suas marcas biopsíquicas, antropológicas, sociais e culturais. Pois que sem considerar-se as marcas humanas que configuram o estado de saúde, incompleta estará sua possibilidade de realização.

Implica na ampliação, do mesmo modo, do olhar institucional da justiça, pela via do Poder Judiciário, desabilitando

a postura clássica que entende como direitos apenas os civis e políticos e entende que direitos econômicos, sociais e culturais, incluído o direito à saúde, são apenas objeto de planejamento ou de políticas públicas, portanto, direitos que não são exigíveis de prova, direitos que podem ser exercidos pelo Estado apenas

progressivamente e, portanto, não há instrumento jurídico que viabilize o exercício individual de um direito dessa natureza. É um raciocínio muito vigente no mundo ocidental, que se contrapõe fortemente ao movimento internacional de definição de direitos que surge com a Declaração Universal de 1948, com a Declaração de Viena de 1993, com o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos de 1966, o Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1976 (Dodge *apud* Brasil, 2006d:193-194).

A ampliação do direito à saúde com a conotação de direito difuso e coletivo, onde repousam garantias do que se pode chamar de cidadania sanitária, inclusiva de uma cidadania ambiental, é consoante com a nova ordem constitucional brasileira e com a abordagem coletiva das políticas públicas de saúde. Todavia,

[...] uma coisa é o direito-regra, outra coisa é o direito-princípio, e a gente tem que trabalhar a saúde com um pé em cada uma, sabendo que a boa regra advém do bom princípio. É possível aliar o conhecimento da saúde, especialmente no aspecto da epidemiologia e no trato coletivo das questões, com o direito que, historicamente, trata as coisas de forma individual. Ou seja, a saúde trata individualmente os problemas de saúde – a clínica, e coletivamente a gestão pública – saúde coletiva, e nós do direito praticamente só clinicamos (Jacques *apud* Brasil, 2006d:195).

Nesse contexto, no marco do desenvolvimento sustentável, o direito, ao transpor a garantia individualizada do direito previdenciário-trabalhista para um direito ambiental, mais amplificado, corre o risco de perder o referencial de busca dos determinantes dos problemas lesivos à cidadania situados nos processos produtivos.

Do mesmo modo que a saúde coletiva bebe na fonte dos determinantes para propor suas ações, no âmbito das políticas públicas, o direito difuso e coletivo deverá beber na mesma fonte para propor suas ações no âmbito do direito público. E, nesse caso, o trabalho é a fonte primária determinante da sustentabilidade.

Desenvolvimento sustentável - uma ideologia excludente: a desfocalização da relação saúde-trabalho

Observamos até agora que é na relação saúde-trabalho que repousa a essência da relação entre vida e desenvolvimento em sua escala mais primitiva e original.

É na relação saúde-trabalho, na intimidade dos sistemas de trabalho, que se tem a evidência mais direta da capacidade de dilapidação da saúde e da vida, a partir dos processos produtivos, em virtude da forma como estão organizados, como se organizaram

historicamente e como continuarão sendo organizados sem a concretização da utopia sanitária.

É na relação saúde-trabalho que se tem clareza de observar o quanto os sistemas de produção, desde as formas mais simples de trabalho até as mais sofisticadas, modernas e tecnologicamente requintadas, são sistemas sociotécnicos montados sob uma lógica que não contempla em momento algum a valorização da saúde e da vida, sua manutenção e perpetuação.

Sistemas produtivos, quaisquer que sejam, não são feitos para melhorar a qualidade de vida ou preservar a saúde dos que produzem. Esta não é a sua essência. Mas esta é a essência de uma utopia sanitária

Nessa linha, ponto mais enfático da nossa discussão, podemos dizer, de certo modo caricaturando, que poderemos chegar a um nível de sustentabilidade do desenvolvimento, com um suficiente equilíbrio de ecossistemas em nível global e com um controle aceitável e adequado das fontes de degradação ambiental, um interesse crescente do capital internacional numa florescente indústria da sustentabilidade e, em contrapartida, a manutenção e, quiçá, o aumento da degradação da saúde e da qualidade de vida nos processos e ambientes de trabalho. Ou seja, estaríamos frente a uma contradição funda com a idéia de sustentabilidade, como parece já se delinear.

Uma aproximação com este cenário pode ser melhor visualizada a partir da análise de cadeias produtivas.

Na cadeia produtiva do aço, estão presentes condições de trabalho muito distintas: de um lado, as siderúrgicas certificadas segundo as normas internacionais; de outro, a precariedade das carvoarias artesanais, com utilização intensiva e predatória dos recursos florestais, exploração do trabalho em condições subumanas, incluindo crianças e adolescentes, empregando tecnologia rudimentar (Dias *et al*, 2002:270).

E, mesmo com a modernização dos sistemas produtivos, observamos que a deterioração da qualidade de vida e da saúde migra dos corpos visíveis dos trabalhadores para as suas mentes, cujas repercussões na sua saúde mental e relações sociais configuram formas mais sutis e pouco visíveis de sofrimento. Poderemos ter uma cada vez maior sustentabilidade do desenvolvimento e uma cada vez maior instabilidade do ser humano no trabalho, na medida de uma cada vez maior desconsideração de suas bases determinantes.

Efetuada todas essas ressalvas anteriores, não é o caso de se negar completamente a ideologia do desenvolvimento sustentável, pelo que ela traz de novas formas de luta contra-hegemônica aos modelos predatórios de desenvolvimento, calcados em interesses estritamente econômicos. Trata-se apenas de considerar quais são os alvos dessa luta e quais são os objetos centrais da discussão teórico-metodológica de seus princípios.

Nossa discussão recai no "abandono" do campo da saúde do trabalhador, no centro dessa discussão, entendida a saúde do trabalhador como matéria revolucionária de transformação dos sistemas produtivos. Entendida, ainda, como uma expressão utópico-ideológica da ação política sanitária holística, a que, talvez, nem o próprio "povo" da saúde do trabalhador, como falávamos na introdução desta tese, tenha se dado conta.

A saúde do trabalhador, a despeito de seu aspecto revolucionário vem sendo matéria reservada, ora a um nicho totalmente periférico às políticas públicas de saúde, ora a um nicho contratualista da regulação das políticas privadas de saúde e segurança do trabalho empresarial. É o que chamamos, nesta tese, de desfocalização da relação saúde-trabalho.

De certo modo, desfocalizando-se a saúde do trabalhador do contexto das políticas desenvolvimentistas preserva-se a "caixa preta" das organizações produtivas, públicas e privadas, e dos sistemas produtivos em última instância, mantendo-os imunes ao crivo dos setores interventores do Estado e dos setores críticos da sociedade em relação à condução de seus processos organizativos.

Assim, adoecer e morrer no trabalho continuam sendo questões circunstanciais, preservando-se e mantendo-se explicações causais de remota lembrança, em que preponderam, por exemplo, aquelas relacionadas à culpabilização da vítima.

É histórica e sobejamente conhecida nas relações saúde-trabalho a expressão ato inseguro, com a clara intenção de manter um status de culpabilizar o próprio trabalhador, quando este adoecer ou se acidenta no processo e no ambiente de trabalho (Wünsch Filho *et al*, 1993; Martins, 1999; Verthein e Minayo-Gomez, 2000; Oliveira, 2001; Vilela *et al*, 2004). Mesmo a autoculpabilização (Ribeiro, 1997; Velloso *et al*, 1998; Sato, 2001) é parte de uma cultura da culpa como estratégia de desresponsabilização empresarial sobre os arranjos técnico-organizacionais do trabalho (Porto, 1991).

A par de uma aparente modernização, comportamentos empresariais, cuja preocupação extramuros com a questão da poluição ambiental, totalmente sintonizada com a idéia de sustentabilidade, ao mesmo tempo em que se situa dentro de padrões socialmente e politicamente louváveis, mantém padrões medievais de exploração, assédio e desrespeito com os trabalhadores, cuja medida é cada vez mais difícil de aferir.

Nesse sentido, a ausência de uma política de saúde do trabalhador no setor saúde e, por extensão, na agenda ambiental e do desenvolvimento sustentável, legitima esses comportamentos. Assim, observa Raquel Rigotto:

[...] uma ausência de estratégias de atenção à saúde dos trabalhadores ... pode ser caracterizada como uma estratégia de negação, estabelecida para resultar em ocultamento dos conflitos ambientais e de saúde resultantes do processo de desenvolvimento em curso. Se a rede de serviços não está apta a identificar os danos do trabalho e do ambiente sobre a saúde da população ... Se não há reconhecimento do agravo ... Se as políticas públicas fecham os olhos para estes problemas, o governo engendra sua exclusão das prioridades do setor saúde, e dificulta sua visibilidade para a sociedade: na mídia, na pauta de negociação entre trabalhadores e empregadores, entre os temas de pesquisas (Rigotto, 2004:234-235).

Giovanni Berlinguer, nas soberbas discussões conceituais de saúde do trabalhador, inauguradoras do campo, como vimos no capítulo anterior, sinalizava para essas questões, especialmente chamando a atenção para a vanguarda do movimento operário, d'onde emanou, em essência a ST. No movimento desenvolveu-se, desde uma rica construção teórica a capacidade de intervir nas relações ciência-poder, nas questões da tecnologia moderna e na relação homem-ambiente (Berlinguer, 1983).

Com a introdução do tema da saúde dos trabalhadores no ideário da Reforma Sanitária Brasileira e, posteriormente, sua legitimação como ação sanitária tipificada nos postulados constitucionais de 1988, pensou-se que o campo da saúde do trabalhador seria objeto renovado de políticas de saúde pública nos anos subseqüentes. Engano, pois que em nenhum momento na história recente de consolidação do Sistema Único de Saúde observou-se algum programa de impacto nesta área, tratado como política de governo.

Ao contrário, algumas tímidas iniciativas por parte de órgãos públicos de saúde, especialmente no tocante à vigilância de ambientes e processos de trabalho, geraram violentas reações de setores empresariais, caso da Confederação Nacional da Indústria, e de setores governamentais da área do Ministério do Trabalho e Emprego, no sentido de

tentar descaracterizar a constitucionalidade da relação saúde-trabalho como problema de saúde pública.

Assim posto, estamos às voltas com dois grandes desafios: um, mais remoto, de como inserir na agenda dos governos, uma política nacional de saúde do trabalhador, abrangente e consolidada como política de Estado, obediente à norma constitucional e ousada como o tema exige de confrontar interesses que se contrapõem ao interesse da saúde; outro, mais atual e projetivo, de como inserir essa política na agenda do desenvolvimento sustentável brasileiro, configurando pouco a pouco uma política de Estado mais perene, inaugurando, no país, a adoção de uma inteligência sanitária que se contraponha aos interesses de manter a saúde em arcabouços curativistas, assistenciais, clientelistas e eleitorais, como vimos assistindo.

Algumas iniciativas de aproximação entre desenvolvimento sustentável e saúde do trabalhador, no campo político, não têm sido enfáticas e relevantes o suficiente, a ponto de influenciar a incorporação das relações saúde-trabalho ao repertório do discurso desenvolvimentista brasileiro. É o caso da recomendação da Organização Mundial de Saúde, em sua 55ª Assembléia Mundial de Saúde, quando coloca o ponto 13.3 da ordem do dia 18 de maio de 2002: Saúde e Desenvolvimento Sustentável, em que insta os estados membros "*... a que adopten políticas encaminadas a crear lugares de trabajo saludables, proteger la salud de los trabajadores y, de manera compatible con el derecho internacional y nacional, prevenir el traslado de equipo, procesos y materiales peligrosos;...*" (OMS, 2002:4-item 9).

O próprio Ministério da Saúde em documentos de circulação restrita às áreas técnicas já se posicionara mais diretamente frente ao tema do desenvolvimento e do meio ambiente, em sua relação com a saúde do trabalhador. Recomendações, por sabido, longe de se refletir em práticas concretas no Brasil.

Aproximações teóricas também têm sido tentadas, especialmente quanto ao enfoque das inter-relações saúde-ambiente-produção-consumo, de que temos alguns exemplos na literatura brasileira que trata do tema, assinalados no capítulo 2, que, do mesmo modo, não tem sensibilizado os tomadores de decisão na área da saúde.

Desse modo, a desfocalização da relação saúde-trabalho assume 2 aspectos cruciais:

- a sua desvinculação das políticas de saúde pública;
- a sua desvinculação das políticas de desenvolvimento.

Por força de sua potencialidade estratégica como contraposição às estruturas organizacionais dos sistemas produtivos, a desfocalização da relação saúde-trabalho tem raízes históricas profundas, inicialmente nos modelos capitalistas de Estado e, posteriormente, nos próprios Estados socialistas, cuja conformação dos sistemas de produção tayloristas-fordistas não possibilitou a democratização das relações de trabalho, especialmente nas questões de saúde, pré-condição sociotécnica e ideológica para a viabilização de uma política de saúde do trabalhador.

Na verdade, há porque se suspeitar que a desfocalização das relações saúde-trabalho tem sua razão de ser numa desvinculação da ideologia do desenvolvimento sustentável daquela de inspiração marxista da luta de classes, sob um pretenso anacronismo de seus postulados. Novamente nos confrontamos com a cisão ideologia/utopia.

Em clássico texto sobre sustentabilidade, embora seja evidente a centralidade do mundo do trabalho nas variáveis assinaladas, Sachs assim se reporta às suas cinco dimensões:

[...] sustentabilidade social ...criação de um processo de desenvolvimento que seja sustentado por um outro crescimento e subsidiado por uma outra visão do que seja uma sociedade boa; sustentabilidade econômica ...alocação e gerenciamento mais eficientes dos recursos e de um fluxo constante de investimentos públicos e privados...; sustentabilidade ecológica ...uso do potencial de recursos dos diversos ecossistemas, com um mínimo de danos aos sistemas de sustentação da vida; sustentabilidade espacial ...obtenção de uma configuração rural-urbana mais equilibrada e uma melhor distribuição territorial dos assentamentos humanos e das atividades econômicas ou, finalmente, sustentabilidade cultural ...conceito normativo de ecodesenvolvimento em conjunto com soluções específicas para o local, o ecossistema, a cultura e a área (Sachs, 1993:37) (grifei).

A despeito de que as cinco dimensões estejam invariavelmente atreladas às relações entre saúde e sistemas produtivos, não se focaliza, a nosso ver as relações saúde-trabalho com o devido tributo a elas devido.

Lima, em denso documento de circulação num dos principais centros de formação em desenvolvimento sustentável, no Brasil, seguindo o conceito clássico de desenvolvimento sustentável assinala que o mesmo implica em

gestar, socialmente, uma nova forma de desenvolvimento que compatibilize crescimento econômico e preservação do meio ambiente, ao mesmo tempo em que diminua as distâncias e desigualdades sociais, respeite a diversidade cultural e garanta condições e qualidade de vida para as futuras gerações (Lima, 2001:1).

A idéia de gestar, com o duplo sentido de criar e engendrar, parece sistematicamente desconsiderar o mundo do trabalho, com suas também profundas desigualdades sociais, na abordagem teórico-metodológica da sustentabilidade na literatura corrente, nacional e internacional.

No caso do Brasil, que nos interessa mais de perto, no levantamento bibliográfico realizado para esta tese agrupamos alguns temas para efetuar nossa busca. Fizemos o pareamento de palavras-chave, ou expressões, do tipo saúde do trabalhador combinadas a meio ambiente / desenvolvimento / sustentabilidade / política; e outras do tipo trabalho / desenvolvimento; trabalho / meio ambiente; trabalho / sustentabilidade; meio ambiente / desenvolvimento; política / desenvolvimento; política / meio ambiente; trabalho / educação ambiental; política / intersetorialidade; entre outras variáveis de combinação.

É patente a ausência da palavra-chave trabalho nos textos sobre as políticas públicas de desenvolvimento e de meio ambiente, nos conteúdos temáticos da educação ambiental e nos textos sobre as práticas de atuação de organismos sociais e não governamentais sobre políticas de desenvolvimento sustentável e meio ambiente.

Em extenso trabalho de revisão sobre a produção acadêmica brasileira - mestrado e doutorado - na área de saúde e trabalho, entre 1950 e 2002, Mendes (2003) relaciona 862 teses e dissertações. Das 37 citações nos títulos sobre a expressão ambiente e/ou ambiental, apenas 4 fazem menção a algum tipo de articulação entre ambiente e saúde-trabalho. As expressões política, desenvolvimento, sustentabilidade, integração, intersetorial ou intersetorialidade não surgem no título de nenhum dos trabalhos citados.

Em outro trabalho de revisão da literatura sobre a produção científica na área ambiental e sua interface com a saúde coletiva, Freitas (2005) observa que das 296 palavras-chave selecionadas, com 480 citações, saúde do trabalhador teve 5 citações. A expressão condições de trabalho foi identificada em 4 artigos de um total de 115. Também não se encontra na produção científica analisada a inter-relação entre saúde / trabalho / produção / desenvolvimento.

Na mesma linha, Santana (2006) analisa 1025 documentos de pós-graduação sobre saúde do trabalhador nas bases de dados Lilacs e Capes. Segundo a pesquisadora,

Os autores encontraram como temas mais comuns as doenças e acidentes de trabalho, sendo as pesquisas mais comuns as descritivas, com intoxicações, lesões por esforços repetitivos e doenças mentais concentrando o maior número de trabalhos que trataram de patologias específicas. As categorias ocupacionais mais estudadas foram os trabalhadores do ramo da saúde, ensino e agricultura (Santana, 2006:107).

Sem desconsiderar a importância desses trabalhos, é desolador ver-se a concentração do esforço da pesquisa acadêmica nos agravos do trabalho e seus efeitos sobre a saúde, quase que exclusivamente deixando em plano irrelevante a discussão sobre o tratamento, não das doenças, mas das suas causas.

Afora a repetição infundável de trabalhos de pesquisa em tudo similares, a ausência de pesquisas de campo para fora do mundo da doença, buscando as interfaces do mundo do trabalho na arena política é patente.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003) em trabalho de revisão sobre a incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre a relação saúde-trabalho assinalam:

Observa-se, finalmente, na produção das duas últimas décadas, um distanciamento das explicações globalizantes, das macroteorias e das metanarrativas. Em seu lugar, tornam-se mais abundantes as explicações de médio alcance que contemplam diversidades de mediações, temporalidades diferentes entre os níveis de análise e especificidades tanto das questões como dos sujeitos sociais estudados (p.134) (grifei).

Entendo que as explicações de médio alcance, assinaladas pelos autores, dizem respeito ao movimento de evidenciar conseqüências (eventos, agravos) no fim da linha dos determinantes sem aprofundar com a mesma ênfase sua gênese. Evidentemente, essas explicações só podem chegar até onde o alcance médio lhes possibilita chegar. Parece pouco.

Demais, com raras exceções se observa alguma aproximação entre essas questões, cujo sentido neste trabalho busca considerar que as fontes não naturais de dano ambiental encontram sua base de sustentação no processo de produção e no mundo do trabalho, tendo como primeira "barreira" ao dano, como primeiro sinalizador, o trabalhador na linha de produção.

Já no capítulo anterior ao se tentar redimensionar o conceito de saúde do trabalhador enfatizamos o sentido de "barreira" de que se reveste a figura do trabalhador na linha de produção. A falha ou conjunto de falhas tecnológicas, organizacionais, ou ambas, vai ter como primeira fase do dano ambiental o trabalhador, que se transforma em escudo humano (Machado, 1996) e primeiro elemento a sofrer o impacto que as fontes dos danos ambientais gerados nos sistemas produtivos encontram dentro dos limites dos sistemas de trabalho, antes de atingir o ambiente externo, por exemplo em acidentes ampliados.

Isso sem considerar os sistemas de trabalho que se confundem, por sua natureza, ao próprio meio ambiente, caso dos sistemas extrativistas (minério, carvão, madeira etc.), agropecuários, construção de grandes obras etc. Num contexto de análise das conseqüências sobre a saúde *lato sensu*, o trabalhador/escudo humano serve como sensor da capacidade dos sistemas produtivos gerarem danos, ao adoecer de forma mais visível - acidente, doença evidente - ou de forma menos visível - sofrimento psíquico, doença psicossomática, desajuste social. O aprofundamento da análise demonstra que a sustentabilidade do desenvolvimento dos sistemas de produção é incapaz de dar sustentabilidade à vida de cada um dos trabalhadores que lhes sustenta.

Porto e Freitas (2003), trabalhando com o conceito de vulnerabilidade e riscos industriais assinalam que dificuldades técnicas, organizacionais e econômicas, no âmbito dos processos e ambientes de trabalho, desencorajam a manutenção adequada de operações e sistemas, afetando a performance de segurança de complexos produtivos com potencial de acidentes ampliados.

É nesse contexto que a relação da saúde do trabalhador com o desenvolvimento sustentável guarda uma importância estratégica e política não valorizada. Wisner (1994), em magistral análise sobre o acidente de Bhopal parece enxergar bem essa questão. Relacionando uma série de eventos prenunciativos daquela catástrofe, assinala:

Do ponto de vista dos trabalhadores da usina, a situação não era menos perigosa. A direção favorecera, através de indenizações, a saída dos engenheiros e dos operadores. A metade dos técnicos e dos operários mais qualificados havia deixado a empresa. [...] Os mais importantes postos de controle da fábrica viram reduzidos seus efetivos. A situação já era péssima em 1982. A fábrica preparara uma "Semana de Segurança". Ocorreram dez acidentes durante os sete dias, e no sétimo dia, quando a semana devia encerrar-se com uma cerimônia, aconteceram três acidentes que obrigaram a Direção a cancelar a festa. [...] Na sala de controle

do MIC [metil-isocianato], havia só um operador, incapaz de vigiar os 70 indicadores em caso de emergência (Wisner, 1994:56-57).

O mesmo autor acrescenta outras situações contributivas para o desastre, como a perseguição aos sindicalistas que vinham reivindicando melhores condições de manutenção, treinamentos etc., e a omissão das autoridades responsáveis, mesmo tendo sido alertadas (Wisner, 1994:58-59).

Alain Wisner corrobora a prática usual de que na organização dos sistemas produtivos, o papel reservado ao trabalhador e às suas representações nos mecanismos gerenciais é tão somente o de objetos passivos, sem terem consideradas sua capacidade potencial de manejar os riscos atuando na sua eliminação e na capacidade e competência técnico-política de aprimorar os sistemas produtivos.

Nas situações cotidianas e emergenciais é do posto de trabalho ocupado pelo trabalhador e, portanto da parte mais íntima do processo de produção, que emanam as funções de controle dos processos industriais. O empoderamento do trabalhador recriando-o como o gerenciador mais próximo e imediato dos riscos, dando-lhe a condição técnica para isso e respeitando suas atitudes, gestos e decisões é ponto de partida para a formulação e reformulação de políticas de sustentabilidade, tendo o processo de trabalho como seu ponto de essência.

Do ponto de vista ético, inclusive, uma ideologia do desenvolvimento sustentável que não contemple, em primeira instância, a relação saúde-trabalho não se sustenta:

Sujeito às sobrecargas de trabalho, ao número insuficiente de efetivos controladores, aos códigos inadequados de comunicação, à imposição de ritmos pesados, à desvalorização de símbolos psicossociais, à hegemonia dos critérios de produtividade e aos clássicos riscos físicos, químicos, ergonômicos e de acidentes, o trabalhador é impelido a assumir uma postura, às vezes sobre-humana quando, diante de situações de emergência, é obrigado a permanecer no seu posto de trabalho pondo em risco a sua própria vida ou, cotidianamente, perdendo sua saúde (Ribeiro e Vasconcellos, 1995:12).

A recuperação de um conceito de desenvolvimento sustentável que considere como ponto básico de fundamento e primeira instância de abordagem a questão da saúde do trabalhador, ao afunilar o olhar técnico para a relação produção/saúde, paradoxalmente redimensiona o conceito e (re)valoriza os contornos de um entendimento

mais totalizante de desenvolvimento dos sistemas produtivos na sua relação com a saúde humana.

O compromisso com um processo de desenvolvimento sustentável deveria significar... um intenso e profundo investimento no controle dos riscos ocupacionais e ambientais gerados pelas indústrias, iniciado na seleção dos ramos de atividade menos nocivos, no acompanhamento do projeto das instalações, no monitoramento da qualidade ambiental, na normatização e fiscalização, na preparação do setor saúde, trabalho e meio ambiente ... Além é claro, da abertura de canais de democratização e de participação da sociedade civil nos processos decisórios (Rigotto, 2004:235).

Podemos estar diante do dilema proposto por Garret Hardin na "tragédia dos recursos comuns", um dos referenciais teóricos para a ideologia do desenvolvimento sustentável, publicado em 1968. Referindo-se ao sentido de tragédia proposto por Alfred Whitehead, em que a tragédia não é a tristeza, mas a solene falta de piedade do desenvolvimento das coisas, Hardin parte do exemplo de um pasto comum ao gado de vários donos que, pouco a pouco, vai consumindo seus recursos comuns. E conclui que cada homem está fechado num sistema que o impulsiona a incrementar seu ganho ilimitadamente num mundo limitado, em que a liberdade dos recursos comuns resulta na ruína de todos (Hardin, 1968).

Pensar o desenvolvimento sustentável sem pensar a relação saúde-trabalho pode vir a ser uma nova tragédia: a dos "trabalhadores comuns", com um meio ambiente preservado e recursos naturais controlados e o trabalho, propriamente dito, como fonte de doença, morte e loucura. Ou seja, a liberdade de utilização dos recursos comuns da força de trabalho pode resultar na ruína de todos.

Algumas reflexões propositivas

Avaliar a capacidade potencial e os espaços de construção de aplicativos das relações saúde-trabalho, como metas propositivas, no âmbito das políticas públicas, capazes de dar "sustentabilidade ao desenvolvimento sustentável" é esse tema instigante e pouco explorado.

Quanto se imprime de aplicativos de saúde nos sistemas de trabalho, propriamente ditos, especialmente na formulação das políticas públicas de saúde, seja no nível local ou nacional, ao debate do desenvolvimento sustentável? Nada, ou muito pouco, com certeza.

Estamos chamando de aplicativos, aqueles mecanismos reguladores estabelecidos pelo Estado, ora pela via de instrumentos normativos, ora por mecanismos de incentivo ou, ainda, pela via da adoção de metodologias peculiares da gestão pública direcionadas às relações saúde-produção, como pode ser o caso de metodologias de negociação e estabelecimento de pactos.

Assim, considerando o binômio saúde-sistema produtivo (trabalho/produção) como pano de fundo, com o aumento da produtividade no mundo moderno através das inovações tecnológicas, utilização crescente de novas substâncias e a adoção de novos processos de produção causando profundas transformações na qualidade de vida e da saúde dos trabalhadores, das comunidades e do meio ambiente; com a diminuição substantiva do papel do Estado na regulação dos mercados; com a transferência progressiva de seu papel, tanto no fomento de empregos quanto no estímulo aos padrões de consumo das populações; e com as imposições do processo de globalização, capitaneadas pela competitividade, induzindo as organizações empresariais a preterir investimentos necessários à manutenção do equilíbrio entre o crescimento econômico, a equidade social, a preservação ambiental e a manutenção dos níveis de saúde da população trabalhadora e consumidora (Ministério da Saúde, 2000), cabe refletir sobre algumas questões balizadoras:

- No processo competitivo, somente o mercado é incapaz de impulsionar as organizações empresariais, por si só, no sentido de desenvolver sistemas produtivos ambientalmente saudáveis, que garantam a eliminação dos danos à saúde dos trabalhadores e, por conseguinte, das populações expostas, nas linhas propostas pelo desenvolvimento sustentável (idem *ibidem*);

- O aparelho estatal, através de sua estrutura de leis e mecanismos clássicos de intervenção/coerção, da forma como hoje se organiza é insuficiente para alcançar o equilíbrio desejável entre níveis crescentes de produção e manutenção de níveis de saúde da população trabalhadora, consumidora e exposta aos riscos (idem *ibidem*);

- Os mecanismos tradicionais de participação social na saúde, ou mesmo em outros setores, são insuficientes para dar suporte e legitimidade para a efetivação de qualquer mecanismo adotado com vistas ao desenvolvimento sustentável.

Ou seja, frente às necessidades impostas pela nova ordem econômica mundial, nem o mercado nem as instâncias estatais, tampouco os níveis de participação social serão capazes de impedir o distanciamento entre o incremento da produtividade, com os rearranjos dos sistemas produtivos, e os desequilíbrios sócio-ambientais, especialmente aqueles que expressam fortemente situações de injustiça ambiental. Que mecanismos inovadores podem ou devem ser deflagrados para que se dê resposta a essas questões é o grande desafio que, a nosso ver, só uma política de Estado mais efetiva e robusta pode enfrentar.

Na capacidade de analisar as razões dessas insuficiências, passa-se a ter em mãos o instrumental subsidiário para buscar aplicativos de saúde aos sistemas produtivos, no âmbito das políticas públicas, que possam ser propostos ao acervo do desenvolvimento sustentável e da manutenção de um status de justiça ambiental preliminar aos problemas e, não, como ocorre, numa perspectiva de reparação dos danos já infligidos.

Desenvolvimento sustentável e os mecanismos de controle

Podemos considerar que, no estabelecimento de políticas públicas de controle de riscos e, por extensão, de desenvolvimento sustentável, existem dois mecanismos básicos de regulação: um compulsório e um opcional.

O mecanismo compulsório dá-se através da regulação do Estado, por meio de seus códigos e normas, além do exercício fiscal, nos níveis federal, estadual e municipal. O controle que envolve desde a análise do local onde uma indústria pode se instalar e do projeto industrial de instalação até, por exemplo, o controle dos níveis de emissão de poluentes, passa pela reparação dos danos causados que, inclusive, não deve ser privilegiada em detrimento da prevenção dos danos (Machado, 1991).

Também, através da regulação do Estado induz-se as empresas a adotarem seus mecanismos, por meio da elaboração compulsória de prevenção de riscos ambientais (Brasil, 1997; Brasil, 1998).

O mecanismo opcional pode ocorrer de vários modos. Através, por exemplo, de instrumentos como as certificações ISO 14000, que tem como finalidade atuar como elemento diferenciador das empresas no mercado, favorecendo sua competitividade. Nesse caso, é importante ressaltar que

a implantação da série de normas ISO 14000 sobre meio ambiente, por exemplo, não necessariamente implicará na mudança das condições de trabalho da parcela relativamente reduzida dos trabalhadores brasileiros empregados nas empresas com maior competitividade internacional, assim como muitas empresas nacionais detentoras do certificado ISO 9000 referente à qualidade de serviços e produtos não vem melhorando a qualidade de seus ambientes de trabalho automaticamente (Lino, 1995:52).

Outro mecanismo é o modo do seguro, em que as indústrias/empresas ao comprarem no mercado a cobertura pecuniária para eventuais sinistros de seu patrimônio, necessariamente devem aplicar mecanismos de gerenciamento de seus riscos, não só para o pagamento de menores prêmios como também para obter facilidades de conseguir cobertura para os riscos de suas plantas de processo.

Ainda, outro mecanismo opcional adotado, por algumas empresas, é o que busca diferenciação e incentivos dentro da sua faixa de atuação produtiva, como o "Atuação Responsável" da Associação Brasileira da Indústria Química, em que o desenvolvimento sustentável contemplado na gestão empresarial propicia uma melhor interlocução nos níveis executivos de concorrência menos predatória (Abiquim, 2005).

Observa-se que em nenhum destes mecanismos possibilita-se, de forma efetiva, a participação da sociedade, através de seus setores organizados - sindicatos de trabalhadores, associações de classes, de moradores, organizações comunitárias, não governamentais etc.

A maioria das empresas não reconhece a existência de problemas ambientais e de riscos às coletividades de trabalhadores e a comunidade, e ainda dificulta o reconhecimento da organização sindical nos locais de trabalho e no exercício dos direitos básicos dos trabalhadores... O acesso dos trabalhadores a esses dados e sua organização a partir dos locais de trabalho podem possibilitar a discussão sobre o processo produtivo, a responsabilização de empresas pelos prejuízos e riscos já presentes, o direito de recusa ao trabalho em locais e situações de riscos e proposições para melhorias e alterações nos ambientes de trabalho. Nesse sentido, a melhoria das condições de trabalho é algo de interesse público que supera o âmbito dos próprios empreendimentos produtivos e das localidades onde eles produzem suas mercadorias e serviços e também seus problemas (Mattos *et al*, 1995:66).

As formas de participação social, na modalidade capital social, proposta pelo Banco Mundial, como vimos no capítulo 2, estabelecem mecanismos de parceria e co-responsabilidade sem qualquer possibilidade de ingerência, por parte da sociedade, na definição de políticas e nenhum acesso a informações consideradas estratégicas pelos

setores produtivos. Portanto, não se enquadram no entendimento de controle social que temos no SUS.

Parece evidente, assim, que as políticas que pressupõem o "olho" do sistema produtivo no desenvolvimento sustentável, seja através de um ou outro mecanismo, compulsório ou opcional, tem como tônica a exclusão dos trabalhadores e da sociedade organizada do processo gestor.

A possibilidade da sociedade, através dos seus setores organizados, participarem, de algum modo, da formulação das políticas, sua implementação, controle, avaliação, correção de rumos e cumplicidade construtiva tem sido nula. Reserva-se, assim, aos setores sociais o papel distante de formuladores de denúncias assistemáticas e pontuais ou, no máximo, de formuladores políticos para-governamentais sem qualquer garantia de participação, controle ou mesmo de serem auscultados.

No caso do capital social proposto pelo Banco Mundial, os organismos passam a ser pontas-de-lança dessas políticas, quando não, testas-de-ferro de modelos de desenvolvimento que nem sempre são os mais adequados para as comunidades. Os mecanismos de inclusão do capital social na condução dos projetos políticos não ressignificam o processo participativo da sociedade, já que passam por canais corporativos e clientelísticos, cujos interesses são direcionados por suas fontes de organização e financiamento.

Considerando-se que a definição das estratégias de participação da sociedade na luta pela melhoria da qualidade de vida dá-se num contexto social, político e econômico, num determinado território, a nosso ver é factível reconsiderar-se a questão do desenvolvimento sustentável, a partir, por exemplo, da experiência do controle social vigente no SUS, hoje em fase de consolidação de suas estruturas que já atinge praticamente todos os municípios brasileiros (Brasil, 2006d). Seus problemas são inúmeros, mas encontram-se dentro da estrutura do Estado brasileiro, por dentro do aparelho de hegemonia, arena intestina da resolução dos conflitos que, mesmo que não se resolvam, explicitam-se.

Com o controle social institucionalizado, a relação Estado-sociedade avança na contradição, de modo distinto ao que a nova ordem propõe.

Um fator justificador, porquanto também preocupante, para a reconsideração do desenvolvimento sustentável, segundo as políticas públicas que o regem, é a completa desarticulação entre os mecanismos reguladores compulsórios e opcionais, aplicados pelas diversas instâncias do Estado e da sociedade, vislumbrando um palco de conflitos de competências e propósitos não harmonizados.

Considerando-se a relação da saúde com os sistemas produtivos, em suas nuances e especificidades, como parte indissolúvel das relações saúde / trabalho-produção / consumo / ambiente / desenvolvimento / sustentabilidade, tem-se uma possibilidade, não experimentada, de que o gerenciamento destas questões ganhe em abrangência, qualidade e consolidação dos resultados na razão direta do exercício do controle social de sua gestão, ancorado numa capacidade reguladora harmônica do Estado brasileiro.

A singularidade do sistema de saúde, dentro do aparelho de Estado brasileiro, no que tange à sua capilaridade territorial institucionalizada, vinculada à sociedade pelas instâncias de controle dos conselhos de saúde é uma realidade estrutural concreta, hoje, com um potencial de mobilização incalculável. Nenhuma outra instância do Estado brasileiro, na estrutura do poder executivo, mesmo aquelas com grande capilaridade como o setor de educação e as Forças Armadas, tem a abrangência tentacular do aparelho da saúde, conforme se depreende da observação empírica da conformação geopolítica do país.

Nesse contexto consideramos, como assinala Raquel Rigotto, em relação ao sistema de saúde:

Aos órgãos públicos estaduais e municipais apresentam-se novas demandas para lidarem com os problemas causados pelo processo de industrialização e as modificações demográficas, urbanas, ambientais, sanitárias, entre outras, dele decorrentes. Para o seu atendimento, seriam necessários processos intensivos de capacitação, de difusão permanente de informações, de equipagem, e de difusão de uma cultura de segurança industrial e de proteção ambiental, visando a construção da sustentabilidade deste processo de desenvolvimento. Se compreende-se a sustentabilidade em suas dimensões econômicas, sociais, ambientais, políticas e éticas, questões como estas devem ser consideradas para que se possa adjetivar o desenvolvimento de sustentável (Rigotto, 2004:236).

Como já assinalamos, se a gestão ambiental, na concepção clássica não contempla o aspecto mais singular e intimista da saúde na relação com o processo produtivo e se os recentes aplicativos de políticas públicas não vêm sendo construídos mediante uma lógica

de sintonização entre eles, podemos estar incorrendo num equívoco estrutural que venha a comprometer objetivos e resultados futuros como, por exemplo, atestar-se positivamente políticas de desenvolvimento sustentável que perpetuem a deterioração da vida na intimidade das linhas de produção. São desafios para superar essa "lógica":

- o desafio teórico-metodológico de harmonizar os referenciais teóricos de 3 grandes eixos temáticos de análise: o do desenvolvimento sustentável, propriamente dito; o das relações saúde-trabalho em primeira instância e suas derivações intrínsecas saúde-trabalho-produção-ambiente-consumo-desenvolvimento; e o do controle social em saúde, aplicado às relações sociais de produção.

- o desafio que trata da harmonização desses eixos teóricos na formulação e desenvolvimento de políticas públicas, com a criação de aplicativos e ações operantes integralizadoras entre eles, de modo a configurar uma política de Estado.

Em síntese, a política de Estado pensada nesses apontamentos poderia ser resumida em 3 grandes blocos: (i) o teórico-conceitual; (ii) o aplicativo e (iii) o operante.

(i) Como bloco teórico-conceitual, a refocalização da relação saúde-trabalho na produção de conhecimentos vinculados às ciências ambientais e demais ciências que subsidiam o ideário do desenvolvimento sustentável. O próprio conceito de saúde do trabalhador, de algum modo desvirtuado, situa-se numa zona de sombra entre saúde ocupacional, medicina do trabalho, saúde ambiental etc., contribuindo, no mais das vezes, para situar o campo em trincheiras limitantes do assistencialismo médico.

(ii) No bloco aplicativo, onde se situam, os marcos legais e negociais, há um espaço de criação infundável, tanto na remodelação dos próprios aplicativos, quanto na criação de novos, como os mecanismos de incentivo, ou ainda na inovação do papel do sistema de saúde, colocando-o como ponta de lança estruturador das políticas públicas de interesse da saúde no espectro do desenvolvimento nacional, em cada esfera de governo - municipal, estadual, federal.

(iii) O bloco operante, por fim, de ações e movimentos erigido, sustenta-se na relação do aparelho de Estado da saúde, dele com ele mesmo, e com a sociedade, no esforço comum do redimensionamento da categoria trabalho em sua indissolúvel ligação com a qualidade de vida e a saúde.

De cada um dos 3 blocos já discorremos, até agora, sobre vários pontos. Outros, também relevantes, são temas dos próximos capítulos.

Notas

1 -Para maior detalhamento ver: A Web of English History. The 1802 Health and Morals of Apprentices Act.

Disponível em <<http://dspace.dial.pipex.com/town/terrace/adw03/peel/factmine/1802act.htm>>
Acesso em 2/3/2005.

2 - Carl Schmitt – Staat, Bewegung, Volk (Estado, Movimento, Povo) Hamburgo, 1933. pg. 42.

3 - "*Historically, racism in medicine has operated at institutional, intellectual, policy, and personal levels. It is deeply ingrained in the fabric of the United States (U.S.) medical-social culture.*" in National Medical Association, 2002. Health Parity for African Americans: "The Slave Health Deficit" in National Colloquium on African American Health (p.2). Disponível em <<http://nmanet.org/images/uploads/Racism%20in%20Medicine.pdf>> Acesso em 07/08/2006.

Capítulo 5

Apontamentos sobre a Saúde do Trabalhador no atual contexto do Estado brasileiro

[...] considerar o mundo do trabalho no debate da questão ambiental aprofunda, radicaliza e explicita a questão sócio-ambiental. Se o Estado é já um ator freqüentemente pautado nesta discussão, aqui os agentes econômicos e os trabalhadores também têm que se fazer mais presentes. As implicações sociais e ambientais das inovações tecnológicas e organizacionais mostram suas marcas no corpo dos trabalhadores. Os riscos se realizam num contexto sócio-histórico que pode modificar inclusive sua nocividade. A reestruturação produtiva e as desigualdades sócio-espaciais que promove vão ficando claras. Os caminhos para dar fim à pobreza e à fome vão ser buscados de outra forma, a busca por novas tecnologias ganha outras diretrizes (Rigotto, 2005:69).

Como foi, como está

O propósito deste capítulo é discutir como o campo da Saúde do Trabalhador se organizou nos últimos anos e como está hoje organizado, tendo por base as políticas formuladas e desenvolvidas no SUS.

A partir dessas discussões são efetuados alguns apontamentos propositivos, já na linha de pensar a ampliação do objeto da saúde do trabalhador como matriz formuladora indispensável para uma política de Estado em desenvolvimento sustentável.

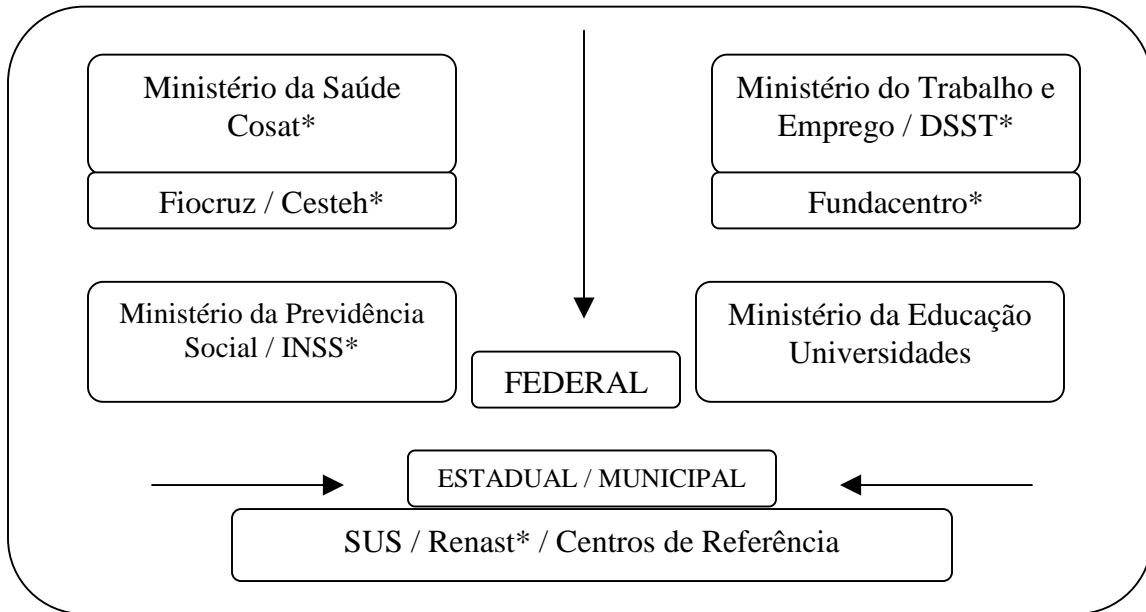
Anteriormente vimos o formato que a Saúde do Trabalhador veio assumindo, desde os anos 1980, com uma mudança de base conceitual que, todavia, não foi suficiente para agregar valores mais ousados de utilização de sua capacidade revolucionária à política estabelecida, tampouco redirecionar os seus rumos para uma ampliação do seu objeto.

Com a promulgação da Constituição Federal/88, onde se insere a atribuição do SUS de "*executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador*", em seu inciso II do artigo 200 (Brasil, 1988), a área institucionalizada de saúde do trabalhador vem passando por diversas turbulências, sem que se tenha um formato estrutural adequado.

A estrutura do aparelho de Estado brasileiro com missões específicas de atenção à saúde do trabalhador envolve basicamente quatro ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social, Educação), duas fundações (Fundacentro e Fiocruz) e centros de atenção da Renast/SUS, inseridos nas secretarias estaduais e municipais de saúde. À exceção da Fundacentro, cuja atividade-fim é exclusiva, as demais estruturas

possuem apenas setores (departamentos ou afins) específicos. A figura 1 sintetiza as estruturas citadas.

Figura 1
Estruturas do aparelho de Estado brasileiro com missões diretamente relacionadas à saúde do trabalhador



Fonte: do autor

*Cosat - Área Técnica de Saúde do Trabalhador / Cesteh - Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana / DSST - Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho / Fundacentro - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho / INSS - Instituto Nacional do Seguro Social / Renast - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

O nível de articulação entre as estruturas é baixíssimo, sendo que em alguns casos inexistente. As atribuições de cada uma das instâncias, já bem conhecidas, em muitos casos se superpõem, caso das informações, reabilitação, formação e fiscalização, entre outras.

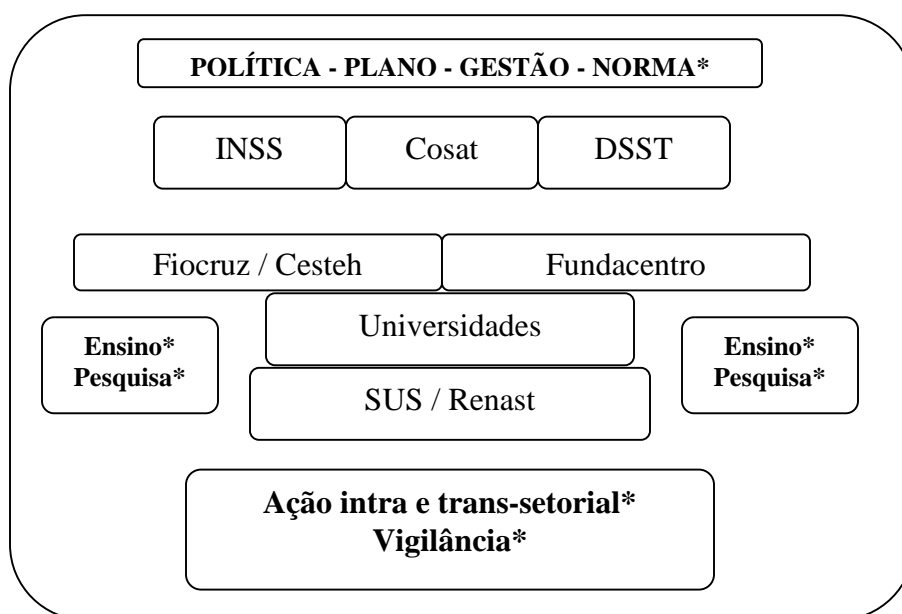
A seguir, de forma bem resumida, são apresentadas suas atribuições.

- Cosat - formulação política / coordenação da Renast
- Cesteh - ensino / pesquisa
- DSST - fiscalização das normas CLT
- Fundacentro - pesquisa / apoio técnico
- INSS - reparação previdenciária / informações sobre trabalhadores CLT
- Universidades - ensino / pesquisa
- Renast - implementação da política do SUS

Qualquer movimento no sentido de transpor as estruturas e a gestão para alcançar a política de Estado, na perspectiva do SUS sistêmico, implica em articulá-las organicamente no plano e na execução das ações, preservadas totalmente as suas estruturas originais, e introjetando as instâncias de controle social em todas as etapas (figura 2).

Figura 2

Estruturas do aparelho de Estado brasileiro na perspectiva de um SUS sistêmico com a missão de política de Estado



Fonte: do autor

*As instâncias de controle social participam integralmente de todas as etapas

Os espaços de debate

A par das estruturas assinaladas onde se desenvolvem intensas atividades de discussão sobre a área, existem diversos espaços "naturais" onde se desenvolve um debate mais institucionalizado da área de saúde do trabalhador.

Entretanto, um debate mais direcionado para o delineamento de uma política de Estado não vem ocorrendo de forma mais consistente e sistemática, de modo a produzir planos devidamente abrangentes colocando em cena os diversos atores institucionais e sociais implicados.

Desses espaços naturais de debate, embora existam muitos outros, destacamos na presente análise aqueles que possuem como características:

- abrangência nacional;
- pluralidade e relevância das representações;
- institucionalidade consolidada; e
- uma relação direta ou indireta com o aparelho de Estado na área saúde-trabalho.

São eles: as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador; a Cist - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; o Geisat - Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador; a CTPP - Comissão Tripartite Paritária Permanente; e a Comissão de Saúde e Trabalho da Abrasco (Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador).

As conferências nacionais de saúde do trabalhador - CNST

Em número de 3 (três), realizadas em 1986, 1994 e 2005, configuram-se em espaços muito ricos de formulação de propostas, especialmente por parte do controle social, mas sem concretização objetiva da maioria das mesmas.

Além disso, a motivação particularizada e pontual da maioria das propostas acaba por impedir uma diretiva mais consistente do ponto de vista da configuração de uma política de Estado para a área. A realização de conferências municipais e estaduais antecedentes à etapa nacional, especialmente a partir da 2ª CNST, é um momento de mobilização importante para a difusão do tema, com uma participação plural e intensa, particularmente do movimento social organizado na área sindical.

Todavia, as conferências acabam por externar abruptamente uma expectativa acumulada, por anos a fio, de (não) resolução dos problemas de todos os segmentos de trabalhadores que delas participam. E, pior, o não encaminhamento das propostas para sua efetivação pelo Estado acaba por torná-las repetitivas nas formulações.

Vimos na 3ª CNST de 2005 propostas exatamente iguais às da 1ª CNST de 1986, portanto formuladas há 19 anos. A bem-vinda renovação de quadros e da militância traz oxigênio, mas não traz à cena a memória acumulada. É um dilema a ser enfrentado.

Como observador de vários desses eventos, nas esferas municipal, estadual e federal, desde a realização da 1ª CNST em 1986, pude observar a ocorrência de alguns fenômenos curiosos. Em virtude da crônica ausência de resposta do Estado às legítimas

demandas trazidas pelo movimento social organizado e pelos técnicos, as propostas pulverizam-se, individualizam-se e, quando muito, ao serem coletivizadas, trazem marcas corporativas intensas. Muitas das expressões das necessidades trazidas nas conferências transformam-se em espécie de catarse coletiva, no sentido de defendê-las ou rejeitá-las. Por mais que se tente na organização das conferências não se consegue sistematizar as propostas guardando coerência entre elas.

À riqueza do momento de solidariedade em torno do objeto comum contrapõe-se uma escassez de objetividade no apontamento do *policy-making* e problemas na condução das propostas. Flávio Goulart, membro do Conasems, a propósito dos debates em conferências temáticas, observa:

Há um nível de polarização, que se transforma em batalha de vida ou morte por apenas uma vírgula em questões que não são ideológicas, mas técnicas, ligadas a uma área complexa e de difícil alcance para o cidadão comum. Falou-se, por exemplo, na Conferência [de Ciência e Tecnologia] de Minas Gerais, se o Ministério da Saúde deveria apoiar a telemedicina ou não e isso se transformou numa batalha campal. Ideologiza-se um negócio em que não há tantos componentes ideológicos. Este é o problema. Há uma militância profissional que está botando o controle social a perder (Goulart *apud* Brasil, 2006d:243-244).

A etapa nacional, embora mais sistematizadora, de qualquer modo reflete esse sentimento do "muito a fazer já que pouco se faz". Além disso, desde a 1ª CNST, as propostas via de regra não são encaminhadas, tampouco consolidadas como bloco subsidiário da política para a área. A questão parece se perpetuar:

Todas as 362 deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador ainda dependem de encaminhamento. O cálculo é de Marco Perez, coordenador da área técnica da Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, um dos três órgãos públicos responsáveis pela conferência, em novembro do ano passado. Mas, segundo ele, a discussão sobre todas as medidas devem ser concluídas ainda neste primeiro semestre (Camacho, 2006).

A 1ª CNST teve um caráter um tanto distinto das duas conferências posteriores por ter sido realizada no mesmo ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde - 8ª CNS (dezembro de 1986), como seu evento temático complementar, num momento de efervescência da Reforma Sanitária. Seus temas centrais foram: (1) Diagnóstico da Situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores; (2) Novas Alternativas de Atenção à

Saúde dos Trabalhadores; (3) Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores (Brasil, 1986).

A preocupação expressa com a formulação de uma política para a área, considerada dispersa, fragmentada e não relacionada ao sistema de saúde surgia, naquele momento, com a força reivindicatória pós-8ª CNS. Contudo, o elenco de propostas nem configurava um desenho mais acabado de política de Estado, nem seu relatório final foi trabalhado neste sentido. As proposições das duas conferências posteriores, do mesmo modo, não receberam qualquer tratamento no sentido idêntico de serem consolidadas como elementos para uma política de Estado.

De todo modo, realizada previamente ao processo constituinte, o conjunto de proposições da 1ª CNST, reafirmando o sistema de saúde como locus da política de saúde do trabalhador, por certo exerceu alguma influência para que se a consignasse na Constituição Federal/88 no âmbito do SUS.

A 2ª CNST, realizada em 1994 (março), tinha como chamada central *Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador* e teve

como temas complementares: Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde; Cenário de Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993 e Perspectivas; e, Estratégias de Avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Estes temas foram apresentados através de exposição ampla e diversificada, contando com a expressão de representantes de grupos e classes de poderes diversos. Nesse evento foram definidas as linhas e estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. As principais marcas dessa conferência foram a definição da Unificação das Ações de Saúde do Trabalhador no SUS, e a discussão das dimensões políticas, sociais, econômicas, técnicas e gerenciais deste caso particular de política pública (Silva, 2002:7).

É curioso que o tema desenvolvimento, meio ambiente e saúde fosse já em 1994 tema central da construção de uma política nacional para a área. Contudo, rigorosamente não foi tomada qualquer iniciativa para que essa proposição saísse do plano da intenção que a conferência trazia, tanto que, 11 anos após, a 3ª CNST volta a colocar o tema em pauta, mais como se estivesse sendo inaugurado do que se estivesse sendo reconfigurado.

Nesse contexto, nas escassas discussões, conferências e textos sobre desenvolvimento, meio ambiente e saúde (Buarque, 2002; Lacaz, 2002; Augusto, 2002; Mauro *et al*, 2002) a 2ª CNST teve o mérito de levantar a questão, mesmo sem ter havido

na década subsequente respostas no sentido de deflagrar algum processo político-institucional que lhe desse continuidade.

Outro mérito da 2ª CNST foi a grande mobilização de representantes institucionais e sindicais, no esforço comum de desencadear ações concretas no SUS. Em seu Relatório Final, no Capítulo dos Princípios, destacamos:

1) Os participantes da II CNST reiteraram e legitimaram os Princípios e Diretrizes Básicas do SUS, demandando sua efetiva implementação na área de saúde do trabalhador...Devem ser incorporadas ao SUS todas as ações de saúde do trabalhador e devem ser descentralizadas através da municipalização... (Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 1994.p.13)

A 3ª CNST, realizada em novembro de 2005, tinha como lema central *Trabalhar Sim, Adoecer Não*. A expressão adotada no tema central de pronto retira a ênfase de uma política nacional direcionada à área, ao contrário das duas conferências anteriores.

Antes mais marcadamente presente, a questão da política nacional perdeu-se na estruturação temática fragmentada. A ênfase no "*adoecer não*" é de duvidosa interpretação para a sociedade, do ponto de vista da análise do modelo de organização dos processos produtivos.

O binômio trabalho-doença, embora protagonista em sua relevância para a vida e saúde dos trabalhadores, afunila, ainda que simbolicamente, e direciona para a medicalização da relação trabalho-saúde, cultura hegemônica de caráter antagônico ao da saúde do trabalhador. Ainda que o fato não retire o expressivo conteúdo da discussão da 3ª CNST em seus eixos diretivos, o foco na doença ("*adoecer não*") é um sinal considerável da atual condução da política.

O não adoecimento será consequência de uma profunda revisão da base política e técnica de intervenção sobre os processos de produção. Essa, a nosso ver, é a ênfase resignada. Tudo faz crer que continuamos com o foco no médio alcance, de que falavam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003).

Coaduna-se com essa representação simbólica a utilização da expressão segurança no documento interministerial *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador* que integra os textos de apoio para a 3ª CNST. Anteriormente, no capítulo 3, discutimos a relevância desse fato.

Os 3 eixos diretivos da 3ª CNST foram:

□ Eixo 1 - Como Garantir a Integralidade e a Transversalidade da Ação do Estado em Saúde dos(as) Trabalhadores(as)?

□ Eixo 2 - Como Incorporar a Saúde dos(as) Trabalhadores(as) nas Políticas de Desenvolvimento Sustentável no País?

□ Eixo 3 - Como Efetivar e Ampliar o Controle Social em Saúde dos(as) Trabalhadores(as)?

De fato, a articulação entre os eixos é parte efetiva do que se espera para uma política de Estado com as características da discussão desta tese. Por outro lado, a pujança da organização da 3ª CNST, com 1241 conferências prévias, entre estaduais, municipais e regionais e a participação estimada de 100.000 pessoas em todo o processo não coloca esse grau de mobilização em correspondência a uma resposta do Estado brasileiro a essas questões. Na conferência estadual preparatória de São Paulo, um pouco do desafio dessa construção para a 3ª CNST e a expectativa gerada com o tema foi apontado numa das palestras:

[...] quero terminar com uma também de Minas Gerais. Depois do queijo, a coisa que a gente mais gosta é chupar jaboticaba no pé, principalmente em outubro, depois de uma chuva. É impressionantemente bom. Só tem um problema. É que em geral toda jaboticabeira tem cachorrada em baixo. Cães bravios. Era menino e a gente queria chupar jaboticaba. Na minha terra tinha uma rezadeira muito forte, Tia Rufina, e nós fomos pedir a ela que ensinasse a gente uma reza contra cachorro. Tia Rufina ensinou. Choveu, fomos para o jaboticabal. A cachorrada nos pegou. Correria, mordida, troperia. Voltei à Tia Rufina. - "Mas, Tia Rufina, a reza era forte, mas não funcionou..." E ela falou: "Levaram porrete?" - "Mas Tia Rufina, tinha que levar porrete?" - "Claro! Pra cachorro a minha reza sem porrete não funciona." [...] Essa Conferência é a reza. A vossa disposição permanente de agir nos vossos diversos campos respectivos para incluir saúde do trabalhador no conceito de sustentabilidade e alcançar as nossas perspectivas é o vosso porrete. Toda força à 3ª Conferência! (Vargas Neto, 2005:online).

O resultado da 3ª CNST não indica perspectivas de mudança nesse campo. Não se tem qualquer indicativo de movimentação no âmbito do setor saúde em desencadear essa discussão. O conjunto de mais de uma centena de resoluções sobre saúde e desenvolvimento sustentável tem um valor inequívoco como mosaico de idéias, mas baixíssimo grau de articulação entre elas e praticamente nenhuma capacidade de impulsionar para uma ação política.

Além do impacto favorável da mobilização social ensejada, impõe-se o desafio de se repensar a praticidade da conferência temática como espaço de formulação e acatamento pelo Estado brasileiro de suas resoluções. Lacaz (2005) se manifesta nessa mesma direção:

Assim, se por um lado o Controle Social em Saúde do Trabalhador tem uma história que é anterior à existência do próprio SUS (Lacaz, 2005) e deve, por isso, ser considerado no sentido de valorizar esta trajetória e especificidade; por outro, a realização de Conferências no formato em que vêm sendo realizadas e por temáticas específicas deve ser repensada, na medida em que a fragmentação de temas não contribui para a reflexão sobre os destinos do SUS num momento em que a focalização das políticas sociais ganha mais força. Diante desse dilema devemos caminhar para a realização das Conferências Nacionais de Saúde, nas quais as temáticas específicas sejam embutidas, na perspectiva de sua contribuição para a construção do SUS como o todo a ser cada vez mais aperfeiçoado e defendido, na medida em que se configura como a única política de Bem Estar Social que logramos criar com nossas lutas, embates e que remontam ao Movimento da Reforma Sanitária... (Lacaz, 2005b:48).

Temas em que o setor saúde, propriamente dito, necessariamente deve dialogar com outras estruturas do Estado, a abertura de uma agenda para a sociedade é considerada como ponto estratégico. Tecendo observações sobre a atuação do controle social em saúde, Humberto Jacques (2006) observa a necessidade de uma política de alianças mais abrangentes:

O que falta é uma aliança com outros movimentos, ainda por uma questão de tempo, mas ela vai acontecer. Todo mundo no movimento sanitário sabe que as condicionantes da saúde estão fora da saúde – a segurança reflete na saúde, o trabalho reflete na saúde – e a aliança com o movimento social reivindicatório nessas outras estruturas ainda não foi feita suficientemente bem. Na hora que isso acontecer ninguém segura. Então, parece que o movimento da saúde está mais preocupado em ir longe do que ir lá, tem hora que quando se encontra uma barreira muito grande aqui, está difícil de avançar, tem que voltar aqui e fazer o largo. Enfim, um movimento forte nacionalmente, com um nome, uma marca, para, inclusive, fortalecer os conselhos e sua atuação, penso ser uma lacuna na conjuntura atual em que estamos vivendo (Jacques *apud* Brasil, 2006d:233).

Em síntese, a disposição significativa de um exército - o "povo da saúde do trabalhador" - para a luta e desejo de mudar a realidade não vem recebendo o suprimento e a inteligência logística do Estado brasileiro para se pôr na batalha.

O reflexo dessa percepção se expressa na fala de gestores de saúde. Em pesquisa recente sobre os olhares e as vivências dos gestores sobre o SUS foi assinalado:

O momento de formulação de políticas, ainda que conte com representação da sociedade, tem um caráter fortemente governamental, pois, como aponta a pesquisa, na maioria das vezes os planos de saúde são elaborados pela burocracia governamental (secretarias de estados, com forte participação dos secretários municipais), e, por outro lado, ainda que no setor Saúde tenha se observado a ampliação da participação social, esta ainda se apresenta como "*embrionária e frágil*", conforme depoimento de alguns dirigentes do SUS estadual (Lotufo, 2005:144).

Dois aspectos ressaltam nessa discussão: o de que o Estado realmente tem a verdadeira força para implementar as políticas e o faz independente da participação social; e o de que a mobilização social, de per si, da forma como está institucionalizada no SUS, ainda é insuficiente para movimentar o Estado. Talvez seja o "porrete da tia Rufina" o diferencial que falte para se chegar ao ponto do desejo.

A manter-se essa tendência, podemos concluir que as conferências temáticas de saúde do trabalhador pouca influência terão no rumo dos acontecimentos, aguardando por mecanismos inovadores de gestão participativa.

A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - Cist

Vinculada ao Conselho Nacional de Saúde - CNS, por força dos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1991), a Cist tem como objetivo assessorar o CNS nas questões atinentes, pois não possui poder deliberativo ou resolutivo.

Sua composição prevê um representante de cada uma das instituições: Ministério da Saúde; Ministério da Previdência; Ministério do Trabalho e Emprego; Conass; Conasems; Instituto Ethos; Abrasco; CUT; e Força Sindical (Conselho Nacional de Saúde, 1999).

Como membro participante da Cist durante vários anos, ora representando o Conass (titular), ora o Ministério da Saúde (suplente), pude observar que a sua razoável capacidade formuladora não se harmoniza com a sua insuficiente capacidade de influência sobre a política.

A Cist se configura como um espaço rico de reflexão da política, mas restrito tanto pela abrangência quantitativa de sua representatividade, quanto pela baixa repercussão sobre as bases de suas representações.

Algumas iniciativas de bom êxito da Cist foram importante contribuição para a área, mas confinadas a objetivos pontuais da política. Podemos citar a *Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS* (Brasil, 1998b); a *Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST/SUS* (Brasil, 1998c); a *Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho* (Brasil, 1999); a proposta de preenchimento de Autorizações de Internação Hospitalar nos casos compatíveis com acidente de trabalho (Portaria n.º 1.969/GM, de 25/10/2001); o capítulo *Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS da NOB/RH-SUS - Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS* (Brasil, 2005b); e a co-organização das conferências temáticas (Conselho Nacional de Saúde, 1997).

Todavia, muitas dessas iniciativas tiveram origem na própria área técnica do Ministério da Saúde (Cosat) que as apresentava à Cist para o aval do controle social. Seu encaminhamento, inclusive, dependia da Cosat, cujo poder decisório, por sua vez, era escasso, por se situar no 4º escalão do Ministério da Saúde, conforme vimos anteriormente, estrutura em que se mantém até hoje.

Um retrato da dinâmica da Cist pode ser exemplificado com a instrução normativa de vigilância, de cuja confecção participamos ativamente, no período 1994/1995. Após sua apresentação e aprovação pelo CNS, a portaria ministerial que a institui só foi assinada mais de 3 anos depois, em julho de 1998.

O pretense objetivo de que as representações na Cist retornem as propostas para as suas instituições de origem, e delas tragam uma posição institucional, não se viabiliza e nem se concretiza em nenhuma delas, pelo que observamos nos vários anos como membro da comissão.

A relação entre a Cist e o Conselho Nacional de Saúde, por seu turno, é excessivamente formal e depende de acomodações da agenda do conselho para que as propostas sejam apresentadas e eventualmente aprovadas.

Em síntese, o controle social em saúde do trabalhador carece de mecanismos mais representativos e mais articulados com outras instâncias, inclusive entre o próprio controle social com ele mesmo nas diversas instâncias nacional, estaduais e municipais, além de um encurtamento entre o tempo formulador e o tempo executor.

O Geisat - Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador

Criado por portaria interministerial e composto pelos ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência Social, o Geisat tinha como propósito estabelecer a integração ministerial para buscar "*o atendimento integral dos trabalhadores*" (Brasil, 1993b).

Sua atuação, atualmente, pauta-se pelas seguintes ações: desenvolvimento e integração das ações e programas; compartilhamento dos sistemas de informação; aposentadoria especial SAT (novo modelo); fiscalização/vigilância; assistência ao acidentado e portador de doenças; sistemas de informações de acidentes e doenças do trabalho; reabilitação profissional (Fundacentro, 2006).

A criação do Geisat, em 1993, foi motivada pela necessidade de romper com a fragmentação de atribuições nas estruturas de saúde, trabalho e previdência, especialmente mais visível após a Constituição Federal/88, quando se interpenetram atribuições estabelecidas no SUS com outras áreas.

A comissão interministerial que lhe deu origem (Brasil, 1993) gerou uma série de portarias interministeriais e havia uma intenção concreta de estabelecer uma articulação mais sólida entre essas instâncias do Estado. Sua composição inicial, em nível de escalão de poder decisório, fazia crer que se avançaria nessa direção. Entretanto, o grupo executivo interministerial, criado a partir da comissão original, com as mudanças governamentais ocorridas a partir do período 1993-1994, perdeu sua força inicial e se transformou num espaço protocolar, de nível técnico, sem capacidade político-institucional de encaminhar propostas concretas de articulação intergovernamental.

Como pude observar durante alguns anos, como membro do grupo, representante do Ministério da Saúde, a despeito das intenções dos participantes não se conseguiu qualquer medida impactante que superasse a desarticulação interministerial na área, fato que se mantém até hoje.

Uma proposta apresentada ao Geisat, no período 2000-2001, no sentido da sua descentralização para os estados, não foi levada adiante. É uma questão que poderia ser reavaliada, com as devidas adaptações, num eventual reordenamento da política nacional.

Concretamente, o Geisat superpõe-se à Cist, compreendendo as mesmas representações, inclusive pessoais, e não possui capacidade decisória para operacionalizar mudanças de nível ministerial, consoante sua motivação original.

A Comissão Tripartite Paritária Permanente - CTPP

Com base no sistema tripartite paritário de regulamentações na esfera das relações de trabalho, preconizado pela OIT, o Ministério do Trabalho criou a CTPP em 1996 (Portaria SSST/MTb n.º 02, de 11 de abril de 1996).

Composta de 5 representantes em cada bancada: governo (Trabalho, Saúde e Previdência); empregadores (CNC, CNI, CNA, CNT e CNIF) e trabalhadores (FS, CUT e CGT), a comissão estabelece regulamentações segundo as etapas: eleição/ priorização do tema a ser regulamentado ou revisto; elaboração de texto técnico básico; publicação do texto técnico básico no Diário Oficial da União para consulta pública; constituição de grupo de trabalho tripartite para análise e elaboração de proposta de regulamentação; análise da proposta de regulamentação pela Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho e publicação de portaria (Brasil, 2006f).

A CTPP, por força de sua natureza, é um fórum restrito de atuação centrada nas Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho, regidas pela Lei nº 6514, de 22/12/1977, e Portaria nº 3.214, de 08/06/1978, da CLT (Decreto-Lei nº 5.452, de 01/05/1943).

A despeito de congregar representações de extrema relevância para a relação saúde-trabalho/produção-desenvolvimento, a CTPP não se configura como um espaço ampliado de discussão das políticas públicas nessa área, tendo em vista a sua própria missão institucional. O escopo de atuação no campo estrito da CLT é um limitante apriorístico.

Numa das ocasiões em que participei da CTPP, como membro do Ministério da Saúde, em que foi debatida a questão da vigilância dos ambientes de trabalho, por parte do SUS, a reação da bancada dos empregadores foi extremada e hostil no sentido de repudiar a ação do sistema de saúde nessa área.

O fato corrobora dois aspectos fundamentais: o 1º quanto à inequívoca posição do setor empresarial em não reconhecer o sistema de saúde como legal e legitimamente constituído para fiscalizar os ambientes e processos de trabalho; e o 2º quanto à impropriedade da CTPP como fórum de debate dessas políticas.

A visão empresarial, arraigada numa concepção histórica de que a saúde no trabalho não é um problema de saúde pública, tem raízes profundas ancoradas em razões sem fundamento teórico-metodológico, mas apenas em razões políticas. Muitas das razões já foram aqui debatidas, mas cabe ressaltar aquelas que a própria CTPP legitima. Destacamos duas:

- a concepção da negociação tripartite, propugnada pela OIT; e
- a concepção similar, por parte da burocracia técnica do Ministério do Trabalho, baseada num corporativismo refratário de raízes históricas profundas.

O modelo tripartite de formulação da política e da lei em segurança e saúde é profundamente aético, na medida em que põe na mesa o Estado como árbitro, o trabalhador com suas necessidades e o patrão com sua posição de fazer ou não concessões. Não há qualquer sentido democrático nessa conformação, na medida de que a saúde e a vida são bens indisponíveis do ponto de vista do direito nos Estados-nação.

A cultura do tripartismo em segurança e saúde, historicamente consolidada, a meu ver, é uma das principais razões da perpetuação de situações inaceitáveis na relação saúde-trabalho. Contraditoriamente, o movimento sindical organizado tece loas a essa prática secular, legitima-a e a defende como se avançada fosse.

Uma política de Estado em saúde, trabalho e desenvolvimento necessariamente deverá rever essa modalidade de formulação e legiferação, reservando-a às questões que não digam respeito diretamente à preservação da saúde e da vida no trabalho.

Quanto à concepção da burocracia técnica do Ministério do Trabalho, a sua posição anti-saúde pública é evidente. O não reconhecimento da missão constitucional do SUS, na área de saúde do trabalhador, é patente e patético. Um caso emblemático nos ilustra.

Em 1994, a Firjan - Federação das Indústrias do Rio de Janeiro fez uma consulta ao Ministro do Trabalho sobre a pertinência da vigilância e fiscalização de saúde nos ambientes de trabalho, por parte do SUS, e em conjunto com representantes sindicais.

A resposta do gabinete do ministro encaminhada à Firjan, por meio do Ofício/GM/MTb nº 183, de 22 de dezembro de 1994, é inequívoca:

As Secretarias de Saúde Municipal ou Estadual não detém competência legal para atuar na área da Inspeção do Trabalho [...] A área de competência do Ministério do Trabalho, no que tange à segurança e saúde do trabalhador, e por via de consequência a atuação da

Inspeção do Trabalho, já estão perfeitamente definidas [...] O Ministério do Trabalho não pode nem deve respaldar, à falta de embasamento legal autorizativo, a participação de dirigentes sindicais na Inspeção do Trabalho.

Eu teria curiosidade de ver hoje, passados mais de 10 anos, se a posição "oficial" do Ministério do Trabalho e Emprego mudou. Oficiosamente sabemos todos que não.

O Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador da Abrasco

O grupo da Abrasco é um espaço de troca de experiências, debates e reflexões sobre a área, com a participação preponderante de representantes da inteligência acadêmica na área das relações saúde e trabalho. Sua capacidade de influenciar sobre as políticas depende mais diretamente de seus componentes e participantes, na eventual ocupação de cargos políticos, do que propriamente do grupo em si. As reuniões são muito esparsas e geralmente ocorrem por ocasião da realização de grandes eventos, como conferências e congressos. A possibilidade de se reunir mais regularmente vincula-se, geralmente, a algum trabalho conjunto de pesquisa na área.

Sua interlocução oficial se dá por representação na Cist e por intermédio de alguns de seus membros em outros fóruns oficiais. Ademais, por sua característica estrutural, tem uma baixa capacidade de interagir com a sociedade organizada nesse campo. Nesse contexto,

[...] nos preparativos para a 8ª CNS, **Sonia Fleury** lembra o papel da Abrasco, em que ela com Sebastião Loureiro, presidente na gestão 1985-1987, chegaram a propor retirar a expressão pós-graduação do nome da Abrasco, deixando somente Associação de Saúde Coletiva, o que acabou não sendo aceito. O propósito era "*tentar transcender o ambiente meramente corporativo e acadêmico e fazer política, colocar o instrumento Abrasco para participar na luta política, colocando o conhecimento à disposição dos movimentos*" (Brasil, 2006d:84).

A relevância contemporânea da Abrasco, como espaço de disseminação de uma cultura na área da saúde coletiva, é inequívoca e pode ser avaliada pela pujança do seu último congresso, realizado no Rio de Janeiro, em 2006, com cerca de 12.000 participantes de 26 países e a apresentação de mais de 9.650 trabalhos científicos (Abrasco, 2006).

Desse modo, a configuração de um espaço de debate mais orgânico e regular na área das relações saúde-trabalho e a articulação (tentada, mas não consignada) com o GT/Abrasco de Saúde e Ambiente poderia estabelecer um diferencial na área.

De qualquer forma, a par de uma maior capacidade de articulação política, os GT Abrasco ainda são espaços fechados à participação da sociedade e pouco permeáveis à criação de canais de interlocução com o movimento social organizado nas áreas de trabalho e meio ambiente.

Todos os espaços de debate aqui assinalados mostram, por um lado, o quanto a área é viva e diversificada e, por outro lado, o quanto eles são insuficientes para dar conta da complexidade da área, ainda mais quando se pensa numa política pública integralizando vertentes dos sistemas produtivos, do meio ambiente e do desenvolvimento nas suas tramas sanitárias. Resta o desafio de se estabelecerem mecanismos de interlocução social permanente que ainda carecem de estratégias mais eficazes de articulação.

O Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Enst

Para uma melhor compreensão de por onde andou a saúde do trabalhador na estrutura do Estado brasileiro, consideramos emblemático o histórico encontro realizado em 1999, em Brasília.

Definido como *Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico* foi uma iniciativa singular, por suas características de balanço, diagnóstico e perspectivas do campo.

Seu objetivo, ao se chegar à 1ª década de saúde do trabalhador - ST, no SUS, era repensar a área e extrair subsídios para a construção/reconstrução da política nacional para a área (modelo estratégico). Nele estiveram cerca de 500 participantes, na sua maioria atores institucionais que viviam até aquele momento a área de ST, tanto no cotidiano das práticas dos serviços, no espaço do pensamento acadêmico, em posições gerenciais quanto nas instâncias de controle social e nos movimentos organizados de trabalhadores.

A análise desse encontro, por meio dos textos encomendados e apresentados e das falas dos atores participantes, é um particular acervo de conhecimentos sobre a evolução

da área, desde o seu advento no SUS. Os textos, as apresentações e os debates colocaram em cena grande parte de personagens históricos que construíram e seguem construindo a área no Brasil. Suas referências são de extrema relevância para a compreensão da área. Algumas delas continuarão sendo utilizadas nos próximos capítulos.

Na análise, observa-se na marcha do tempo de evolução da área, as nuances de sua construção e institucionalização no SUS, os avanços, os desafios e, por fim, a possibilidade de construção de um modelo estratégico, razão do encontro.

Buscamos considerar na análise do encontro, enquanto estudo qualitativo, as marcas do passado no momento atual projetando no futuro o que se pretende construir nesta tese (Minayo, 1992).

O contexto do Enst

O ponto de inflexão para a análise é o ano de 1990, que pode ser considerado um divisor de águas entre as práticas de ST voluntaristas e periféricas ao sistema até então e o início de um conjunto de práticas legitimadas pela Lei Orgânica da Saúde - LOS (Vasconcellos e Silva, 2004).

Nesse ano, o Brasil começava a fazer a sua parte posicionando-se frente à situação da ST na América Latina e Caribe que, nesse mesmo ano, foi analisada na 23ª Conferência Sanitária Pan-americana:

[...] as taxas de incidência de acidentes e doenças profissionais nos países em desenvolvimento são de 6 a 10 vezes maiores que nos industrializados. Se se examina cada ramo de atividade, aparecem diferenças ainda mais marcantes. Só os custos produzidos pelos acidentes equivalem a aproximadamente 10% do produto nacional bruto nos países em desenvolvimento (Opas, 1992:256).

Nessa mesma conferência inferia-se que as causas da grave situação recaíam sobre vários fatores, tais como o planejamento industrial inadequado, a migração campo-cidade, o crescimento da população produtiva no setor informal, a incorporação de grupos marginais e vulneráveis à força de trabalho, a utilização de tecnologias pouco adaptadas às condições locais, a estagnação econômica e a falta de estudos relacionados aos agravos à saúde dos trabalhadores.

A conferência sanitária concluía, enfim, que o desenvolvimento de programas de saúde ocupacional era insuficiente para dar conta do problema, que se situava na formação inadequada e na ordem política, administrativa e técnica (Opas, 1992).

Curioso que, a despeito de ainda não possuir um modelo estratégico para a área, o papel do Brasil no contexto latino-americano, especialmente em virtude do modelo SUS de organização do setor saúde, já na década de 1990, ganhou responsabilidades de liderança na conformação de redes integradoras de pesquisa, intercâmbio e alianças institucionais entre os países, que redundou em encontros sucessivos para debater uma Rede Latino-americana de Saúde do Trabalhador.

A problemática decorrente da globalização econômica, levada de forma muito rápida e sem a participação ampla dos trabalhadores latino-americanos, em seu aspecto da relação saúde-trabalho, sobressai como instância estratégica, na integração econômica, por sua íntima relação com as formas de reestruturação dos processos produtivos e a profunda mudança de comportamento da força de trabalho nos novos mercados... [devendo-se] apontar algo de contraposição ao modelo em curso, a partir da constituição de redes de integração entre as áreas técnicas e sindicais de trabalhadores, ocupando os espaços de discussão possíveis acerca do tema (Ribeiro e Vasconcellos, 1996:21).

Nesse contexto, o Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Enst, em 1999, refletia dois olhares dos que pensam e constroem a área de ST, um voltado para dentro do próprio país, com as iniciativas crescentes de formulação de um modelo estratégico, e outro para os países latino-americanos, com uma situação tão ou mais dramática e sem o grau de organização e acúmulo de iniciativas para um enfrentamento mais sistemático dos problemas comuns aos países.

Raquel Rigotto, assim se manifestava no Enst: "*Por um tempo, fizemos um movimento para instituir a Saúde do Trabalhador. Hoje, se não instituída, ela está institucionalizada. E agora, será o tempo de um novo movimento? Suas sementes já não estariam entre nós? Movimento!*" (Rigotto, 2001:10).

O movimento estava lá para repensar-se, mas não suficiente para superar-se sem a adoção de um modelo estratégico, por parte do Estado brasileiro.

A Central Única dos Trabalhadores, em seu texto apresentado ao Enst, assinalava:

Diante da necessidade de melhoria das condições de trabalho como fator fundamental para a redução dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, é necessário investirmos na construção de Mecanismos Integrados de Gestão em Segurança e Saúde do Trabalho, com ampla participação dos trabalhadores,

onde todas as ações voltadas à saúde do trabalhador sejam unificadas, sob a coordenação do SUS (CUT, 2001:48).

A posição da CUT, de certo modo, era a senha para o que tentamos desenvolver nesta tese.

O modelo assistencial

A idéia de fragmentação institucional da área e a possibilidade de ruptura com esse modelo, sob a coordenação do SUS, estão presentes com bastante clareza no discurso do movimento sindical. Sua viabilidade repousa na formulação de uma política de Estado que, coordenada pelo SUS, agregue e integre planos e ações numa direção única, respondendo a indagações clássicas:

Por que as iniciativas e tentativas de inserir um cuidado diferenciado à atenção à saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde, na rede pública de serviços de saúde persistem periféricas, marginais, pontuais? ... [é preciso] ...identificar pontos comuns na sua organização, que possam contribuir para a construção de um modelo assistencial (Dias, 1994:240).

E responder a essas indagações, não só em relação ao modelo assistencial mais direcionado aos serviços, mas, principalmente em relação ao modelo estratégico para o conjunto da obra, ultrapassando o limite setorial e atingindo o plano macro da política pública, era e continua sendo o maior desafio do povo da saúde do trabalhador.

Mesmo porque, a despeito de algum avanço da área pelo incremento de Programas e Serviços de Saúde do Trabalhador, o modelo assistencial carece de mecanismos mais eficazes de agregação orgânica ao sistema de saúde. Esse aspecto é enfocado no Enst por Maria Luiza Jaeger:

Não podemos transformar a Saúde do Trabalhador em guetos, ou via Programa de Saúde do Trabalhador, ou via Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (que para o conjunto dos outros serviços vire o local onde se faz saúde do trabalhador ou centros de referência que, na realidade, são a única porta de entrada). O nosso desafio é que cada trabalhador de saúde, cada serviço de saúde nas suas ações faça Saúde do Trabalhador e se tenha Unidades realmente de referência nas áreas de assistência e vigilância, de apoio e diagnóstico e de capacitação de recursos humanos (Jaeger, 2001:7).

A questão do modelo assistencial é um dos pontos nevrálgicos do debate estrutural da área. No Enst, Letícia Nobre seguia na mesma linha crítica:

[...] apesar de [...] experiências inovadoras, a área ainda não logrou atingir de fato a integralidade da atenção. E aqui inicia o primeiro nó crítico, que considero fundamental, que é a questão do modelo assistencial. Tal modelo foi construído, principalmente, centrado na criação e funcionamento de centros de referência, ou unidades de referência, que tornaram-se quase "ilhas autônomas", marginais ao restante do sistema; vários desses serviços enfrentaram dificuldades enormes para articularem-se com os demais níveis do sistema e as demais instâncias do SUS até hoje não incorporaram a saúde do trabalhador em sua concepção do processo saúde-doença e em suas práticas (Nobre, 2001:105).

Trabalhando com a razão não razoável da saúde pública manter a saúde do trabalhador no exílio político-institucional, continuava Letícia Nobre:

ou seja, não consideram ainda o trabalho como um determinante do processo saúde-doença. Isso resultou em unidades que eram mais referência para as instituições externas ao setor saúde, aos sindicatos de trabalhadores e mesmo às empresas, muito mais do que referência de fato às demais instâncias do SUS; podendo-se falar mesmo da existência de "guetos", dada a dificuldade de articulação intra-setorial, tanto com os níveis básicos da atenção, como com os níveis especializados, hospitalar e também com as vigilâncias – epidemiológica e sanitária (Nobre, 2001:105-106).

Embora esse fosse o retrato da realidade em 1999, ainda hoje com o "reordenamento" do modelo, pela institucionalização da Renast - Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, o problema não foi resolvido e, mais, cristalizou-se sem que se resolvessem seus grandes nós, para ficar apenas nas questões assistenciais propriamente ditas. No próximo capítulo vamos nos dedicar especificamente a esse ponto.

O controle social

Outro enfoque na busca de um modelo estratégico para a área é do como fazer chegar aos conselhos de saúde o debate da saúde do trabalhador. Todos os municípios brasileiros, atualmente têm conselhos municipais de saúde. O potencial de impulsão da área de ST, com a constituição de uma agenda para e nos conselhos, pelo menos nos municípios de maior concentração da força de trabalho, é enorme e não experimentado como política de construção da área no SUS.

No Enst, o então representante do CNS, Nelson Rodrigues dos Santos, assinalava o desafio: *"As bancadas de trabalhadores dentro dos Conselhos estão discutindo uma série de coisas fundamentais e indispensáveis em política de saúde e estratégia de saúde."*

Mas as políticas específicas de saúde do trabalhador precisam ser um pouco tiradas à saca-rolha, ainda" (Santos, 2001:83).

O papel do controle social, questão de fundo nessa discussão, era, como ainda, o de coadjuvante, como a não acreditar em seu protagonismo.

Distintamente de outras áreas da saúde pública, na sua nova conformação com o SUS, o controle social - institucionalidade da participação da comunidade - conforme o preceito constitucional, no caso da saúde do trabalhador vincula-se à própria concepção da área: sua origem, sua vida, sua trajetória.

Por exemplo, no caso da saúde da mulher, dos idosos, dos portadores de necessidades especiais, de enfermidades etc., a comunidade participa e as representações específicas dos grupos são convocadas a participar, debater e decidir. É o processo. Democrático, participativo, mas guardando um certo distanciamento entre o pensar e o agir político.

No caso da saúde do trabalhador, a participação das representações específicas do grupo é a condição indispensável para que a área exista. É diferente o processo. Qualquer distanciamento entre o pensar e o agir político inviabiliza o processo político.

A institucionalidade da área, por dentro do aparelho de Estado, só existe com a institucionalização dos trabalhadores no berço da política. Não sendo dessa forma estaremos falando de saúde dos cidadãos trabalhadores de uma maneira geral, no máximo de políticas de saúde ocupacional, mas não do campo ideológico-programático da saúde do trabalhador.

Quando o Ministério do Trabalho e Emprego, como vimos há pouco, assume que não pode nem deve respaldar a participação de dirigentes sindicais na inspeção do trabalho, ao seu modo está coerente a sua posição, pois não há controle social nas práticas do MTE, e não é saúde do trabalhador o que lá é feito.

Nesse contexto de contradições, em que o próprio controle social em saúde do trabalhador busca uma identidade, ainda que subjetivamente, falta à política de Estado uma provocação mais contundente do controle social, que seja condizente com o campo. Essa é, também, a busca do conceito perdido.

A questão das informações

Dentro da proposta do Enst de debater as grandes questões do modelo, a situação das informações em ST foi enfatizada.

[...] as informações sobre o perfil de risco e de morbimortalidade relacionadas com o trabalho encontram-se fragmentadas, dispersas num verdadeiro mosaico de dados, sistemas e programas, longe de representar um Sistema de Informações em rede que retrate o quadro de riscos a agravos à saúde determinados pelo trabalho, fundamental para se planejar as ações de assistência e vigilância, na linha da prevenção e promoção à saúde (Silva *et al*, 2001:137).

Existem alguns dilemas históricos no tratamento das informações em ST.

Em primeiro lugar, o fato de que o sistema consolidado e considerado como parâmetro oficial pelo Estado brasileiro é o sistema CAT - Comunicação de Acidentes de Trabalho, processado pela Dataprev e administrado pela previdência social.

O caráter pagador do seguro acidente de trabalho retira da CAT a sua vocação epidemiológica de reconhecimento e tratamento sanitário dos agravos, a despeito de que em 1986, quando o ainda Inamps começava a reformular sua área de acidentes de trabalho, no contexto da Reforma Sanitária, já se discutia com a Dataprev a transformação do sistema.

A proposta não viabilizada, até hoje, vinte anos depois e com todo o avanço tecnológico da era da informação, era a criação de um diálogo entre os sistemas de notificação da saúde e o sistema CAT. Ou seja, ensejar a ruptura com a histórica incapacidade técnico-operacional de estabelecer diálogos entre o sistema CAT e os demais sistemas de informação de interesse direto na saúde do trabalhador, tais como o perfil socioeconômico das bases de dados do IBGE e Rais; o Sistema de Informações de Mortalidade; o Sistema de Informações Hospitalares; o Sistema de Informações de Agravos de Notificação; e, entre outros, o Sistema de Informações da Atenção Básica.

O diagnóstico que, todavia, perdura é que os sistemas até poderiam dialogar entre si, mas as pessoas institucionais não o fazem, fundamentalmente por falta de decisão política.

Outro fato é que a CAT somente abrange a população trabalhadora coberta pela Previdência Social: o trabalhador formal regido pela CLT. Com isso, a subnotificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, no Brasil, é de enorme magnitude. Uma estimativa recente situa a subnotificação em torno de 80% desses eventos (Cordeiro *et al*,

2005). E, na verdade, essa estimativa de subnotificação também é modesta. Uma única empresa do Grupo Votorantim - a Siderúrgica Barra Mansa, fiscalizada pelo SUS, em 1992, mostra a dimensão do buraco negro das informações: "*Oficialmente, nos anos de 1989, 1990 e 1991 a Empresa notificou em torno de uma dezena de acidentes. No entanto, o número registrado no próprio Serviço Médico da Empresa foi, no mesmo período, de 1196 acidentes - 120 vezes o número oficial!*" (Vasconcellos, 1994:135).

Se estamos pensando um modelo estratégico que incorpore outras variáveis de informações como nas áreas de produção, consumo, meio ambiente e desenvolvimento (econômico e produtivo), a situação se complica ainda mais.

O avanço tecnológico na área de informações em saúde ainda não incorporou uma inteligência holística com olho na saúde da população brasileira, segundo seus padrões de trabalho, consumo e relações com o meio ambiente. Sem dúvida, embora se trate de mais um desafio, como a base tecnológica para a superação desses problemas já está consolidada, temos mais um indicativo de que a dificuldade de mudar o modelo se encontra fundamentalmente na base política.

Investigação e pesquisa

Outro aspecto enfocado no encontro nacional foi a questão da pesquisa em ST. Nesse sentido, no Enst já se apontava muito propriamente para uma ampliação do objeto da ST: "*as investigações em Saúde do Trabalhador tendem para a compreensão da relação saúde e trabalho como resultante das relações sociais de produção e não sob o enfoque individual, centrado no trabalhador e no seu ambiente de trabalho, tal como na Medicina do Trabalho*" (Rêgo et al, 2001:148).

Os autores do texto preparado para o Enst sobre investigação e pesquisa continuam sua análise, sintonizados com uma nova ordem global que exige uma renovação dos paradigmas de pesquisa na área.

A produção científica também é essencial para o adequado embasamento das iniciativas de formação em saúde do trabalhador, sejam elas dirigidas a alunos de graduação e pós-graduação, profissionais de saúde, lideranças sindicais, ou trabalhadores. A análise do cenário atual no mundo do trabalho e de suas perspectivas num futuro próximo poderá facilitar bastante o esforço em definir prioridades para a saúde do trabalhador. A globalização da economia sintetiza uma grande transição do mundo contemporâneo. A abertura de mercados, crescimento dos monopólios, redução do tamanho das empresas, aumento da

importância dos blocos econômicos tem afetado todos os setores da vida social. Áreas com menor custo da força de trabalho, maiores incentivos fiscais e flexibilidade na legislação tem favorecido a migração de empresas não apenas de uma região para outra de um país, mas também entre os países dos diferentes continentes. Este processo contribui para a exportação de riscos ocupacionais e ambientais dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos e a desindustrialização de muitas regiões (Rêgo *et al*, 2001:150).

No capítulo 4 vimos que o tema predileto do pesquisador na área de pós-graduação em ST é a patologia do trabalho (Santana, 2006). O conhecido perfil de morbidade do trabalhador brasileiro, com seus indicadores de extrema magnitude, justifica em parte essa "preferência".

Por outro lado, não temos dúvida de que a formação "medicocêntrica" do pesquisador é uma justificativa pouco avaliada nas próprias instituições acadêmicas. Nesse caso, a (re)avaliação dessa preferência e da relevância do objeto da pesquisa é mais da alçada da sua orientação acadêmica do que propriamente do pesquisador. Esse é um tema a constar do rol dos desafios.

A pesquisa em saúde do trabalhador, via de regra, atua sobre campos territoriais delimitados, cujos eventuais resultados que geram transformação de processos e ambientes limitam-se, do mesmo modo, a campos territoriais delimitados. A incapacidade político-estrutural de valorizar a pesquisa como instrumento da transformação impede que a identificação de problemas de caráter singular, frutos de relações sociais similares, sejam capazes de dimensionar agravos e problemas em outros processos diversos, outros momentos e outros territórios (Vasconcellos e Ribeiro, 1995).

Outro problema em relação à investigação e pesquisa em ST é uma questão que diz respeito à pesquisa em saúde, em geral: a inexistência de diálogo inter-pesquisas.

Em março de 2002, enquanto membro da Cosat, fui incumbido de preparar o documento para a *Oficina Multiprojetos Concêntricos de Saúde do Trabalhador no SUS*, realizada na Fiocruz. No documento assinalavam-se alguns aspectos dessa tendência.

Embora o desenvolvimento desses projetos ocorra em territórios comuns, muitas vezes interligados a setores, serviços e, mesmo, pesquisadores e consultores, também comuns a eles, não existem articulações entre os mesmos. Acabam, muitas vezes, como iniciativas isoladas e pontuais, sem guardar coerência com a idéia de integralidade e intersetorialidade que rege o conceito de saúde do trabalhador. Além disso, os produtos e resultados dos projetos nem sempre alcançam a rede de saúde e/ou contribuem para a implementação da área (Cosat, 2002:2).

Se nós considerarmos somente os projetos de pesquisa realizados na mesma instituição e/ou com recursos da mesma fonte de financiamento é incompreensível que não se tenha uma política institucional de articulação entre os mesmos.

Algumas vezes vimos, a contragosto, projetos aprovados e financiados pelo Ministério da Saúde, cujo objeto de pesquisa era idêntico e na mesma instituição, sem qualquer articulação entre si.

Nessa linha, os pontos sugeridos para a superação desses problemas eram:

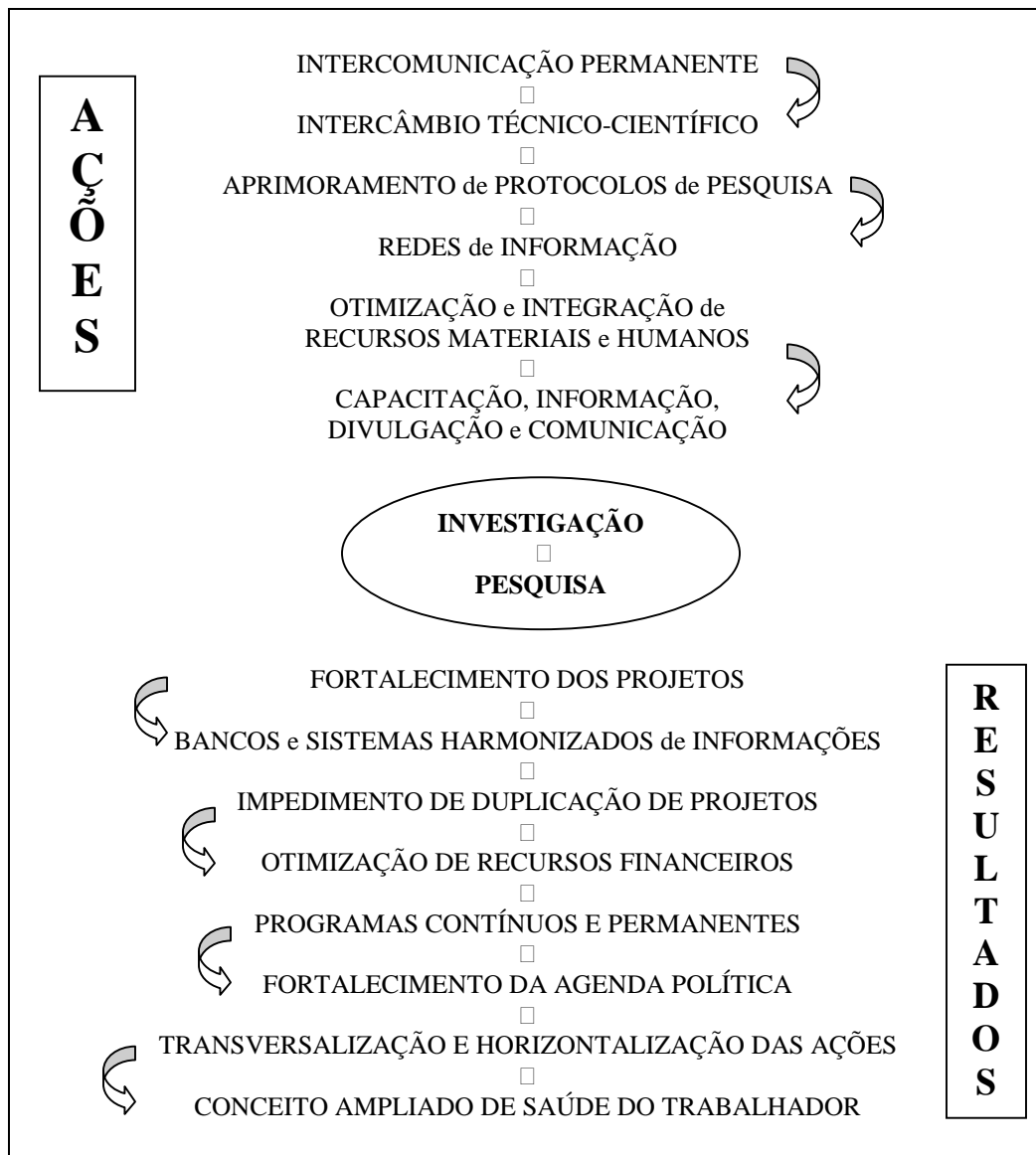
(a) Desenvolvimento de intercomunicação permanente entre as equipes de pesquisadores e técnicos responsáveis; (b) Aprimoramento de protocolos de pesquisa; (c) Construção de indicadores e de sistemas de avaliação e acompanhamento comuns e harmônicos; (d) Criação de redes de informação; (e) Otimização/integração de recursos materiais, tais como equipamentos, laboratórios e material de apoio técnico, entre outros; (f) Otimização/integração de recursos humanos, tais como consultores de informática, de epidemiologia e ultraespecialistas; (g) Planos comuns de capacitação; (h) Construção de bancos e sistemas harmonizados de informações; (i) Desenvolvimento de programas contínuos e permanentes comuns para a inclusão de ações na rede de saúde, como forma de transversalização e horizontalização das ações; (j) Criação de modelos comuns de divulgação e comunicação (Cosat, 2002:3-4).

Com essas iniciativas eram esperados como resultados: o fortalecimento de cada um dos projetos, de per si, e da agenda política dos mesmos; o impedimento da sua duplicação (muito comum); a otimização da utilização dos recursos financeiros; o intercâmbio técnico-científico; e, entre outros, o impulso das ações de saúde do trabalhador na rede (Cosat, 2002:4).

Na medida em que se amplie o campo de investigação e pesquisa da ST, na perspectiva de incorporação de novas variáveis relacionadas ao desenvolvimento sustentável, é imperioso pensar em metodologias de articulação que sejam capazes de imprimir um maior nível de articulação, mesmo porque outros campos do conhecimento serão requeridos. Disciplinas utilizadas de forma esporádica em pesquisas no campo da saúde do trabalhador, como a economia, o direito e as ciências políticas, passarão a ser imprescindíveis em qualquer investigação na área das relações saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável. A figura, a seguir, apresenta uma sinopse dessa discussão.

Figura 3

MULTIPROJETOS CONCÊNTRICOS DE PESQUISA NAS RELAÇÕES
SAÚDE - TRABALHO - DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Fonte do autor: Adaptado de Cosat (2000)

A questão dos recursos humanos

O texto subsidiário sobre o tema, apresentado ao Enst, apontava tendências e consensos em relação a alguns pontos: a importância do investimento na capacitação; a estratégia adotada, levando em conta as dimensões do país, a diversidade dos processos

de trabalho; os contextos políticos e culturais; a heterogeneidade dos serviços; e, finalmente, a heterogeneidade da formação, relacionada às oportunidades e às singularidades dos que atuam na área (Rigotto *et al*, 2001).

Chama a atenção no referido texto a questão do perfil dos profissionais da área:

É necessário reconhecer que, pelo próprio processo através do qual constituiu-se o campo da saúde do trabalhador no SUS, a maioria dos profissionais envolvidos com estas ações têm um perfil diferenciado, envolvendo em sua prática um componente ideológico - que delimita o paradigma da corrente "Saúde do Trabalhador" e que implica num grau mais elevado de compromisso com o trabalho que realizam (Rigotto *et al*, 2001:145).

Para os autores do texto, no campo da saúde do trabalhador percebe-se um algo mais ideológico de engajamento, a que Anamaria Tambellini (1988), no decorrer da instituição da área no movimento pela Reforma Sanitária, já chamava a atenção.

Trabalhando com um quadro ilustrativo das diferenças entre a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional, a Saúde do Trabalhador e as Relações Trabalho/Saúde é cristalina a posição de Tambellini, no tocante ao perfil requerido do técnico em ST.

No excerto do quadro original, apresentado a seguir, observa-se essa distinção.

Quadro 1
DA MEDICINA DO TRABALHO À RELAÇÃO TRABALHO / SAÚDE
(Tambellini, 1988)

CAMPO (DE TRABALHO)	MEDICINA DO TRABALHO	SAÚDE OCUPACIONAL	SAÚDE DO TRABALHADOR	RELAÇÕES TRABALHO / SAÚDE
INSTRUMENTOS E MEIOS	EMPÍRICO / TÉCNICA A SERVIÇO DOS SETORES DOMINANTES / CLÍNICA E TERAPÊUTICA	EMPÍRICO / TÉCNICA "NEUTRA" SAÚDE PÚBLICA TRADICIONAL / CLÍNICA E EPIDEMIOLOGIA	EMPÍRICO CONCEITUAL / <u>TÉCNICA A SERVIÇO DOS TRABALHADORES</u> / SAÚDE COLETIVA / CLÍNICA, EPI- DEMIOLOGIA E PLANEJA- MENTO / ENGENHARIA / CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS	TEÓRICO CONCEITUAL / TRANSDISCIPLINARI- DADE / TÉCNICAS ANA- LÍTICAS DAS DIFEREN- TES DISCIPLINAS NECESSÁRIAS AO ENTENDIMENTO DAS QUESTÕES

Fonte da autora (Tambellini, 1988) (grifei).

O fato de se contar com um profissional da área de ST que coloque sua "técnica a serviço dos trabalhadores" imprime à ação uma externalidade "não neutra" que gera reações igualmente "não neutras" dos setores sujeitos à ação.

Particularmente nas ações de vigilância em ST, que analisaremos mais detidamente no capítulo 7, esse fato sobressai de modo mais evidente. O fato do grupo de

técnicos do Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, ainda no início dos anos 1990, ser chamado pelos corredores como "o bando de comunistas", como sabíamos ser chamados, retrata, por certo, essa visão sobre o perfil de atuação. A forma de lidar com essa questão é um dos dilemas da formação de recursos humanos.

Ainda, analisando o texto apresentando no Enst sobre o processo de formação, os mesmos autores consideravam a necessidade de se definir, de forma precisa, o papel de cada uma das instâncias do SUS e das instituições formadoras, como as universidades, calcada na lógica sistêmica da descentralização, e agregando conteúdos temáticos coerentes com a ampliação do objeto da ST.

[...] definir uma política nacional de capacitação, a partir das bases, de concepção descentralizada e acompanhar sua implantação; estabelecer as diretrizes estratégicas que considera fundamentais, como a questão da Globalização e da Restruturação Produtiva e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores e a intervenção dos serviços; as interrelações entre trabalho, meio ambiente e saúde; a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional; a intersetorialidade etc; ... (Rigotto *et al*, 2001:145-146).

O estabelecimento dessas interrelações, por sua vez, constitui-se como um dos entraves na formação de recursos humanos, decorrente da dificuldade de incorporação de uma cultura ampliada do objeto da ST, por parte de muitos dos próprios profissionais que constroem a área.

Pensar as relações saúde-trabalho-desenvolvimento, desde a saúde do trabalhador, agrega um desafio adicional: romper a resistência compreensível que se fundamenta na emergência de questões mais próximas da realidade cotidiana. Assim,

este movimento pela ampliação da relação entre produção e saúde não é ainda hoje compartilhado por parcela significativa dos profissionais da área de Saúde do Trabalhador, que relatam informalmente e em discussões em reuniões científicas, que esta ampliação da população alvo é inoportuna e poderia diminuir esforços na luta pela saúde dos trabalhadores que estão diretamente expostos a adoecer devido a determinadas condições do próprio trabalho. Utilizam, como argumentos, as condições ainda insalubres encontradas nos ambientes ocupacionais em nosso país e o momento de crescimento do campo da Saúde do Trabalhador, o que é verdadeiro (Tambellini e Câmara, 1998:50).

A complexidade da área de saúde do trabalhador, segundo suas características interdisciplinares e a natureza transdisciplinar do seu objeto, determina o que Jorge

Machado assinala como uma "crise no campo dos saberes". O fato é determinante para se repensar a formação de recursos humanos em ST. Refere o autor:

Do lado acadêmico, a perplexidade é visível pela falta de uma base conceitual que harmonize as ações transversais, sendo este um dos elementos fundamentais para a superação da crise de perplexidade institucional, de formulação, de resistência e de representatividade. A formulação interdisciplinar, resultante do entendimento da saúde do trabalhador por vários atores sociais, não tem dado conta desse conflito. A construção conceitual da área tem se pautado por hierarquizações que não correspondem aos papéis possíveis de serem desempenhados pelas instituições isoladamente (Machado, 2004:7-8).

Além disso, o embate de concepções, que no campo das intervenções do Estado sobre os ambientes e processos de trabalho têm gerado conflitos e disputa de competências executoras, parece se transferir ao campo formador e na produção de conhecimentos, um dos sinais da crise de que nos fala Machado:

A hierarquia proposta pelo SUS, em sua formulação de Saúde do Trabalhador, estabelece uma organização interdisciplinar a partir da epidemiologia, constituindo um saber dogmático característico da área de saúde. Por sua vez, no campo do Ministério do Trabalho e Emprego, o arcabouço interdisciplinar da saúde do trabalhador é fundamentado e hierarquizado através da submissão das outras disciplinas ao estudo das relações de trabalho. Essa disputa teórica é muitas vezes intuitiva e, sobretudo, condicionada pelos próprios micropoderes existentes dentro das instituições de referência. Isso inclui de forma perversa os corporativismos que se auto-reproduzem como fim de sua ação institucional, constituindo-se num campo fechado de negócios e saberes (Machado, 2004:7-8).

Nossa expectativa de uma reviravolta na condução da política sintoniza-se com essa percepção. Continua o autor:

O desafio de superar o que se pode chamar de uma tendência de inércia conflitiva é bastante atual e só acontecerá se enfrentarmos, conceitualmente e de forma consciente, as bases de nossas práticas cotidianas, em suas dimensões para fora de seus setores, como políticas públicas e ações dentro de um contexto social mais amplo (Machado, 2004:8).

Como que para superar esses desafios na formação e, em seguida, continuar superando-os, dentro da modalidade do que se espera de educação permanente para o SUS, promovendo e produzindo sentidos nas práticas e fazendo os trabalhadores do SUS refletirem sobre as mesmas (Brasil, 2004c), o texto apresentado ao Enst finalmente assinalava:

[...] é chegado o momento de realizar oficinas de trabalho, em todos os Estados do país, envolvendo profissionais do conjunto de instituições locais identificadas como potenciais participantes (Estado, município, universidades, sindicatos,

etc). Destas oficinas poderá resultar a criação de Comissões que se responsabilizariam pela coordenação do processo de identificação de demandas de capacitação, de definição de prioridades e estratégias, de articulação com as Universidades, culminando com a elaboração de um Plano Estadual de Capacitação, a ser apresentado às instâncias nacionais - concomitantemente ao trabalho a ser desenvolvido por elas (Rigotto *et al*, 2001:145).

A riqueza do debate travado no Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, de 1999, reflete a área, de modo instigante, e o muito a fazer levantado em suas proposições mantém-se absolutamente fiel à contemporaneidade de seus dilemas, porquanto não foram superados. Jaime Breilh na conferência de abertura do Enst dava conta desses dilemas:

Cuando la Constituyente del 88 selló un salto delante de los derechos sociales al consignar la responsabilidad del Estado en la atención de la salud de los/as trabajadores/as y del medio ambiente, estaba colocándose a la altura de los cuerpos jurídicos más avanzados y señalando la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud de ocuparse de la protección del trabajo y de la promoción de condiciones saludables en el mismo, no sólo en los espacios convencionales de trabajo industrial, sino en todos los ámbitos donde se ejerce trabajo humano, formal o informal, del espacio público o privado, del ámbito doméstico o extradoméstico, en fin, de toda la población que trabaja...(Breilh, 2001:32).

Alguns dos pontos enfocados no Enst serão retomados mais adiante em capítulos mais específicos desta tese, tendo em vista a escolha que fizemos de pontos estratégicos para a configuração de uma política de Estado para a área. São eles a questão do modelo assistencial, as relações sindicais e o controle social e a vigilância em saúde do trabalhador.

Capítulo 6

Apontamentos sobre o modelo de atenção da Saúde do Trabalhador no SUS

Uma meia verdade serve a objetivos pragmáticos, mas uma meia verdade não é a verdade. E todas as meias verdades possíveis reunidas não produzem a verdade. As verdades parciais podem ser eficazes no interesse daqueles a quem interessam, mas não conduzem à verdade, e cedo ou tarde conduzirão a desastres. Tal é o caso do Brasil, cujo primeiro grande desastre vai se manifestar no setor da saúde. Milton Santos (2003:313).

Reabrindo gavetas

A possibilidade de se ter o SUS como ponto de partida para redirecionar o modelo de atenção à saúde em sua relação com o trabalho, a produção, o consumo, o meio ambiente e o desenvolvimento se sustenta na sua capacidade potencial e sua missão político-estrutural de dar resposta às grandes questões de saúde do país, especialmente pela sua vocação sistêmica não implementada.

Um modelo de política de Estado, nesse campo, a partir do SUS, passa pela revisão do foco assistencialista que concentra o esforço das ações, por dentro da rede de serviços. O SUS ainda se mantém como estrutura do aparelho de Estado centrada preponderantemente na assistência. O modelo médico e hospitalocêntrico segue hegemônico e deita raízes no imaginário da população, o que é compreensível, e em grande parte da sua gestão e da intelectualidade da saúde, o que é incompreensível.

O paradigma da integralidade não foi efetivamente incorporado. O preceito constitucional do artigo 198, em seu inciso 2º, onde se lê que as ações e serviços do SUS devem ser organizadas "*com prioridade para as atividades preventivas*", tampouco (Brasil, 1998).

Um exemplo marcante da crise de identidade do SUS, enquanto sistema é dado pela análise de uma de suas missões. Na Lei Orgânica da Saúde se lê: "*Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): [...] IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;*" (Brasil, 1991). O legislador, com base no ideário do movimento sanitário, reiterou essa compreensão na mesma lei orgânica quando assinalou: "*Art. 16. À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição*" (Brasil, 1991).

Vê-se, de forma bastante explícita, que ao SUS caberia o protagonismo do que, atualmente, é o carro-chefe das políticas sociais do governo brasileiro: o Programa Fome Zero. O evidente caráter intersetorial dessa política, envolvendo diversas estruturas do aparelho de Estado, não retira do SUS o seu protagonismo, mas, antes, confirma a sua marginalização como estrutura sistêmica.

A criação de um Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar, no alvorecer do governo Lula, depois sucedido, em 2004, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome corrobora esse entendimento e nos leva a algumas reflexões.

Não é o caso de julgar o mérito das ações em si ou seus resultados. Estamos analisando o comportamento do atual governo brasileiro ao desvincular, contrariamente ao estabelecido na lei e na direção oposta ao ideário da Reforma Sanitária, o papel do SUS na condução de uma política social, com características de política de Estado no interesse da saúde. Do mesmo modo, não se trata de reforçar a visão legalista, embora ela também esteja presente, mas de refletir sobre as razões que levam o governo a isso.

Se for pela relevância da política eleita como prioritária e, por isso, o governo cria uma nova estrutura para dar-lhe *status* diferenciado, temos aí um problema de não reconhecimento do SUS como sendo capaz de assumi-la. Desconsidera-se sua capilaridade estrutural de equipamentos e pessoas, inalcançável por outras estruturas do aparelho de Estado brasileiro. Mas, além disso, desconsidera-se a sua competência político-gerencial de fazê-lo, ainda que trans-setorialmente, como antes assinalamos.

Se, por outro lado, não se trate de conceder um *status* diferenciado à política, e apenas conferir-lhe uma capacidade maior para operá-la com mais agilidade e desenvoltura, a criação de novas estruturas no aparelho de Estado, com essa finalidade, definitivamente soterra o SUS em sua vocação e capacidade sistêmica, além de desperdiçar recursos de várias ordens e evidenciar o desconhecimento histórico da construção das políticas públicas de saúde.

É evidente que a complexidade de uma política de combate à fome, com base na compensação econômica, exige o envolvimento de grande parte das estruturas do Estado, ultrapassando os limites de cada uma delas, isoladamente. O que é incompreensível é a destituição do Sistema Único de Saúde como parte essencial na condução de uma política que é, fundamentalmente, uma política social de foco na saúde.

A atual proposta da Política Nacional de Ordenamento Territorial - Pnot, que vimos na introdução, corrobora o mesmo entendimento "destituinte" do SUS ao imputar-lhe uma exclusiva "missão hospitalar" na ordenação social e econômica do território.

Embora, como nos ensina a Lei Orgânica da Saúde no seu artigo 3º, a saúde tenha "*como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte...*" (Brasil, 1991), o SUS não é responsável exclusivo pela resolução dos problemas decorrentes de cada um desses fatores. Entretanto, é co-responsável em todos eles.

E, quanto maior a proximidade do fator determinante e condicionante de saúde, caso específico da vigilância e segurança alimentar e, também, do desenvolvimento sustentável, mais evidente é sua responsabilidade. E, maior, a necessidade de disponibilizar seus recursos e equipamentos para solucionar, ou contribuir para a solução desses problemas.

Estamos, assim, diante de um grande desafio no sentido de pautar o Sistema Único de Saúde na agenda do governo, não só para reconduzi-lo à sua aspiração original de aparelho do Estado brasileiro para mudar a face sanitária do país, como para colocar sua capilaridade estrutural à disposição das grandes mudanças necessárias na ordem social.

É nesse contexto que buscamos refletir sobre o papel do SUS e o modelo de foco assistencial da saúde do trabalhador, no sentido de pensar novas alternativas de suas formulações e práticas. Na introdução da tese observávamos o caráter gramsciano do povo da saúde do trabalhador. Nosso desejo é também o de resgatar a sua capacidade de refletir a realidade para mudá-la.

Mazmanian e Sabatier (1989) consideram seis condições para se alcançar a efetiva implementação da política pública:

- legislação ou outras diretivas legais capazes de resolver conflitos para alcançar os objetivos;
- legislação capaz de incorporar aportes teóricos que identifiquem fatores que afetem e implementem objetivos sobre grupos-alvo;

- legislação que viabilize a estruturação do processo de implementação, especialmente quanto ao envolvimento das agências (instituições), com a adequada integração hierárquica, clareza das regras de decisão, suporte financeiro e infra-estrutura;
- liderança nas agências (instituições) implementadoras capazes de dar consequência aos objetivos;
- suporte de organizações e grupos de sustentação durante o processo de implementação;
- objetivos que não sejam definidos por objetivos emergenciais e se sujeitem a mudanças políticas conjunturais (p.41-42)

Considerando as observações que vimos efetuando até agora sobre um SUS sistêmico, na análise de contexto da sua atuação em saúde / trabalho / desenvolvimento sustentável, vamos nos deparar com pontos favoráveis e desfavoráveis para a missão sistêmica. O quadro, a seguir, sintetiza esses pontos.

Quadro 1

Pontos favoráveis e desfavoráveis para o reconhecimento do SUS como condutor de uma política de Estado na área de saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável

<u>FAVORÁVEIS</u>	<u>DESFAVORÁVEIS</u>
ROBUSTEZ DO SUS baixa oscilação em conjunturas político-eleitorais	INCOMPREENSÃO DO SUS não entendimento como estrutura sistêmica
ACÚMULO DA ÁREA quadros sanitários em todo o país	FORMAÇÃO NÃO ALINHADA dificuldades de incorporação conceitual
INTERLOCUÇÃO SOCIAL natural por meio do controle social estabelecido	INVISIBILIDADE SOCIAL agravos individualizados e confinados
POTENCIAL INOVADOR políticas sistêmicas não experimentadas	FRAGMENTAÇÃO estruturas solidamente fragmentadas
SETORES ÉTICOS metodologias de ação com transparência pública	INTERSETORIALIDADE estruturas do Estado mais subservientes ao capital
EVOLUÇÃO DO SISTEMA capacidade potencial de revisão do paradigma	INTRA-SETORIALIDADE não reconhecimento do trabalho como determinante
DÍVIDA SOCIAL força da argumentação	HEGEMONIA técnicas e políticas não sanitárias
MILITÂNCIA E RESISTÊNCIA história de luta dos movimentos afins	RESISTÊNCIA CORPORATIVA medicina e engenharia com poder de veto
CAPILARIDADE INSTITUCIONAL equipamentos e pessoal de saúde com total abrangência territorial	BAIXO NÍVEL DE RESPOSTA direcionamento assistencial da formação e atenção

Fonte: do autor

Observa-se que os pontos desfavoráveis se justificam e se consolidam por problemas decorrentes dos campos da formação (incompreensão do SUS / formação não alinhada), das estruturas do Estado (fragmentação / intersetorialidade), da arena política (hegemonia / resistência corporativa), do comportamento institucional (intra-setorialidade / baixo nível de resposta), da percepção social (invisibilidade social / baixo nível de resposta). Por seu turno, dos pontos favoráveis só não está consolidado o potencial inovador do SUS, com a adoção de comportamentos sistêmicos. Fato que está a depender de uma mudança de postura política dos governos, condizente com o compromisso de consolidação de políticas de Estado, historicamente construídas, e pelo atual governo inseridas em sua plataforma político-eleitoral.

A expectativa é que uma vez observada a instituição de uma política de Estado na perspectiva sistêmica, os pontos desfavoráveis, assinalados no quadro, pouco a pouco sejam remodelados com a sua ocupação pelos pontos favoráveis.

A cultura brasileira de "esvaziar gavetas" com a mudança de governos é tão decantada e consolidada que mais causa espanto manter o que está em andamento do que desconstruí-lo. O imaginário político popular conduzido por essa "lógica" é mais evidente em campanhas eleitorais.

Na recente campanha para a presidência da República, na disputa do 2º turno entre o candidato Presidente Lula da Silva e o candidato Geraldo Alckmin, em outubro de 2006, o discurso de "esvaziar gavetas" foi amplamente utilizado. O símbolo máximo foi o "anúncio" do fim do Programa Bolsa Família, caso fosse eleito o candidato da oposição.

A ocupação partidária da máquina do Estado nas mudanças de governo, em que há alternância de partidos, mostra que o fato é largamente fundamentado. Na área da saúde é comum observarmos, em pesquisas acadêmicas de projetos e programas políticos, o quanto se repete o que já foi pensado, dito e proposto há muito. E o quanto tudo é esquecido para ser retomado anos depois como se novidade fosse. Os exemplos são inúmeros. Não é propósito deste trabalho analisar o fato, tampouco "enumerar os inúmeros" exemplos. Contudo, o tema do presente capítulo reflete essa tendência. Gavetas são esvaziadas e depois seus conteúdos são reinventados.

Pois que um dos principais motivos para o esvaziamento de gavetas é a fragilidade da política pública, seja pela sua incapacidade de ser apropriada pela sociedade, seja pela sua ineficácia em resultados.

Nesse contexto, ao pensarmos a política de Estado, objeto da tese, temos a cautela de não propor o esvaziamento de gavetas do modelo de atenção, hoje consolidado na Renast - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (Brasil, 2002d). Mas, temos a necessidade de apontar seus vícios de origem, remanescentes dos antigos programas de saúde do trabalhador, tantos extintos, e com muitas similaridades ao modelo das clínicas de acidentados de trabalho do extinto Inamps, fonte inesgotável das famosas fraudes da previdência social.

Assim, buscando preservar a identidade da Renast, o objetivo deste capítulo é remexer o conteúdo da gaveta e refletir o quanto a Renast pode ser um poderoso instrumento estrutural para auxiliar na construção da política de Estado pretendida, desde que pensada na perspectiva de um SUS sistêmico. Nessa linha trabalharemos com duas Renast: 1ª e 2ª.

Renast - a história

SAÚDE DO TRABALHADOR

Trabalhadores terão rede de assistência no SUS

Essa foi a "manchete" do Informe Saúde, ano VI, nº 182, quarta semana de setembro de 2002 (Brasil, 2002e). O informe, publicação do Ministério da Saúde, assim se manifestava:

O ministro da Saúde, Barjas Negri, assinou no dia 18 deste mês a portaria nº 1679, que cria a Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (Renast). Serão instalados 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRSTs) até 2004, com o objetivo de dar suporte técnico e científico para a estruturação de uma rede de atenção em saúde do trabalhador no SUS. *"A criação desse rede é resultado de um trabalho intenso do ministério com diversos segmentos da sociedade, como as secretarias estaduais de saúde e os sindicatos"*, destacou Barjas Negri na cerimônia de assinatura da portaria. Representantes da Organização Pan Americana de Saúde (Opas), Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT); secretários de saúde; além dos presidentes da

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) marcaram presença no evento (Brasil, 2002e).

Esse foi o lançamento da pedra fundamental da 2ª Renast, em que sobressai no título do informe a questão assistencial. A 1ª Renast havia sido lançada dois anos antes, em 2000, com um caráter bastante distinto da 2ª, especialmente quanto ao enfoque assistencial que acabou prevalecendo.

Chama a atenção, na 2ª Renast, o fato de que os "*trabalhadores terão rede de assistência no SUS*", consignando um paralelismo à rede assistencial existente. Esse enfoque assistencialista gerou uma intensa polêmica no período compreendido entre as propostas da 1ª Renast (2000) e da 2ª Renast (2002). O seu registro histórico é um passo a mais para pensar a política de Estado.

A estrutura do Ministério da Saúde até o ano 2002 comportava duas secretarias estratégicas. Uma, a Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, com um enfoque regulador e financiador das ações da rede assistencial e um caráter operacionalizador da política. Outra, a Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, com um enfoque voltado para a formulação da política, propriamente dita, e um caráter implementador de ações programáticas, dentre as quais a saúde do trabalhador, corporificada na Cosat.

As duas secretarias confluíam em vários momentos para os mesmos objetos programáticos, mas não se comunicavam institucionalmente de forma sistemática no aprimoramento desses objetos. As (infrutíferas) tentativas de aproximação para consolidar a fratura institucional partiam, invariavelmente, da Cosat, considerada a legítima área programática de saúde do trabalhador, no Ministério da Saúde.

O fato, de per si, demonstrava a fragmentação e a dificuldade de diálogo e planejamento intrassetorial, que contradiz a idéia de um SUS sistêmico. A raiz histórica dessa divisão, aparentemente solucionada somente em 2003, com a fusão das duas secretarias numa única Secretaria de Atenção à Saúde, remonta à absorção do Inamps pelo Ministério da Saúde.

Em publicação recente do Ministério da Saúde, que analisa a construção do SUS, José Guedes observa que a questão do Inamps ainda não havia sido "resolvida", mesmo após dois anos da promulgação da Lei Orgânica da Saúde. Guedes, que em 1992 assume

simultaneamente a direção do Inamps e da SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), assim relata:

Nossa luta, nesse período, era para criar o que chamávamos de MUS - Ministério Único da Saúde, não era o SUS, pois esse já estava criado. Nós queríamos o MUS porque eram tantos os compartimentos do ministério, tantas as dificuldades de articulação, que até hoje o ministério continua lutando com isso (Guedes *apud* Brasil, 2006d:140).

Durante muitos anos, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde foi considerada o cadáver insepulto do Inamps. E o MUS, 10 anos depois, naquele período entre a 1ª e a 2ª Renast, ainda não havia sido criado. Apesar de haver uma área técnica de saúde do trabalhador, oficialmente constituída, na Secretaria de Políticas de Saúde, reconhecida nacional e internacionalmente como a área técnica interlocutora do Ministério da Saúde, no ano de 1999 foi criada uma Assessoria de Saúde Ocupacional na SAS.

A existência já consolidada de uma área de saúde do trabalhador numa secretaria e a criação inexplicável de uma área de saúde ocupacional noutra secretaria demonstrava o quanto se podia chegar a aberrações da estrutura nacional formuladora de políticas para o SUS: o próprio Ministério da Saúde. O MUS ainda continuava esperando para ser criado.

Conceitualmente, consideramos que a saúde do trabalhador e a saúde ocupacional possam conviver numa mesma estrutura desde que a saúde ocupacional se reserve a tratar das questões relacionadas aos contratos de trabalho dos servidores do órgão. Como discutimos no capítulo 3, a saúde ocupacional é campo regulatório das relações saúde-trabalho e, portanto, instância ligada à administração das regras de convívio, direitos e deveres das pessoas vinculadas a um empregador, público ou privado. Tanto é assim que, atualmente, vem sendo desenvolvido um programa de saúde ocupacional para o servidor público pelo governo federal no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil, 2005c).

O Sisosp - Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor tem por objetivo a vigilância dos ambientes de trabalho, a assistência em saúde ocupacional, procedimentos periciais, readaptação, reabilitação e promoção da saúde (*idem ibidem*), todos os procedimentos *interna corporis*.

Não era esse, e nem poderia ser, o caso da área criada em paralelo na SAS, por não se tratar de instância administrativa de regulação do trabalho. Intencional ou não, por razões de ordem que não cabe discutir no âmbito deste trabalho, havia uma atitude diversionista em relação à condução da política de saúde do trabalhador, situada em outra secretaria. Passou-se, então, a ter duas áreas de saúde do trabalhador no Ministério da Saúde, sendo que uma delas rotulada de saúde ocupacional.

A despeito de que as relações entre as pessoas institucionais pudessem ser amistosas, criou-se com esse fato um cisma institucional, de fundo conceitual e ético, em virtude do enfoque diferenciado na condução da política de saúde do trabalhador, como reflexo da vocação natural de ambas as secretarias. Daí surgem duas Renast.

Uma, a 1ª Renast, proposta no ano 2000, no âmbito da SPS, cujo enfoque sistêmico, mais consoante com a proposta desta tese, perdeu-se em 2002 com a 2ª Renast, cujo enfoque assistencial trouxe um aporte substancial de recursos originados na rubrica da alta complexidade e, portanto, da assistência. Missões institucionais idênticas que foram impedidas de caminhar na mesma linha de ação pela atrelagem ao tipo de rubrica e suas motivações originais, algumas desconhecidas por nós, que talvez novas histórias possam resgatar.

Enquanto a proposta da 1ª Renast, que analisaremos adiante, foi apresentada publicamente no ano 2000, a 2ª Renast vinha sendo construída em silêncio, por dois assessores da SAS, sem a participação da Cosat/SPS, em momento algum.

No decorrer desse processo, a Assessoria Técnica de Saúde Ocupacional trocou de nome passando a chamar-se Assessoria Técnica de Saúde do Trabalhador da SAS, evidentemente aprofundando o cisma institucional e, inclusive causando confusões institucionais e diversos problemas de caráter administrativo, para dentro e para fora do Ministério da Saúde.

Uma perda de identidade histórica da área técnica original foi inevitável e gerou novos cismas entre o povo da saúde do trabalhador. Assunto, talvez, para outras novas histórias.

O fato não passou despercebido a outras instâncias de saúde do trabalhador localizadas fora do MS, revelando-se como um problema na condução da política, quando da emissão da Portaria da Renast.

Mais do que discutir a adequação desta portaria [2ª Renast] que certamente tem que se reportar às definições Estaduais de regulação da gestão, hoje embasadas na NOAS e às diretrizes definidas pela SPS (COSAT), ela traz a tona a fragmentação existente no MS e explicita os muitos Ministérios. Como é possível que os estados e os municípios estruturarem ações integradas em saúde do trabalhador, quando temos que nos reportar às instâncias e deliberações da União divididas na SAS, SPS, ANVISA, CENEPI e COVAM. Assim como estados e municípios têm dificuldade de consolidar a Saúde do Trabalhador na estrutura política, administrativa e institucional garantindo a integralidade das ações, o mesmo acontece também no MS (Corrêa, 2002).

A questão foi também enfocada pelo segmento do movimento sindical dos trabalhadores. Em documento da CUT, assim se fazia referência ao fato:

[...] entendemos que o modelo existente não dá conta de atender as necessidades dos trabalhadores quanto a prevenção, atenção, afastamento, recuperação e pagamento de benefícios. O maior problema está relacionado à fragmentação destas diversas ações em diversos órgãos e instituições governamentais, que tem gerado diversos atritos entre instituições e muitas das vezes, dentro das próprias instituições. A Portaria ora em discussão é um exemplo claro destes conflitos internos dentro de uma mesma instituição. Esta forma de encaminhamento não tem ajudado em nada no encaminhamento da discussão visando democraticamente discutir e construir as melhores propostas em defesa da área saúde do trabalhador no SUS (CUT, 2002).

Do mesmo modo, o segmento de secretários estaduais de saúde observava problemas na condução do processo institucional de constituição da Renast. Reconhecendo que a *"criação de uma Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador representa um enorme avanço na estruturação da atenção e vigilância aos agravos de saúde deste segmento populacional e avança na direção do cumprimento da legislação e do fortalecimento do SUS"* (Conass, 2002), em meio a diversas observações e sugestões, assim se pronunciava o Conass em nota técnica sobre a (2ª) Renast:

Este processo deveria ter ocorrido, contudo, de forma integrada com os gestores estaduais e municipais reconhecendo-se a organização, as necessidades locais e regionais, o pacto federativo, a autonomia dos municípios e a participação da população, exercida por meio das instâncias de controle social. A criação da RENAST não envolveu a participação das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Não houve discussão, também, desta matéria na Comissão Intergestores Tripartite-CIT. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde tomou conhecimento da matéria apenas após a publicação da Portaria e aprovou uma recomendação, que além de uma série de ressalvas, sugere a discussão da mesma pela Comissão Intergestores Tripartite, CONASS e CONASEMS, em especial, na análise de sua viabilidade e operacionalização. Na implantação de uma Rede Nacional,

cumprir destacar também, a necessidade de se corrigir o déficit de articulação, entendimento e priorização entre as diversas instâncias do Ministério da Saúde para as questões relacionadas com a Saúde do Trabalhador além da falta de articulação intersectorial (Conass, 2002) (grifei).

A 1ª Renast - aproximações com o modelo sistêmico

Analisar o passado para melhor nos prepararmos para o futuro é o principal objetivo dessa discussão, estratégica para pensar a Renast num contexto mais ousado de um SUS sistêmico. É uma bela história com todos os ingredientes de uma bela história entre técnicos, situados eventualmente em trincheiras distintas, mas comprometidos ideologicamente com a construção do campo da saúde do trabalhador no Brasil.

De qualquer modo, já consolidada, reflexões elaboradas sobre a história e a trajetória da 2ª Renast observam a marca do cisma que originou seus vícios de origem não solucionados.

No final do ano de 2002, uma oportunidade política, surgida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, permitiu a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002. Apesar das críticas e dos desencontros institucionais observados no processo de elaboração desse instrumento, em particular à ênfase nas ações assistenciais, a portaria foi apoiada pelos profissionais e técnicos dos CRST e setores do movimento dos trabalhadores, que reconheceram na iniciativa uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador, no SUS (Dias e Hoefel, 2005:821) (grifei).

As "críticas e desencontros" assinalados no texto citado, por ocasião da assinatura da Portaria Renast, foram em parte solucionados numa reelaboração emergencial da portaria. Em virtude da citada "oportunidade política surgida na SAS" ter ocorrido em meio a esses desencontros, que eram em essência de caráter conceitual, a emissão da portaria foi sustada pelo ministro Barjas Negri até que a Secretaria de Políticas de Saúde fosse ouvida, por meio de sua área técnica, a Cosat.

Como foi observado anteriormente, a superposição de atribuições no Ministério da Saúde com posições divergentes e ausência de articulações, ao ser criticada por vários segmentos, levou o ministro a tal atitude.

O processo foi também assinalado, algum tempo depois, pela própria área de saúde do trabalhador da Astec/SAS, de onde se originou a portaria, em documento com

as conclusões e recomendações da 1ª Oficina Nacional de Implantação da Renast, realizada em novembro de 2002, em Brasília.

Cumpramos ressaltar o papel decisivo que teve o movimento sindical, representado pelas principais centrais sindicais – CUT e Força Sindical – na tomada de decisão da publicação desta Portaria, em decorrência de controvérsias de ordem técnica, relacionadas com a formatação de um modelo de atenção para a área. Em larga medida, a Portaria 1679 representou uma primeira tentativa de síntese destas posições (Área Técnica de Saúde do Trabalhador/Astec/SAS, 2003:1) (grifei).

As "controvérsias de ordem técnica" diziam respeito, fundamentalmente, ao caráter assistencial que, como vimos, acabou sendo assumido pelos CRST, comprometendo sua capacidade potencial de revolucionar a área de saúde do trabalhador, numa linha mais ideológico-utópica transformadora, do que funcionalista.

Ainda assim, a "tentativa de síntese" foi a possibilidade de atenuar o forte caráter assistencialista da proposta original da Renast/SAS. Uma vez que a área técnica da SAS foi compelida a dialogar com a Cosat/SPS, foi agregada uma série de variáveis que se havia proposto na 1ª Renast, tais como a idéia de que deveria ser um pólo irradiador de cultura, núcleo de inteligência e supervisão, com foco na capacitação e na vigilância, entre outras. Os enfoques absorvidos, contudo, não retiraram o foco no assistencialismo, a meu ver comprometedor de toda a proposta, por todos os motivos expostos até aqui.

O apoio à 2ª Renast foi compreensível. Há anos habituados a desenvolver ações contra-hegemônicas, em condições de penúria de recursos financeiros, materiais e de pessoal, os PST já estruturados e em funcionamento passaram a ver no incentivo financeiro propiciado pela Portaria Renast uma capacidade adicional de fôlego e a possibilidade de revitalização de sua missão.

Esse apoio dos PST à emissão da Renast, enaltecido por ocasião da assinatura da portaria (Drumond e Galvão, 2002), foi um estímulo adicional para a realização de fervilhantes debates que acabaram por contribuir para a emissão de portarias acessórias e, inclusive, aceleração do processo de implantação de novos centros.

A 1ª proposta de Renast surgiu em decorrência de uma revisão crítica que se fazia aos CRST, à época chamados em sua maioria de Programas de Saúde do Trabalhador - PST. Importantíssimos nas décadas 1980 e 1990, no sentido de dar visibilidade à área de saúde do trabalhador no SUS, os PST isolados e marginalizados na estrutura

intrasetorial, viam esgotar-se sua capacidade de contribuir para novos avanços, especialmente no campo das informações e intervenções sobre os processos determinantes dos agravos.

[...] se por um lado, a estratégia adotada de nuclear as ações de Saúde do Trabalhador em Centros de Referências permitiu avanços setoriais, acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, capacitação dos profissionais, facilitando, ainda que de modo fragmentado, a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, por outro, tem contribuído para manter a área a margem das políticas de saúde do SUS, na medida que estes centros têm "ficado de fora" do sistema como um todo. Assim, tornou-se urgente e necessário, para a própria sobrevivência da área, o desenvolvimento de novas estratégias visando romper com este "gueto" e mergulhar profundamente nas políticas de saúde do SUS. Para tanto, deve-se garantir a inserção de suas práticas, tanto assistenciais como as de vigilância, em todos os níveis do modelo técnico-assistencial adotado pelo SUS (Hoefel *et al*, 2005:63).

Embora alguns desses centros de referência mantivessem atividades mais intensas, especialmente em relação a problemas pontuais (caso da LER/Dort), muitos pareciam estar com sua hora marcada para morrer, como, aliás, aconteceu com vários programas pelo Brasil adentro.

Ocorre que ao longo dos anos 1990, em que a falta de financiamento de ações e a manutenção da marginalidade da área no SUS deram a tônica do debate, paradoxalmente houve um intenso ingresso de novos profissionais e uma enorme participação do tema da saúde do trabalhador em congressos e seminários de saúde. Nos seis congressos brasileiros de epidemiologia ocorridos entre 1990 e 2004, em torno de 8% dos trabalhos apresentados tiveram como tema a saúde do trabalhador (Rêgo *et al*, 2005).

O fato sem dúvida contribuiu para a discussão do modelo assistencial, cujo clímax foi o encontro nacional debatido no capítulo anterior.

Dentre os pontos de estrangulamento do modelo calcado em programas ou centros de referência, situados à margem da rede de serviços, pode ser destacado, além do foco assistencial e da dificuldade de provisão de recursos já assinalados, o isolamento entre si dos programas. A ausência de intercâmbio técnico, científico, de troca de experiências e diálogo político-institucional entre os centros aprofundava o fosso de isolamento, aumentando a sua fragilidade e vulnerabilidade. Daí, surgiu a intenção do Ministério da

Saúde em promover essa integração mais efetiva, consignando uma rede inteligente de reforço institucional dos programas: a 1ª Renast.

A experiência da rede de saúde do trabalhador decorrente do Projeto Brasil-Itália, desenvolvido em São Paulo, entre 1994 e 1998, que resultou no reforço de ações integradas entre os serviços (Valente e Settini, 1998) foi uma importante fonte de inspirações e informações para a iniciativa de se construir uma rede nacional.

Nesse contexto, com o intuito de repensar o modelo e a estratégia de revisão das práticas dos centros de saúde do trabalhador, após quase um ano de preparação, foi organizado pela Cosat/SPS do Ministério da Saúde um encontro para debater a construção de uma Rede Nacional de Saúde do Trabalhador - Renast. Como ensaio preparatório para a constituição da rede, a Cosat lançou em março de 2000 um informativo em rede - InfoRedeST¹, para dar início às articulações entre os serviços. O encontro do que estou chamando de 1ª Renast foi realizado em Brasília, em agosto de 2000, reunindo cerca de 50 técnicos, com representantes de 27 programas de saúde do trabalhador de 19 estados brasileiros (InfoRedeST, 2000).

O texto guia para o debate da construção da 1ª Renast propunha 3 linhas de abordagem: conceitual, diagnóstica e propositiva. A primeira linha buscava o enfoque conceitual:

A concepção de Sistema Único de Saúde coloca, de forma incisiva, a idéia de articulação intrassetorial, na linha de estruturas intercomunicantes nos diversos níveis do sistema. A intenção óbvia dessa concepção sistêmica é estabelecer mecanismos de diálogo automático entre as estruturas institucionalizadas. Decorreria desta lógica organizacional a consolidação de alguns pressupostos, implícita ou explicitamente, compreendidos na conformação do Sistema Único de Saúde, tais como:

- a maior visibilidade da idéia sistêmica de unicidade;
- a melhor definição de papéis hierarquicamente estabelecidos;
- a facilitação da construção e reconstrução do próprio sistema;
- a consolidação de uma cultura institucional de sistema;
- a melhor compreensão das variáveis decorrentes das diversas realidades locais;
- o aprimoramento contínuo de padrões de capacitação;
- a legitimação de inovações no nível operacional;
- a disseminação sistemática de conhecimentos;
- a democratização das informações (Vasconcellos, 2000b:2).

Uma segunda linha, diagnóstica, observava os problemas de caráter estrutural e conjuntural na construção da área, tais como

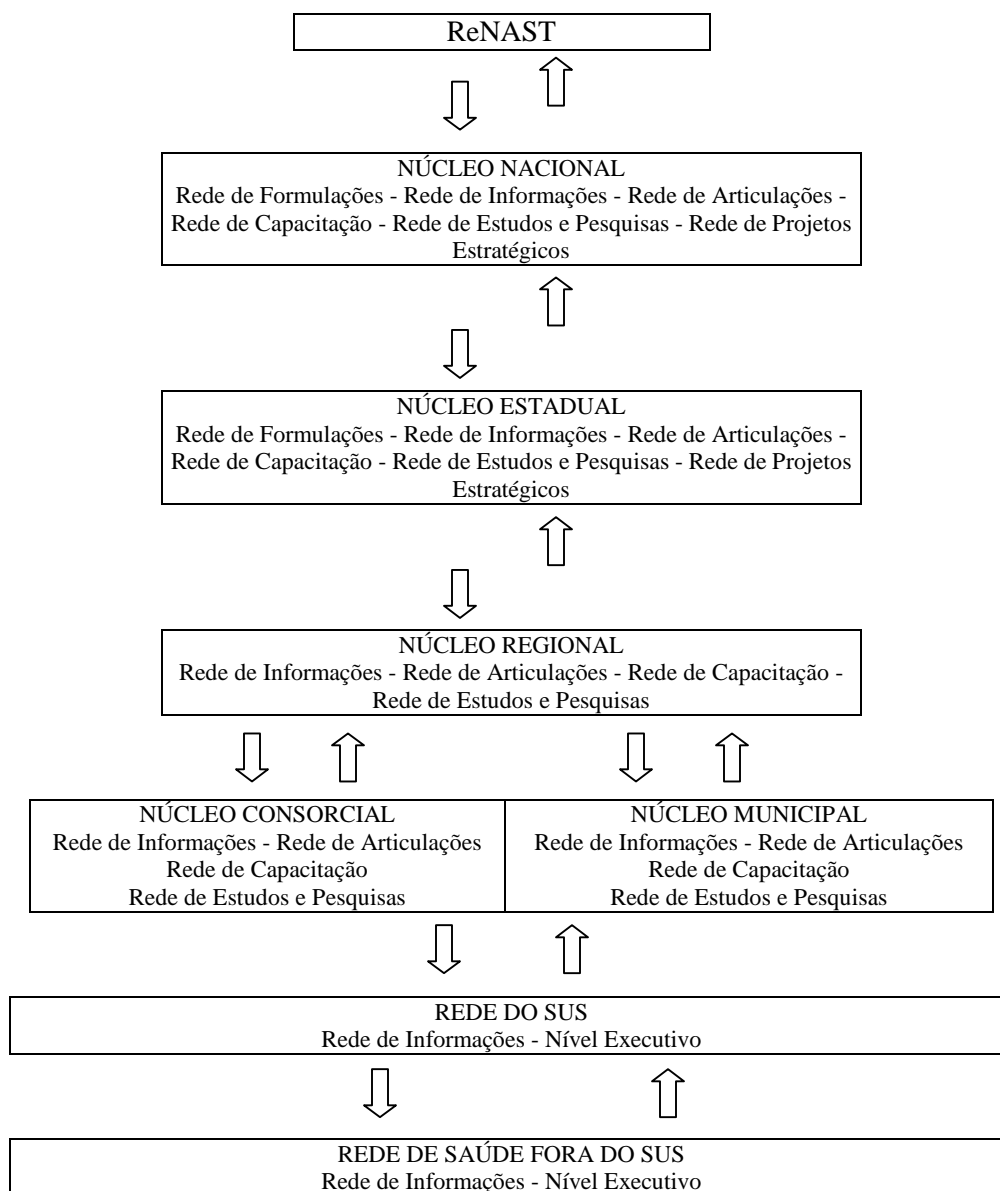
a ausência de uma cultura institucional sanitária frente aos problemas decorrentes da relação saúde-trabalho; a face intensamente ideologizada da área, implicando em resistências de caráter político-partidário nos diversos níveis de gestão; a dificuldade implicada na visualização da inserção institucional da área; o caráter inovador da área confrontado à própria abordagem do setor saúde, em relação a estruturas cristalizadas como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e setores assistenciais; a alta complexidade da abordagem, tanto no aspecto normativo quanto operacional; a deficiência quantitativa e a baixa qualificação dos quadros generalistas do SUS (idem *ibidem*:3).

Uma terceira linha, propositiva, considerando-se a fragilidade histórica do modelo não resolutivo e não incorporado sistemicamente à rede de serviços, provocava os antigos e novos programas de saúde do trabalhador para a superação do modelo:

[...] considerando-se uma nova etapa histórica de consolidação da área no âmbito do SUS, o câmbio do perfil de atuação das antigas e futuras instâncias de Saúde do Trabalhador reveste-se de caráter estratégico, na modelagem da área sob a perspectiva de rede. Neste sentido, um dos desafios da configuração da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS é repensar o papel das instâncias, funcionando mais como núcleos de inteligência, comprometendo sua atuação na disseminação das ações para a rede de saúde como um todo, nos diversos níveis de complexidade. Estes núcleos de inteligência em Saúde do Trabalhador, mantendo-se as atuais rubricas ou, até, padronizando-as, teriam como principais atribuições a normatização, as relações institucionais intra e extra setoriais, o macroplanejamento, a capacitação de recursos humanos, a consolidação de macroindicadores, a avaliação, o desenvolvimento de mecanismos de auditoria e a gestão político-estratégica (idem *ibidem*:4).

Finalmente, a 1ª Renast, como ponto de partida para o debate propunha um desenho estrutural, conforme o esquema, a seguir.

REDE NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR - ReNaST



Fonte: Vasconcellos, 2000b.

Aos programas de saúde do trabalhador, no esquema denominados de núcleos de inteligência, em absoluto estariam destinadas ações de caráter assistencial, na linha de atendimento. Estas seriam executadas pela rede de serviços (nível executivo), capacitada, preparada e supervisionada pelos programas (núcleos).

Esse desenho estrutural, ou algo assemelhado, se perdeu com a cisão das áreas reservando à Renast (2ª) o papel executor do atendimento.

Para que se pudesse viabilizar o projeto, a 1ª Renast propunha, além dos pontos anteriormente assinalados:

- compatibilização das estruturas, dos instrumentos normativos e de informação dos núcleos da rede;
- criação de rede virtual de comunicação entre todos os níveis da rede;
- consolidação do informativo em rede - InfoRedeST;
- formatação de cursos de capacitação à distância para os núcleos;
- agenda de capacitação maciça dos profissionais da rede de serviços do SUS, compreendendo atenção básica / saúde da família, vigilância e assistência médica;
- definição e desencadeamento de pesquisas multicêntricas;
- definição e desencadeamento de projetos estratégicos;
- estabelecimento de linha editorial conjunta entre os componentes da rede;
- cooperação técnica para a pós-graduação dos componentes da Renast, inclusive do mestrado profissional da Ensp/Fiocruz;
- criação de comitês temáticos permanentes (Vasconcellos, 2000b).

Por ocasião da negociação entre as duas secretarias, forçada pelo ministro para que fosse assinada a portaria, quando foram apresentadas essas propostas para mudar a portaria, a avaliação dos membros da SAS que acompanhavam o processo era a de que não havia viabilidade: "*isso não passa*", foi dito. A justificativa por não passar era a vinculação da rubrica orçamentária da Renast aos "*recursos adicionais do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)*" (Brasil, 2002e), em virtude de esses recursos serem vinculados à alta complexidade assistencial.

De fato, a 1ª Renast considerava a fundamental importância que os programas haviam tido na construção histórica da identidade de saúde do trabalhador, mas, superada essa etapa, não caberia mais espaço para paralelismos assistenciais. O desafio era introjetar a saúde do trabalhador em todas as práticas de saúde, considerando a transversalidade da categoria trabalho e a inclusão das relações saúde-trabalho como determinante protagônico em saúde pública. Não foi o que ocorreu.

A 2ª Renast - a reconstituição de um modelo assistencial paralelo ao SUS

A Renast (2ª), consignada na Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, e ampliada com a Portaria GM/MS nº 1.068, de 4 de julho de 2005, ambas emitidas pelo Ministério da Saúde, a par de seu vício original de foco assistencialista, trouxe inegáveis avanços para o campo da saúde do trabalhador².

Podemos considerar como seus principais avanços a ampliação dos centros pelo país; a capacidade de possuir dotação orçamentária própria; desdobramentos na sua condução como a elaboração de protocolos de agravos e procedimentos; o estímulo ao intercâmbio entre os centros; o desencadeamento de processos de capacitação; e, entre outros, a manutenção de um *status* permanente de mobilização de seus componentes.

Mas, as divergências conceituais assinaladas não foram superadas. Esse é o contexto analítico principal. Ao contrário, observamos que a Renast vem se consolidando cada vez mais como pólo assistencial, como era previsto pela equipe técnica da Cosat/SPS que elaborou a 1ª Renast. Por isso, corre riscos de consolidar seus centros como ambulatórios especializados.

Em pesquisa sobre a Renast, realizada em 2004, Andrade e Kassawara entrevistaram e analisaram as principais ações desenvolvidas por 5 CRST regionais, 3 estaduais e 1 municipal, em 3 estados brasileiros, todos já existentes antes da Portaria 1.679/02. Assim concluem as autoras:

Quando se comparam as diretrizes da RENAST com a situação atual, observa-se que a Portaria veio concretizar o discurso dos profissionais dentro de suas visões políticas de encaminhamento para a área de Saúde do Trabalhador, mas as suas práticas estão bastante longe das ações condizentes a essas idéias. Isso está especificamente claro nos seguintes pontos:

- Concentração voltada para a Assistência;
- Inexistência de um sistema de Capacitação - dá um suporte técnico pontual, sem sistematização e avaliação;
- Inexistência de um sistema de Informação - coleta de dados deficiente; resultados e avaliações de pesquisa e estudos pouco divulgados para a rede SUS como retroalimentação para a sua prática;
- O sentido técnico e político fragilizado pela falta da manutenção de canais de comunicação abertos gerando pouca articulação política entre as várias instâncias e formulação de propostas condizentes com a realidade (Andrade e Kassawara, 2004:34-35).

É evidente que alguns dos problemas detectados pelas autoras dizem respeito à própria incapacidade do SUS de intra e trans-setorializar suas práticas, pela ausência de

uma cultura sistêmica, tanto já assinalada nesta tese. Por outro lado, a concentração das ações na assistência é preocupante, ainda mais em se tratando de centros existentes anteriormente à portaria, cujo acúmulo de crítica e capacidade de reflexão sobre as práticas é maior do que os centros recém-criados.

O foco assistencial das práticas, além de gerar um paralelismo com os equipamentos assistenciais já instalados, propicia que a rede se sinta desobrigada de prestar a assistência devida. Uma vez que exista um atendimento específico, os profissionais da rede tendem a encaminhar os trabalhadores para os CRST, especialmente no caso de acidentes de trabalho e doenças mais visivelmente relacionadas ao trabalho. O senso comum e a observação participante assim nos têm mostrado.

A tendência, com a consolidação da Renast nos moldes atuais, é provocar um aumento crescente da demanda aos centros, com a também crescente "simplificação" dos casos ingressos, tais como o acompanhamento de fraturas e procedimentos fisioterápicos, suturas, trocas de curativos e diagnósticos de doença com baixa capacidade de referenciamento, já que a rede de serviços continua "desobrigada" e não capacitada para o enfoque da saúde do trabalhador.

Além disso, a sobrecarga de trabalho, trazida pela prática assistencial aos técnicos dos CRST, sufoca a possibilidade de redirecionamento para atividades de planejamento, processamento de informações, vigilância, ensino, pesquisa e, principalmente, articulação intra e trans-setorial, em especial com as instâncias de controle social.

Por mais que ambas as portarias e seus anexos chamem a atenção para o fato, a característica de aos centros se atribuírem, invariavelmente, ações de caráter executor, duplicadas com os diversos níveis de complexidade de execução das ações na rede de saúde, acabam funcionando como porta de entrada da rede de saúde, para os problemas relacionados, especialmente, ao trabalho formal.

Uma recente comprovação dessa ordem assistencialista é a publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2006g): Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento. Apesar de que os centros de referência sejam convocados a trabalhar numa perspectiva não assistencial, as condições

para a sua habilitação pressupõe "ações assistenciais individuais, como atendimento, acolhimento do usuário, consultas, exames e orientações" (idem *ibidem*: 71).

Ao exigir consultórios e aparelhagem para exames complementares, a 2ª Renast exhibe a grande contradição de identidade em que vive, por ter nascido como sistema assistencial paralelo, a despeito das modificações efetuadas após o cisma ministerial. Parece portar o modelo assistencial como estigma.

Em diversas localidades, inclusive, os centros de referência funcionam como ambulatórios de acidentados de trabalho, para fazer curativos e pequenos atendimentos, em tudo semelhante ao modelo de atenção à saúde do trabalhador pré-SUS, à época do INAMPS: as chamadas clínicas de acidentado de trabalho, de triste lembrança.

Por fim, afora os problemas de praxe que ocorrem na inauguração de uma "nova" política de atenção, esta tese agrega um problema adicional: a encapsulação dos centros para dentro das relações entre o trabalho e a doença.

O foco assistencialista favorece o olhar sobre a doença, mas além disso, a missão institucional dos centros, calcada em bases conceituais restritas, limita de forma intensa o objeto da política. O *policy-making* da área se perde em operações diagnósticas e terapêuticas de alcance restrito.

Cabe a indagação: até quando se sustenta e qual a resolutividade dos procedimentos que giram em torno do atendimento à doença? Será esse o seu destino?

O caso do trabalho como determinante é mais significativo nesse debate, porquanto suas raízes causais dos agravos são mais visíveis e mais próximas da capacidade de resolução por parte da autoridade sanitária, na medida em que ela seja instigada para erradicá-las.

Além disso, para se pensar uma política de Estado, na área do desenvolvimento sustentável, que coloque a saúde do trabalhador como ponto de partida, a Renast, da forma como está configurada carece de potencialidades para se avançar na transformação dos processos produtivos.

Todavia, sua capacidade instalada, inclusive em fase de expansão, pode ser um instrumento poderoso para viabilizar-se transformações mais efetivas.

Nessa linha, consideramos como um apontamento para a política de Estado uma 3ª Renast.

A 3ª Renast - a revigoração de uma utopia

Guardadas as peculiaridades, outros programas de saúde já superaram esta etapa do debate estrutural, como os programas de saúde da mulher, da criança e do adolescente, do idoso, entre outros, que concentram sua atuação no desenvolvimento de políticas de saúde e não na criação de instâncias executoras de ações assistenciais.

Se a capacidade instalada já provê as particularidades do atendimento desses grupos específicos, as políticas públicas voltadas para eles se pautam em ações de inteligência da gestão, no sentido de aprimorar as ações assistenciais, sim, mas também encontrar soluções para outras questões como normatização, informação, ensino, pesquisa, relações sociais e intersetoriais, definição de novas políticas, entre outras.

A diversidade de agravos relacionados ao trabalho alcança todas as especialidades na rede de serviços. Não tem sentido, portanto, o movimento que se observa em vários CRST para abrigar especialistas em determinados agravos (pneumologista, fonoaudiólogo, dermatologista, psiquiatra etc.), salvo na condição de instrutores para a rede. Ainda assim, os centros não teriam como dar conta de todas as especialidades. Nesse contexto, não há como estabelecer programas maciços de capacitação para a rede sem suporte trans-setorial, especialmente das universidades, para isso. Esta seria uma atribuição típica de um CRST. A Portaria Renast 1.068/05, de certo modo aponta para isso, mas não lhe prioriza.

Os centros de referência, funcionando exclusivamente como núcleos coordenadores de inteligência sistêmica, poderiam arvorar a si atribuições de normatização, relações institucionais intra e trans-setoriais, macro-planejamento, capacitação, consolidação de macro-indicadores, desenvolvimento e avaliação de mecanismos de auditoria, gestão político-estratégica, promovendo, fomentando e facilitando a disseminação das questões envolvidas na relação saúde-trabalho por todos os níveis da rede do SUS, da atenção básica ao nível terciário da atenção (Silva, 2002).

Além disso, já na perspectiva de um SUS sistêmico, olhando para uma política de Estado em desenvolvimento sustentável, as áreas de meio ambiente do SUS, vigilância (sanitária e epidemiológica) e gestão da atenção básica e saúde da família poderiam compor com o CRST uma relação intrassetorial que fosse além do convívio institucional

em eventos e reuniões. Seus planos virtuais de ação necessariamente convergem em objetivos, mas invariavelmente divergem em planejamento estratégico, ação e realização.

Uma nova estruturação com o caráter de rede inteligente, nessa linha, depende dos centros se livrarem da incumbência assistencial. A questão do acolhimento, hoje bastante enfatizada, é uma espécie de disfarce do atendimento social, psicológico e médico, entre outros. A individualização do acolhimento, no nível do CRST, é insuficiente para atender as necessidades de cada categoria de trabalhadores, de per si.

O papel do CRST, a meu ver, é estabelecer com a categoria de trabalhadores estratégias de acolhimento e demais procedimentos decorrentes, junto à rede, especialmente à atenção básica / saúde da família, serviço social e ambulatórios especializados já instalados na rede de serviços - tarefa árdua, mas mais perene e mais resolutiva.

O acolhimento individualizado no CRST mantém a invisibilidade do processo produtivo causador dos problemas.

Trabalhando com o sujeito assistente social no contexto da saúde do trabalhador, Lúcia Freire, em sua tese de doutorado (1998), assim se manifesta:

O assistente social, potencialmente, tanto pode contribuir para reforçar a alienação - no avesso do seu discurso humanista tradicional - como também para elucidar e desencadear mediações em relação a situações e processos sociais, no sentido do seu entendimento mais amplo - no local de trabalho e na sociedade - e na direção do enfrentamento das contradições, expressas na realidade cotidiana, posição que tenho denominado "*avesso do avesso*" (Freire, 1998:673).

Creio que qualquer que seja o sujeito promotor da atenção (o assistente social, o médico, o psicólogo, o fonoaudiólogo etc), no nível da atenção individualizada pode incorrer nessa armadilha do avesso do discurso. Que papel se reserva aos CRST nesse embate? Entre o acolhimento (necessário) de cada um dos trabalhadores e o compromisso (fundamental) de mudar a natureza das coisas que acometem a todos os trabalhadores?

Vejo o papel do CRST/Renast como desmistificador da alienação junto aos profissionais da rede, na medida de sua capacidade de fazer mediações com o coletivo de trabalhadores, sinalizando para a capacidade de intervenção sobre os processos determinantes dos problemas. Buscar, enfim, o avesso do avesso.

Outra questão, não menos importante, é o desafio de se buscar um desenho estrutural em rede, que seja capaz de prever e prover a atenção integral em todos os municípios brasileiros e, não apenas, nos municípios que venham a ter um centro de referência. Com a adoção de rede sentinela proposta na portaria de 2005 algo desse problema deve ser encaminhado. Resta saber como será solucionado.

Sem dúvida, a solução para os problemas decorrentes da Renast não está no nível de governabilidade da própria Renast. Assim, carece-se de uma análise de qual tipo de estruturação da área poderia melhor dar conta da complexidade da intervenção e da atenção à saúde do trabalhador. Para se chegar a esse nível de análise é preciso conhecer o desenho organizativo das estruturas existentes, acelerando a concepção de um modelo mais adequado às diversas realidades, segundo o princípio de articulação inteligente em rede, coisa que até hoje não foi realizada.

Inserções diferenciadas na estrutura do aparelho do SUS, ora na assistência, ora na vigilância, ora em gerências de planejamento colocam disparidades na utilização dos recursos, problemas de autonomia na decisão, limitação do alcance de ações, baixo nível de interlocução. Por certo, o problema não está em si na Renast, mas na concepção de um SUS sistêmico que coloque a área, devidamente articulada, no lócus apropriado da estrutura. E que, por ora, não se pode dizer qual seja sem se tomar a iniciativa para desvendá-la.

Nos anos de 1999 e 2000, já como preparação para o encontro da 1ª Renast foi feito pela Cosat uma tentativa de levantamento da inserção institucional dos programas de saúde do trabalhador (InfoRedeST, 2000), estimados em 150 à época (Brasil, 2001). Seu objetivo era, a partir de um diagnóstico, avançar na padronização das estruturas que, hoje com a implantação de novos CRST, inseridos em inúmeros lócus, não guardam qualquer coerência político-institucional entre si.

Existem CRST inseridos na Vigilância Sanitária, na Vigilância Epidemiológica, nas áreas assistenciais, nas de planejamento, ligados diretamente ao gabinete do secretário, na Vigilância Ambiental, enfim, sem qualquer critério de inserção estrutural.

Um eventual projeto de uma 3ª Renast deveria partir de uma padronização estrutural para os CRST/Renast, cuja inserção se situe fundamentalmente nas instâncias do planejamento estratégico dos 3 níveis de gestão do SUS.

A identidade da saúde do trabalhador, mesmo com algumas brechas, já foi alcançada: a razoável quantidade de especialistas em saúde do trabalhador e afins; a perspectiva de formação à distância de um grande contingente de novos especialistas, a curto prazo; a profusa produção acadêmica; a disseminação de porta-vozes, via proliferação dos CRST/Renast por todo o Brasil; uma razoável massa crítica inserida nas instâncias de controle social, via Cist locais. Então, o que falta?

Buscando as aproximações que o discurso teórico vem apontando entre as relações saúde / trabalho-produção / consumo / meio ambiente e desenvolvimento sustentável, acredito que uma 3ª Renast, revitalizada e condizente com uma política de Estado mais abrangente que contemple essas variáveis, deveria caminhar na linha de um SUS sistêmico, em transição para o trans: transdisciplinar, trans-setorial, transversal e transpondo a gestão.

Nesse contexto, a 3ª Renast teria como princípios e diretrizes:

- a ampliação do objeto para uma "rede de atenção às relações saúde - trabalho e desenvolvimento sustentável", articulando organicamente na rede as variáveis antes implicadas: Renast ampliada;

- uma estruturação ampliada inclusiva das estruturas de meio ambiente do SUS, situada nas 3 esferas de gestão, num lócus de planejamento com capacidade decisória; a melhor inserção deveria ser debatida nas instâncias de pactuação, considerando que dada a sua amplitude e exigência de transposição da gestão, deveria se situar no 2º escalão das 3 esferas de gestão; independente da denominação, seu status como formuladora de política de Estado, deveria ser condizente com autonomia e mobilidade intra e trans-setorial;

- *interna corporis*, seja com o formato de secretaria, departamento ou similar, suas diretrizes intrassetoriais alcançariam todas as estruturas do SUS, com especial ênfase para a atenção básica, as vigilâncias, a rede assistencial especializada e urgência e emergência;

- trans-setorialmente, a 3ª Renast coordenaria de forma compartilhada com outras estruturas do Estado, uma nova instância de planejamento, pactuação e estabelecimento de diretrizes políticas e legais para o campo; instâncias diversas e esparsas como o Geisat, a Cist, os GT da Abrasco, a própria CTPP e outras de interesse

do campo ampliado estariam politicamente articuladas a essa instância, elaborando conjuntamente o plano das políticas públicas;

- estruturas efectoras em cada uma das instâncias do aparelho de Estado: saúde, trabalho, previdência, educação, meio ambiente e outras estariam programaticamente subordinadas às diretrizes legais e políticas dessa nova instância que, por sua vez, seria inserida no aparelho de Estado em lócus com as mesmas características de autonomia, mobilidade e capacidade decisória;

- os CRST/Renast teriam seu papel redirecionado, em todo o país, para servirem como ponta-de-lança das políticas locais de saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável; serviriam, ainda, em conjunto (convênio) com as universidades públicas locais como *campi* avançados de pesquisa, formação e educação permanente para a área ampliada em seus objetos;

- a Renast ampliada teria a capacidade de aplicar e analisar, junto com a vigilância epidemiológica tradicional, instrumentos (antigos e novos) de informação sobre os processos produtivos, ambientais e de desenvolvimento;

- as instâncias de controle social, especialmente aquelas diretamente ligadas à Renast, como as Cist, seriam, do mesmo, reconfiguradas com vistas a atuar no campo ampliado.

Em síntese, uma 3ª Renast (Renast ampliada) seria uma instância de planejamento, gestão de informações e coordenação de ações diversas - capacitação, educação permanente, vigilância, articulação, comunicação etc. - em rede nacional, abarcando as interfaces saúde, trabalho, produção, ambiente, consumo e desenvolvimento sustentável, de modo trans-setorial integrado.

Evidentemente que uma mudança tão profunda na concepção e no desenho estrutural, dependente de uma decisão política do alto escalão da República, teria um detalhamento operacional, do ponto de vista de seus mecanismos de articulação, integração de estruturas, criação de instâncias e, entre outras necessidades, disposições normativas, que não cabe discutir no âmbito desta tese.

O processo de construção da política, numa perspectiva de controle social e processo participativo radicalizado, implica no aprimoramento dos mecanismos de interlocução entre Estado e sociedade, o que demanda tempo, perseverança dos que a

desejam, decisão política e luta permanente para manter viva a chama acesa da perseguição da utopia. Os apontamentos aqui assinalados pretendem apenas contribuir modestamente na possibilidade de refletir sobre seus possíveis rumos.

Nos capítulos finais, agrego algumas variáveis do teatro de operações num cenário ampliado da política de Estado.

Notas

1 - O informativo chamado InfoRedeST: Cosat - Informativo em Rede / Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, circulou bimestralmente via net, entre março de 2000 (nº 1) e junho de 2001 (nº 8), quando problemas operacionais interromperam sua circulação. O informativo era constituído de várias seções entre as quais: agenda de eventos, informes dos programas em nível nacional, entrevistas e coluna de opinião.

2 - Renast - instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1679, de 19 de setembro de 2002, articula os três níveis de gestão: o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde dos Estados e Distrito Federal e a Secretaria de Saúde dos Municípios. Segundo o próprio Ministério da Saúde, a Renast deve ser compreendida como uma ferramenta estratégica no sentido da construção, no âmbito do SUS, de uma efetiva política de Estado na área do atendimento à saúde do trabalhador. A Renast financia a criação e/ou o incentivo dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, definidos como pólos irradiadores, numa determinada região, da cultura da saúde do trabalhador, assumindo a função de suporte técnico e científico junto aos profissionais de todos os serviços da rede do SUS, orientando-os nas suas práticas de atenção.

Capítulo 7

Apontamentos sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador como política de Estado na perspectiva de um SUS sistêmico

En 1979 asistí al entierro de 11 obreros, entre 20 y 25 años, muertos por asfixia a consecuencia de las emanaciones de gas tóxico que se desprendía de la basura acumulada en una galería séptica en Las Palmas de Gran Canaria. Murieron entre la mierda. Primero cayó uno. Otro fue a darle la mano y cae. Y así hasta 11. Muertes solidarias. [...] Algunos años más tarde asistí al entierro de un grupo de mineros muertos en Asturias. Por que para que tengan categoría de noticias los obreros deben morir en grupo. Impresiona más. Ángel Cárcoba (2006).

Muitas Vigilâncias, pouca vigilância

Considero, neste trabalho, a vigilância em saúde do trabalhador como um dos lócus mais privilegiados para pensar e executar a política de Estado em saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável. Vigilância, nesse contexto, não como panacéia, mas como estrutura capaz de intervir sobre os processos de trabalho, por conseguinte, sobre os processos produtivos e, portanto, sobre os processos de desenvolvimento.

No Estado autoritário, a vigilância é exercida para restringir ou eliminar direitos dos cidadãos. No Estado democrático, a vigilância é exercida para garantir os direitos dos cidadãos. Nesse contexto, a vigilância em saúde é a expressão máxima de intervenção do Estado democrático e de direito, no sentido de garantir a saúde dos cidadãos.

No caso brasileiro, em que a sua lei diretora consigna a saúde como direito e o dever do Estado em provê-la, a vigilância em saúde ganha um contorno de relevância, pouco usual em outros Estados democráticos (Dodge *apud* Brasil, 2006d).

Por outro lado, a fragilidade e a eventual inoperância da vigilância em saúde desvela um país incapaz de propiciar o pleno exercício do Estado de direito a que se arvora. A vigilância em saúde, assim, põe o Brasil cara a cara com ele mesmo para dar conta de sua identidade como Estado democrático. É um grande desafio, ainda não enfrentado competentemente.

A vigilância em saúde do trabalhador (Visat) de que vamos tratar não é mais uma vigilância à parte do contexto de vigilância em saúde (ou da saúde). A vigilância em saúde do trabalhador, como a compreendemos, é parte intrínseca da vigilância em saúde

e, como vamos analisar neste capítulo, guarda uma especificidade do objeto da relação saúde-trabalho, mas a transcende vertical e horizontalmente.

Verticalmente, sua transcendência ocorre como missão operativa intrasetorial (dos serviços de saúde) das vigilâncias em saúde consolidadas (epidemiológica / sanitária) ou em construção (ambiental / promoção). Horizontalmente, a Visat transcende às vigilâncias interssetoriais consolidadas (trabalho / previdência) ou em construção (meio ambiente / violência / segurança pública). Tratamos de pensar a Visat já na perspectiva de transição para o trans: trans-setorialidade, transversalidade, transdisciplinaridade e transposição da gestão, como vimos na introdução da tese.

E, de antemão, a vigilância eleita como o lócus privilegiado para a política de Estado não é a vigilância que se tem à disposição hoje nas políticas e ações de saúde pública. É disso que tentaremos falar no presente capítulo.

A história da vigilância da saúde, de berço nascida como vigilância sanitária, é um tema exaustivamente estudado no campo da saúde pública (Lucchese, 2001; Costa, 2003). Representa, ainda, a primeira aproximação mais efetiva do Estado com a saúde pública, na linha do poder de intervenção do Estado sobre os determinantes dos problemas de saúde.

A vigilância sanitária representa uma dessas instâncias da administração pública com poder de polícia, que é demarcada por um ordenamento jurídico de cunho sanitário, o qual configura os regulamentos e as infrações e estabelece as respectivas sanções por suas transgressões. No mundo ocidental, dentro da lógica que construiu o Estado moderno, a vigilância sanitária é, sem dúvida, uma das áreas que se convencionou chamar de funções típicas do Estado. Sua tarefa de mediatizar, técnica e politicamente, os interesses dos diversos segmentos sociais na definição dos regulamentos e usar de poder coercivo para fazer cumprir-los é intransferível (Lucchese, 2001:52).

Não é propósito deste trabalho rever a trajetória histórica e, sim, a partir de algumas das bibliografias relevantes e atuais que tratam da vigilância em saúde e, mais especificamente, da vigilância em saúde do trabalhador, refletir como suas práticas podem ser apropriadas pela política de Estado que aqui se pretende.

Embora a vigilância sanitária seja apenas um "pedaço" da vigilância em saúde, seu privilegiamento, como um dos temas prioritários que elegemos nesta tese, decorre de sua proximidade do aparelho de Estado quanto à capacidade de intervir sobre os fatores que determinam a manutenção ou a perda da saúde.

São bem conhecidos os conceitos de vigilância em saúde, atualizados nos últimos anos, em que se vem buscando a fusão dos paradigmas da vigilância epidemiológica, cuja identidade institucional repousa no complexo das informações, e a vigilância sanitária, cuja identidade institucional repousa no complexo das intervenções, como uma forma de recuperar a ruptura institucional histórica existente entre ambas.

A revisão do modelo com base na territorialização e distritalização de há muito vem sendo proposta (Mendes, 1993; Teixeira *et al*, 1998) e, por ser ainda incipiente, continua como objeto de reflexão (Monken e Barcellos, 2005).

Inconsistências do paradigma da vigilância, especialmente pela sua dificuldade em se materializar em ações integradoras consistentes e efetivas, têm estimulado, cada vez mais, a sua revisão e uma expressiva reflexão sobre as suas práticas (Teixeira, 1999).

Desde a concepção da vigilância sanitária como rede (Santos e Bittencourt, 2005) à inclusão de outras variáveis em um novo paradigma que, pouco a pouco, vêm fundindo (ou tentando fundir) as duas vigilâncias clássicas, o propósito é acrescentar-lhe maior abrangência e amplitude (Ministério da Saúde, 2005). É o caso da vigilância ambiental (Netto e Carneiro, 2002; Barcellos e Quitério, 2006), do marco conceitual da promoção da saúde no ideário da vigilância em saúde (Sabroza, s/d) e, ainda, a integração de todas as vigilâncias, entendendo-as como atenção básica no sentido da prevenção, proteção, promoção e precaução em saúde (Augusto, 2005).

Do mesmo modo, a revisão do paradigma da vigilância tem buscado a implicação de sujeitos sociais, caso do monitoramento participativo, a partir de matrizes de processos críticos (Breilh, 2003), e a radicalização do processo participativo com ampliação do controle social no planejamento e acompanhamento de ações, como é o caso da própria vigilância em saúde do trabalhador - Visat (Brasil, 1998b).

Outra questão de fundo que vem sendo revista é a compreensão e remodelagem do papel do sujeito-interventor da vigilância. Assim, segundo Silva e Coroa (2005:13), "[...] *relações de forças do domínio discursivo da saúde pública que dificultam a formalização de conhecimentos específicos [...]*" agregam responsabilidades e desafios adicionais na formação dos sujeitos ativos da vigilância. Uma discussão nesse sentido vem sendo travada na Fiocruz, desde 2005, para elaborar perfis de competência desses sujeitos (Ensp, 2005).

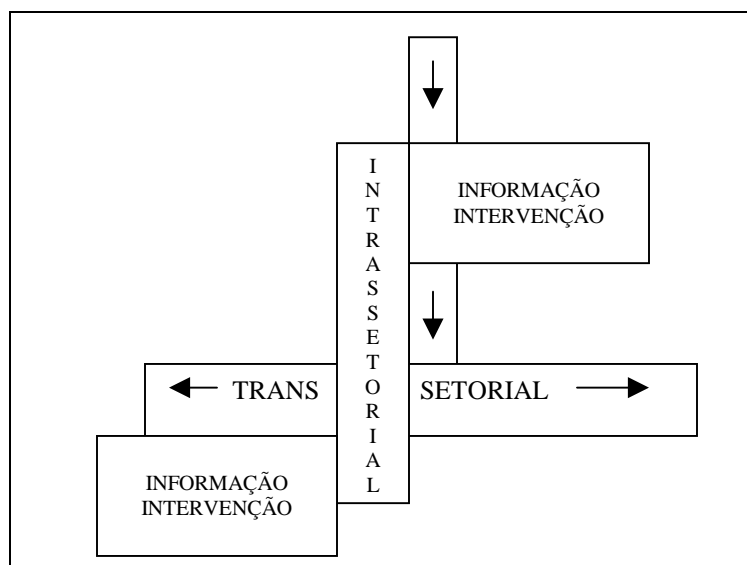
A fusão dos paradigmas das vigilâncias clássicas - epidemiológica e sanitária - guarda respeito a uma ação intrasetorial típica, já defasada no tempo de construção do SUS. Já, as incorporações da vigilância ambiental e da vigilância calcada nos princípios da promoção da saúde dizem respeito, também, a ações intersetoriais, mas ainda não assumidas sistêmica e sistematicamente pelo SUS. Nessa compreensão, a vigilância em saúde é um eixo operacional da política de saúde com uma amplitude do tamanho da política. Ou seja, todas as ações no interesse da saúde, dentro do paradigma da vigilância, das informações às intervenções, estariam inseridas na estrutura, não necessariamente administrativa do aparelho de Estado, mas, sim, operacional da vigilância em saúde.

Assim, informações sobre os determinantes de saúde, quaisquer que sejam, são informações epidemiológicas, a priori, cujos sistemas operacionais de coleta, processamento e análise de dados deveriam dialogar entre si e produzir resultados consolidados implicando todas as variáveis. Isso não ocorre.

Do mesmo modo, as intervenções sobre os determinantes da saúde, quaisquer que sejam, são intervenções sanitárias, a priori, cujos sistemas operacionais de fiscalização, negociação e promoção deveriam interagir entre si, produzindo resultados unificados. Isso também não ocorre. Para que isso ocorra, a estrutura é remodelada. A figura 1 coloca essas variáveis em 2 eixos.

Figura 1

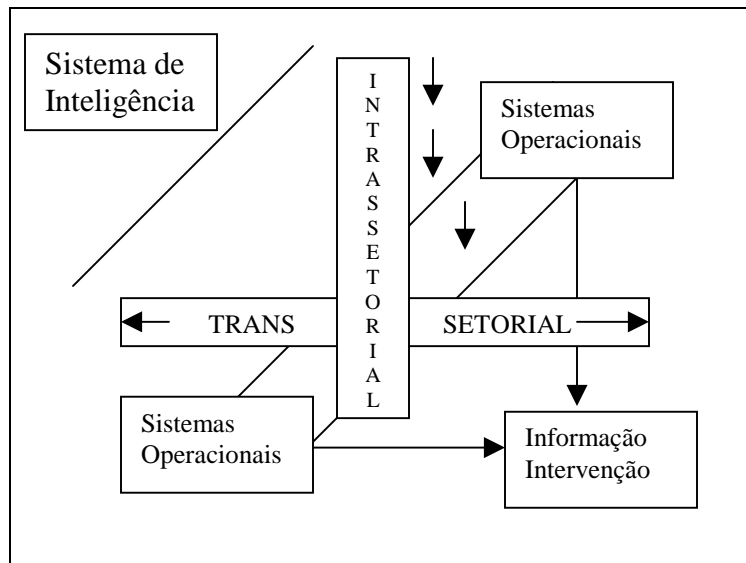
Os 2 eixos da Vigilância em Saúde



Fonte: do autor

A vigilância em saúde com os 2 eixos, um na perspectiva intrassetorial (para dentro dos equipamentos de saúde) e outro trans-setorial (para fora) constitui um sistema de inteligência único, e, portanto, consoante com os princípios do SUS, com dois sistemas operacionais básicos: o sistema operacional de informações e o de intervenções.

Figura 2
Os 2 eixos da Vigilância em Saúde - o sistema de inteligência e os 2 sistemas operacionais



Fonte: do autor

O entendimento é de que não haja, em ambos os sistemas operacionais, divisões estruturais que possam comprometer o tratamento holístico dos problemas sanitários, a partir de fragmentações sucessivas das estruturas.

Além da histórica divisão entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária, um exemplo significativo é a divisão, no eixo intrassetorial (para dentro) da vigilância sanitária em várias "vigilâncias": medicamentos, cosméticos, serviços, veterinária, saúde do trabalhador etc. Outro exemplo é o eixo trans-setorial (para fora) com a fragmentação das intervenções pelas estruturas do meio ambiente, do trabalho, da previdência, do consumo etc.

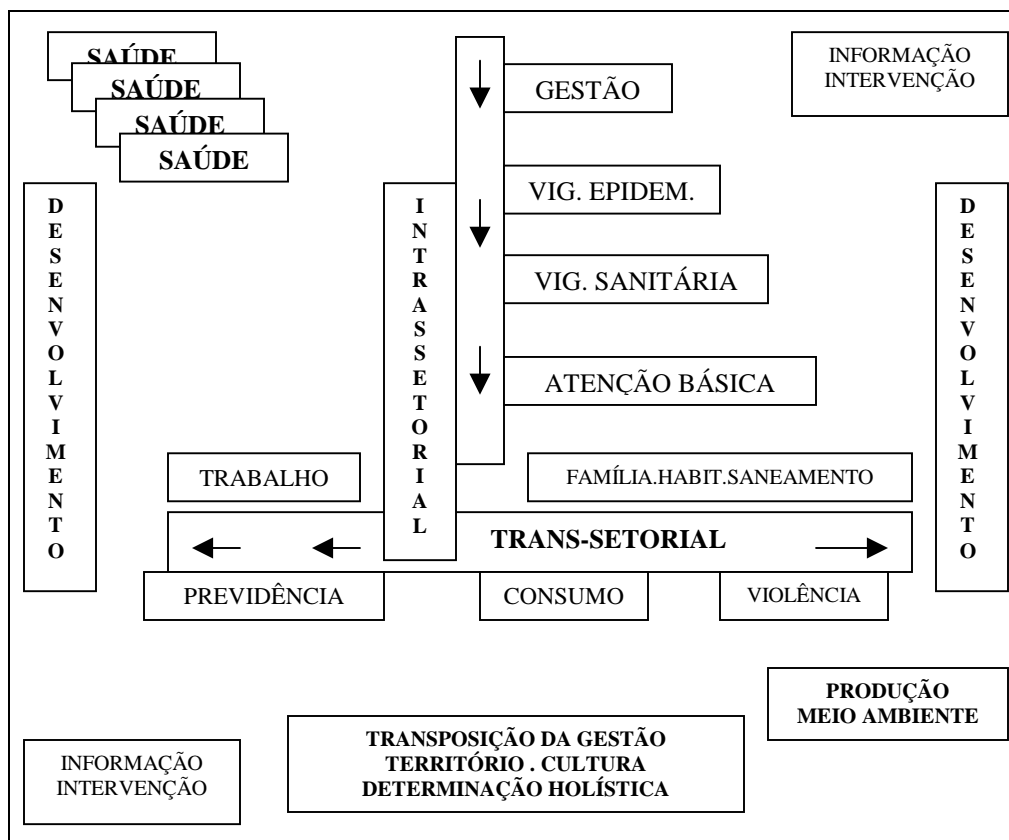
A superação dessa fragmentação tem duas faces: uma bem simples, baseada na decisão política de provocar a reengenharia administrativa, e uma bastante complexa, baseada na decisão política de favorecer cenários para a mudança da cultura institucional.

A complexidade da segunda medida implica na mudança para o paradigma de vigilância em saúde, que depende da revisão de perfis profissionais e da implementação ostensiva de novos mecanismos de formação, reciclagem e educação permanente. Depende, ainda, de que a mudança de cultura institucional transponha o setor saúde, propriamente dito, e alcance o plural: mudança de culturas institucionais nas áreas de interesse da saúde. Ou seja, depende uma política de Estado trans-setorial.

Se observarmos os objetos habituais da vigilância vemos que praticamente todos estão contidos no binômio produção-meio ambiente. Além dos objetos comuns, como o das enfermidades em geral, outros objetos de interesse da vigilância em saúde como qualidade e hábitos de vida, nutrição e fome, habitação e saneamento, violência, padrões de consumo, condições de trabalho e, por extensão, a questão do desenvolvimento, constituem-se em determinantes do padrão de saúde, e também estão muito próximas, como objetos, do binômio produção-meio ambiente. A figura a seguir demonstra essas observações.

Figura 3

Os 2 eixos da Vigilância em Saúde na perspectiva sistêmica



Fonte: do autor

Nesse contexto de ação sistêmica da vigilância em saúde, num dado território trans-setorial, com ações transversais para fora dos equipamentos de saúde, e transposição da gestão, a idéia de uma vigilância em saúde do trabalhador é assumida como um braço técnico-operacional no teatro de operações do território político.

Sua missão, como parte da estrutura sanitária sistêmica, intra e trans-setorialmente, consistiria em co-analisar e co-intervir sobre os fatores relacionados ao trabalho, à produção e ao desenvolvimento que não conferissem efetiva sustentabilidade para a vida.

Vigilância em saúde - fiscalização e inspeção

Semanticamente, vamos encontrar no interior do conceito de vigilância em saúde diversas expressões que ora se confundem, ora se mesclam, mas em geral tratam dos atos operacionais e comportamentos operativos que lhe compõem (Pinheiro, 1996).

Os requerimentos utilizados para dar conta de suas especificidades são uma das causas da fragmentação no nível das estruturas administrativas. O exemplo mais marcante é a própria divisão entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária, em que as ações se confinam, ora à busca, tratamento e análise de informações, estudos e pesquisas dos agravos de saúde (vigilância epidemiológica); ora à fiscalização / inspeção e controle dos determinantes dos riscos à saúde (vigilância sanitária).

O desafio de superar a fragmentação estrutural (intrasetorialidade) é o desafio de fundir os tempos operacionais, sempre que possível, e fundir sempre os planos de ação, ainda que isso seja aparentemente impossível.

Das expressões que emprestam confusão conceitual à vigilância em saúde destacam-se aquelas que definem os mecanismos de intervenção da vigilância. Existem várias, mas as mais comuns são a fiscalização e a inspeção.

Entendemos a fiscalização - o ato fiscal - como aquela que remete a ação à autoridade com poder de polícia. O ato fiscal é aquele que investe a autoridade pública do poder de intervir com base na lei. É ato normativo típico, institucional, público e depende de pessoa(s) com essa investidura. O olhar dirigente observa o cumprimento da lei.

Já, a inspeção é ato de observação e de intervenção técnica. É o ato em que o olhar dirigente observa as questões a serem reparadas, do ponto de vista técnico. A inspeção é ação subsidiária da fiscalização e a esta subordinada. E ambas são subsidiárias da vigilância. A inspeção não necessariamente é exercida somente pelo fiscal. Ou não deveria ser. A rigor, a fiscalização deveria se valer de inspeção técnica, rotineiramente, conferida por pessoa(s) alheia(s) à fiscalização, mas sintonizada(s) com o objeto da mesma, caso de pesquisadores acadêmicos e experts. No caso da Visat, além desses, os próprios trabalhadores são agentes típicos da inspeção. Não é o que habitualmente ocorre.

A inspeção é, ainda, o ato que possibilita gerar novas informações a partir da intervenção (fiscalização). O sistema de informações (vigilância epidemiológica) se retroalimenta na inspeção técnica e dela depende para se aprimorar e se nutrir de novos

componentes. Daí, a fusão das vigilâncias, mais do que ato administrativo, tratar-se de ato de inteligência sanitária estratégica. E a fiscalização (vigilância sanitária) é o ato que garante que isso ocorra.

A combinação de ambas - fiscalização / inspeção - na mediação com o objeto e na proposição de mudanças constitui o ato político da vigilância em saúde.

O aparelho de Estado se vale de atos políticos - *policy-making* - para fazer valer as medidas no interesse da sociedade, a despeito de contrariar o interesse individualizado do objeto em questão.

Daí, a sociedade estar representada no ato de fazer a política deixa de ser uma concessão do Estado para ser uma prerrogativa sua.

Em se tratando de vigilância em saúde, o interesse da sociedade ultrapassa a fronteira estrutural do serviço de saúde propriamente dito e, portanto, das secretarias de saúde e do Ministério da Saúde. Assim o *policy-making* da vigilância em saúde só será capaz de ser abrangente e efetivo trans-setorializando seus atos operativos e políticos. E, ainda, trans-setorializando a utilização de outras estruturas do aparelho de Estado que não exclusivamente os equipamentos de saúde, propriamente ditos.

Nossa compreensão e opção pela vertente da Visat como braço técnico-operacional e ponto de partida para a configuração da política de Estado no campo do desenvolvimento sustentável tem sua razão de ser por diversos motivos. Dentre estes, alguns dizem respeito a vícios estruturais e vícios na definição de objetos encontrados nas outras "vigilâncias", o que compromete metodologicamente sua adoção apriorística como ponto de partida para uma política de Estado.

Acreditamos que a evolução de uma política de Estado de vigilância em saúde, alicerçada num SUS sistêmico deverá, pouco a pouco, solucionar esses vícios. A seguir assinalamos alguns deles.

- Quanto à vigilância epidemiológica:
 - não trabalha, via de regra, com informações geradas nos processos produtivos, indicadores de saúde do trabalhador, ambientais e sociais, entre outros;
 - não se vincula à ação de fiscalização / inspeção;
 - não tem, via de regra, qualquer interlocução com a sociedade.
- Quanto à vigilância sanitária tradicional:

- não incorpora a sociedade em seus atos operativos;
 - não utiliza de forma sistemática a inspeção efetuada por assessoria;
 - tem como objetos os produtos e os serviços e não, sistematicamente, os processos;
 - não compreende a fiscalização como um ato de vigilância ao longo do tempo, no sentido de transformar os processos;
 - não examina ou intervém sobre as relações de trabalho contidas no objeto da ação;
 - não se articula intra ou trans-setorialmente;
 - trabalha com o enfoque preponderantemente punitivo;
 - não constrói novos objetos interdisciplinares; e, finalmente,
 - tende a aprofundar a fragmentação intrasetorial ao estimular o surgimento de super-especialistas fiscais.
- Quanto à vigilância ambiental:
- é mais incipiente que a Visat;
 - contribui para a fragmentação intrasetorial;
 - tende a examinar os processos produtivos "extra-muros", desconsiderando a fonte primária intra-processual de danos ambientais;
 - carece de capilaridade estrutural dentro do setor saúde propriamente dito.

Nesse contexto, a possibilidade de emergência de uma nova vigilância em saúde que abarque todas as suas variáveis técnico-operativas depende de uma mudança de cultura intrasetorial, novos sujeitos da intervenção e, fundamentalmente, da transição do SUS para sistema. Uma de nossas hipóteses nesta tese é que a Visat possa ser o elemento deflagrador de uma nova vigilância: seu ponto de partida.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador como ponto de partida da política de Estado

Na linha apresentada, fica claro que a Visat, isoladamente, é incapaz de influir no território político de atuação, qualquer que seja ele, sem a intermediação de uma política de Estado que considere o SUS como sistema. Por outro lado, a Visat possui elementos

metodológicos e culturais que a colocam como instância privilegiada de intermediação de uma nova vigilância. É o que vamos analisar.

A consolidação da área de saúde do trabalhador, no campo de atuação do SUS, vem se constituindo num dos maiores desafios, senão o maior, de trazer para o cenário das práticas de saúde pública questões centrais relegadas ao plano das relações privadas entre capital e trabalho, padrões e empregados, antes da Constituição Federal/88.

A inclusão do tema no debate constituinte, fruto de longa e árdua luta política, foi trazida por setores sociais e institucionais que percebiam a insuficiência do modelo vigente à época, especialmente quanto à intervenção sobre os processos e ambientes de trabalho, ou seja, a possibilidade do SUS passar a fiscalizar empresas, como parte das práticas de vigilância. O fato gerou acirrados embates com setores conservadores que impediram, nas negociações constituintes, que a saúde do trabalhador passasse a ser atribuição plena do SUS. Houve muitas perdas para o ideário da área nesse embate (Fleury *apud* Brasil, 2006d).

A rigor, os 8 incisos de saúde do trabalhador da Lei Orgânica da Saúde (parágrafo 3º do artigo 6º) tratam direta ou indiretamente de vigilância (Brasil, 1991). No entanto, somente em 2 deles surge a expressão: *participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS)..*, com a clara intenção de ressaltar e restringir a atuação do SUS nos casos de "*estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; [e] normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador*" (Brasil, 1991).

A inclusão dessa expressão "*participação, no âmbito...*" simboliza a tentativa de conferir ao SUS o papel de mero coadjuvante na intervenção sobre as relações saúde-trabalho. A intenção era a de manter a hegemonia da fiscalização efetuada pelos órgãos do trabalho, retirando (ou relativizando) o poder de polícia dos órgãos de saúde.

Jacinta Silva, em comunicação pessoal, relata que presenciou, na comissão de saúde e seguridade constituinte, o acordo que incluiu essa expressão. Havia um impasse e essa foi a forma possível para manter a fiscalização como atribuição do SUS.

Prenunciava-se, desde então, o conflito de competências e atribuições entre as áreas de saúde e trabalho, que vem sendo analisado por diversos autores (Vasconcellos, 1994; Oliveira, 1994; Pinheiro, 1996; Vasconcellos, 1996; Santos, 2000).

Parece evidente que a face mais relevante de uma política de saúde é a capacidade do Estado de intervir em seus fatores determinantes. Tanto que na análise do tema da saúde do trabalhador nas Constituições Estaduais Brasileiras revelou-se que "*o atributo mais freqüentemente assinalado ... diz respeito às fiscalizações/inspeções dos ambientes de trabalho... [com] a intenção de conferir ao Sistema Único de Saúde a responsabilidade de intervir nos processos de trabalho, segundo o prisma da saúde pública, como contraponto à fiscalização tradicional...*" (Oliveira *et al*, 1997:432). E essa possibilidade era (e ainda é) o nó górdio da questão.

O conflito de então, e que se anunciava continuar, continua. O questionamento da competência do SUS em exercer a fiscalização dos processos, ambientes e condições de trabalho, como parte da vigilância em saúde, é usual por parte da burocracia técnica do Ministério do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, de todos os segmentos patronais de representação dos diversos setores produtivos, por parte das representações corporativas de técnicos e engenheiros de segurança, enfermeiros e médicos do trabalho, entre outras.

O Poder Judiciário, do mesmo modo, vem se manifestando a favor desse entendimento de que o SUS não tem competência, ao arrepio da Constituição Federal/88 e da Lei Orgânica da Saúde. A tendência é de fazer crer que somente o Ministério do Trabalho tem a competência, e não o SUS, para adentrar os estabelecimentos de trabalho e fiscalizar as questões de saúde. É a predominância de uma cultura arraigada historicamente, como discutimos nos capítulos 3 e 5.

Na análise do conflito de competências, cabe levar-se em conta algumas questões que extrapolam o *stricto sensu* do direito e das regulamentações jurídicas que regem as relações Estado-sociedade. Reiteramos alguns desses pontos:

- o conflito de competências é suscitado com base numa aliança tácita entre a tecnocracia estatal da área do trabalho (e secundariamente da previdência) e os setores econômicos hegemônicos das elites empresariais brasileiras;

- essa aliança tem um fundamento político e metodológico internacional, historicamente consolidado pela Organização Internacional do Trabalho, e reproduzido pelos Estados-membros, no qual sobressai o mecanismo tripartite de negociação;

- o tripartismo parte da premissa de que o Estado é árbitro e, portanto, neutro;

- o tripartismo exerce um mecanismo fascinante de cooptação do movimento sindical, ao dar-lhe voz, embora seja apenas a terça parte da voz que decide;

□ o conflito de competências tem sua raiz em motivações combinadas entre o corporativismo, a tecnocracia e setores empresariais contrários à democratização das relações de trabalho, especialmente nas questões de saúde dos trabalhadores;

□ surge com a preocupação de setores empresariais estarem sujeitos a novas formas de controle de seus riscos à saúde dos trabalhadores, mais abrangentes que as tradicionalmente estabelecidas e por eles avalizadas;

□ surge com a possibilidade de ruptura de esquemas tradicionalmente estruturados em alianças de setores potencialmente corruptíveis da fiscalização com setores empresariais;

- ou, até mesmo com a preocupação de agregar novos mecanismos corruptores, com gastos financeiros adicionais;

- ou, ainda, a resistência em aceitar a intervenção de setores éticos do Estado, menos sujeitos à cooptação e ao controle de setores burocrático-institucionais aliados;

□ o conflito de competências surge, ainda, da falta de entendimento do significado mais amplo de saúde, tanto por parte da tecnoburocracia, quanto dos setores empresariais e das corporações profissionais;

□ surge da distorção e dificuldade de aceitação dos elementos reformistas presentes no Estado e na sociedade brasileira, após a democratização do país e a nova ordem constitucional;

□ surge, também, do descompromisso dos níveis gerenciais do próprio setor saúde, que não vêm formulando políticas de saúde sintonizadas com a realidade social e a nova ordem constitucional (Vasconcellos, 1996).

Por outro lado, muitos dos que defendem a competência do SUS propõem a extinção da fiscalização por parte do Ministério do Trabalho e Emprego nessa área. Por tratar-se de matéria constitucional e de reestruturação do aparelho de Estado, acredito que

essa proposta seja extemporânea e desnecessária no debate sobre a política de Estado pretendida. Além de acirrar o conflito de competências, desconsidera a competência e a capacidade potencial dessas estruturas tradicionais contribuírem para a política, desde que remodeladas no sentido de serem incorporadas trans-setorialmente ao SUS sistêmico.

Todos os argumentos, políticos ou "jurídicos", utilizados para justificar a não competência do SUS, esbarram no princípio constitucional da universalidade conferido ao SUS. Ou seja, nem o trabalho, a previdência, ou outra instância qualquer do Estado brasileiro, tem responsabilidades constitucionais de conferir saúde a todos como direito, pois essa é missão do SUS.

Contudo, para que isso ocorresse efetivamente, o SUS deveria se comportar institucionalmente como sistema. É mesmo o que parece estar faltando, pois o Estado brasileiro não se posiciona nesse sentido. Um Estado que formulasse políticas de controle e eventuais intervenções sobre os processos produtivos, em prol da saúde, colocaria suas estruturas em rede articulada - o que não existe - com uma inteligência de planejamento integrada e única - o que não existe - e com a otimização de recursos materiais e humanos - o que também não existe.

Essa é, fundamentalmente, a causa do conflito de competência: a omissão do Estado brasileiro em relação ao problema. Que alternativas se apresentam?

De antemão, nosso entendimento, ao contrário do que muito se vem propugnando em encontros e seminários, é de que a Visat seja incorporada como braço técnico-operacional, especialmente na linha de assessoria (inspeção), das vigilâncias consolidadas (epidemiológica e sanitária). E, estas sim, uma vez intra e trans-setorializadas e configuradas como uma nova vigilância em saúde incluiriam as questões do trabalho, meio ambiente e demais variáveis em seus objetos de ação. As questões de viabilidade logística para que isso ocorra são resoluções posteriores à formulação macro da política.

A cautela que se deve ter na criação de estruturas próprias de vigilância em saúde do trabalhador se deve à sua contribuição para o aumento da fragmentação intrassetorial, à semelhança do que vem acontecendo com a vigilância ambiental do SUS.

É patente que muito já se alcançou em matéria de Visat, ao longo dos últimos anos, no Brasil, tanto na solução de crises imediatas quanto na tomada de medidas de longo prazo. Avançou-se em relação ao controle da Silicose (PNES, 2001; Ribeiro,

2004), especialmente na construção naval (Miranda, 1997, Vasconcellos e Oliveira, 2001), na luta pelo banimento e no reconhecimento da exposição ao amianto (Castro *et al*, 2003), no controle da exposição ao benzeno (Machado *et al*, 2003), no reconhecimento e análise de doenças do grupo LER/Dort (Ribeiro, 1997; Sato, 2001; Brasil, 2001).

Os exemplos são inúmeros, nos mais diversos setores. Contudo, existem inúmeros outros exemplos em que praticamente não se avançou, dos quais destacamos o acidente de trabalho (Souza, 2000), a exposição a agrotóxicos (Anvisa, 2005; Schmidt e Godinho, 2006; Bocchini, 2006; Pignati *et al*, 2007), alguns distúrbios ergonômicos mais diretamente relacionados a pressões organizacionais e, especialmente, os distúrbios mentais.

Essa solução direcionada para problemas pontuais revela uma incapacidade do sistema de vigilância em saúde do trabalhador, da forma como está posto, de olhar globalmente para os processos de trabalho e, por extensão, para os processos produtivos.

A solução de problemas direcionados da relação saúde-trabalho embora se origine, muitas vezes casualmente, no encontro entre a demanda e a oportunidade de fazer alguma coisa, tem causas mais visíveis. Entre elas, podemos considerar:

- o interesse pessoal do pesquisador-interventor sobre um determinado tema;
- a direcionalidade de pesquisas-intervenção pelos aparelhos formadores, em função de interesses acadêmicos e/ou facilitadores das agências de financiamento;
- as demandas trazidas por trabalhadores mais organizados e com maior capacidade de reivindicação, participação e luta;
- o menor potencial de geração de conflitos para chegar às soluções direcionadas;
- a presença nos serviços de vigilância de profissionais "especialistas" em determinados temas;
- as situações de emergência para determinados agravos com maior visibilidade epidemiológica e/ou social e, entre outras;
- a facilidade de intervenção em setores historicamente mais permeáveis a eventuais mudanças.

O texto técnico que subsidiou a Oficina de Vigilância do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, analisado no capítulo anterior, manifesta-se quanto aos problemas

vividos pela Visat, que vão além da solução de problemas direcionados: "[...] é perceptível um intenso crescimento da área [...] Porém, quando comparada com as práticas de assistência ainda é possível considerar a vigilância como uma prática incipiente, que vem ocupando um espaço periférico e mal definido dentro dos modelos de atenção à saúde no Brasil" (Ribeiro *et al*, 2001:130).

Algo se avançou sobre o controle de algumas enfermidades relacionadas ao trabalho, mas, alcance limitado pela solução de problemas direcionados, e descolado de uma vigilância em saúde, há ainda um passo a passo a ser seguido. Os mesmos autores citados assim se manifestam:

[...] a implementação desta prática articulada ainda é emergente. [...] O cotidiano das práticas de fiscalização, salvo ações isoladas, ainda reproduz o modelo centralizador, punitivo e isolado do Ministério do Trabalho [...] A grande maioria dos Serviços de Saúde do Trabalhador ainda não viabiliza a prática interdisciplinar, pluriinstitucional e articulada com o controle social [...] A Vigilância em Saúde do Trabalhador se insere nas práticas de um Estado que pode ser modificado a qualquer momento pela sociedade, dependendo da correlação de forças entre o capital e o trabalho. Desta forma, quanto mais a Vigilância em Saúde do Trabalhador avança no sentido de intervir nos ambientes de trabalho mais conflitos trará à tona (Ribeiro *et al*, 2001:130;132).

E que passo a passo será esse? Será que a Visat é um caminho viável para nos aproximarmos de uma vigilância em saúde, no âmbito de uma política de Estado? Questões que vamos tentar responder.

A formatação metodológica da Visat é inovadora e transformadora. Algumas, senão todas, das soluções de problemas direcionados têm sua razão de êxito nas práticas de vigilância em saúde do trabalhador. Desse modo, tanto pelas práticas que vêm sendo implementadas há alguns anos, por vários serviços em várias regiões do país, quanto pelo fundamento legal, dado principalmente pela *Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS* (Portaria 3.120/98), existe um marco metodológico favorável e considerável para inovações.

Em publicação recente do Ministério da Saúde, a vigilância em saúde do trabalhador é considerada em sua metodologia de ação.

Sua aplicação, com o toque de práticas inovadoras de intervenção na relação saúde-trabalho, especialmente pela articulação visceral com os setores da sociedade implicados em suas conseqüências, deve integrar um conjunto de práticas sanitárias, vinculadas à vigilância em saúde como um todo, de modo articulado com as ações da atenção básica, especializada e hospitalar, das

vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e dos programas específicos e estruturadores das ações de saúde voltados para grupos específicos, como mulheres, crianças e adolescentes, idosos, de saúde mental, Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), entre outros (Brasil, 2001:49).

A vigilância em saúde do trabalhador no SUS tem sido um tema intensamente debatido e estudado há mais de 15 anos. Santos *et al* (1990); Lacaz (1992), Wünsch Filho *et al* (1993), Pinheiro (1996), Machado (1996; 1997), Lacaz *et al* (2002) Machado e Porto (2003), Pinheiro *et al* (2005) e diversos pesquisadores presentes em nossa bibliografia, vêm se dedicando a analisar as interfaces entre a política, o método e as práticas de Visat.

Contudo, no Brasil, *"a conexão entre pesquisa e aplicação prática nos serviços públicos e privados não apresenta fluxo constante. Isto é particularmente observado na área da saúde do trabalhador"* (Wünsch Filho, 2004:113). O fato reitera a defasagem entre a intenção dos objetivos e o alcance dos resultados. Que questões adicionais estarão implicadas?

Nessa mesma linha, em documento elaborado para o Encontro Preparatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizado em 2004, Machado aponta 3 grandes falhas estruturais na condução da política nacional de saúde do trabalhador *"estrutura articuladora insipiente, força social precária e base acadêmica transdisciplinar dispersa"* (Machado, 2004:3). No caso das dificuldades de implementação da Visat no SUS são especialmente importantes as falhas estruturais de articulação, de certo modo, essência da presente discussão.

Do ponto de vista histórico, a Visat começou a ser implementada, de um modo mais institucionalizado em secretarias municipais e estaduais de saúde, a partir do início dos anos 1990. Alguns estados como o Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Pernambuco, Minas Gerais, Paraná, Mato Grosso e Rio Grande do Sul organizam e desenvolvem ações de Visat no âmbito do SUS há mais de uma década. Outros estados, no esforço de criar esse espaço inovador de atuação de vigilância, mais recentemente a vêm implementando, caso da Paraíba, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Alagoas, Sergipe, entre outros.

Lacaz, Machado e Porto, em 2002, concluíram extenso relatório sobre a atuação da Visat no Brasil. Observaram como principais dificuldades, apontadas pelos próprios

serviços: necessidade de treinamento e capacitação; carência de recursos materiais; problemas na definição de fluxos (procedimentos e informações nas relações interinstitucionais) e de indicadores de avaliação de impacto das ações; necessidade de integração dos níveis de gestão do SUS; necessidade de legislação pertinente municipal; maior reconhecimento por parte do empresariado que resiste à atuação; baixa consciência sanitária dos trabalhadores; dificuldades de parceria com sindicatos de trabalhadores; inexistência de organização sindical no local de trabalho; pouco envolvimento dos gestores municipais; falta de investimento específico (Lacaz *et al*, 2002:43). Problemas e dificuldades reais que refletem a ausência de decisões no plano macro-político. Mas, a todas essas dificuldades apontadas podemos, ainda, agregar alguns fatos.

A Visat tende a reproduzir o modelo tradicional de fiscalização, contido tanto na vigilância sanitária quanto no órgão fiscalizador do Ministério do Trabalho e Emprego, com ações pontuais, unidisciplinares e punitivas (Vasconcellos e Ribeiro, 1997). O fato não agrega valor de mudança de comportamentos profissionais, nem de cultura institucional, tampouco de transformação das bases técnicas e organizacionais dos processos de trabalho.

Outro fato é a tendência quase que invariável de se criar espaços de Visat independentes da vigilância sanitária habitual (Vasconcellos, 2001). Nem a área de saúde do trabalhador aceita seu papel assessor da vigilância sanitária, que detém o poder de polícia, e nem a vigilância sanitária incorpora as ações correlatas. Cristaliza-se a fragmentação institucional e a dicotomia das ações.

Nos casos em que a área de saúde do trabalhador encontra-se institucionalmente vinculada à vigilância sanitária, tende-se a formar equipes específicas, sem que a cultura da vigilância em saúde, abordando as relações saúde-trabalho, sejam pouco a pouco incorporadas pela vigilância sanitária como um todo.

Nos casos em que não há essa vinculação, a área de saúde do trabalhador tende a reivindicar o papel de fiscal. Quando isso ocorre, isola-se, e, quando isso não ocorre, passa a depender da "boa vontade" da vigilância sanitária para acompanhar as ações.

Muitas vezes, também, a ação de vigilância da área de saúde do trabalhador vincula sua possibilidade de atuar ao Ministério Público do Trabalho, dependendo deste para a abertura de inquéritos e ações civis públicas. Ou seja, o planejamento da ação,

segundo bases operacionais (idem ibidem) ou por análise de situação conforme preconiza a Portaria 3.120/98 (Brasil, 1998b), acaba por não ocorrer de forma sistemática.

E, finalmente, algumas vezes ocorrem situações insólitas e problemáticas em que a área de saúde do trabalhador do SUS solicita permissão a empresas para fazer pesquisas nos ambientes de trabalho, sem o poder de neles intervir. São situações que podem gerar desautorização e desmoralização do poder público. Caso a se pensar com muita precaução.

Todas essas situações refletem a ausência de diretrizes políticas de reestruturação institucional e a baixa utilização das diretrizes metodológicas, sustentadas pela Portaria 3.120/98 (Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador - IN-Visat).

Em síntese, na *"situação atual, em termos gerais, poderíamos afirmar que o modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador brasileiro possui um caráter híbrido, calcado em experiências institucionalizadas e generalizadas de múltiplas facetas, repletas de ações voluntaristas e de personalismos, em contexto institucional desestabilizado"* (Machado e Porto, 2003:129).

Tem-se alguns avanços pontuais, a partir das soluções de problemas direcionados, mas ainda insuficientes para transformar a realidade cotidiana do trabalho e avançar para uma vigilância do desenvolvimento produtivo, nosso ponto de chegada.

Vigilância em saúde do trabalhador: o caminho para uma vigilância do desenvolvimento produtivo - abordagem por complexidade da ação

As bases metodológicas de ação e estratégias operacionais propostas no corpo textual da IN-Visat (Portaria 3120/98) pressupõe a ampliação do método tradicional de intervenção da vigilância em saúde, especialmente aquele desenvolvido pela vigilância sanitária, ao propor a transposição do objeto usual produto/consumidor para processo/trabalhador/ambiente. Seu propósito é a superação dos limites conceituais e institucionais, tradicionalmente estruturados nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, e do aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional (Brasil, 1998b).

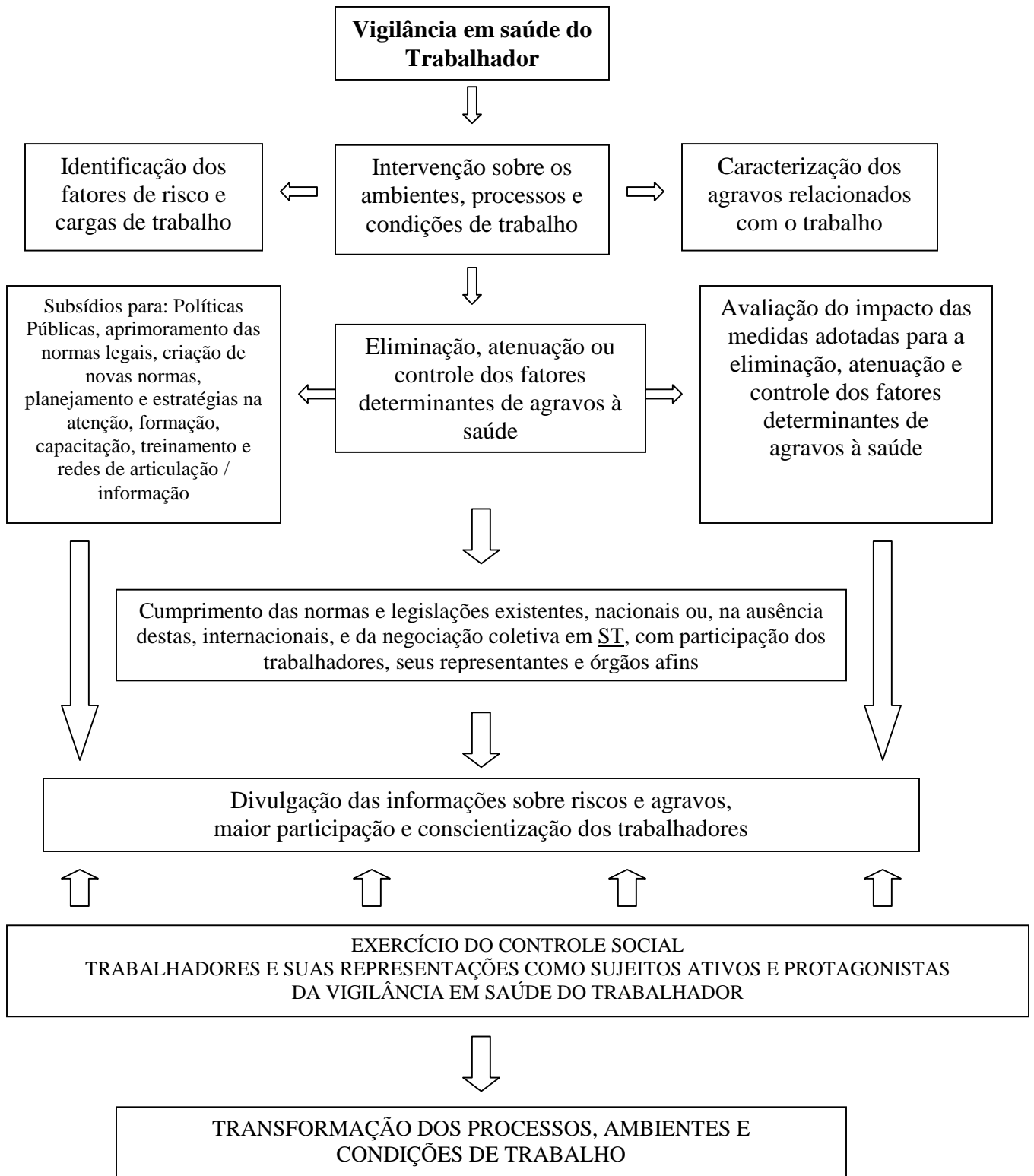
Nesse contexto, a base metodológica de ação na IN-Visat tem como horizonte o ideário de uma vigilância da saúde ampliada, calcada na formação de rede de articulações, considerando as práticas de promoção da saúde e prevenção, ao longo do

tempo, com maior ênfase nos aspectos educativos, participativos e negociais, reservando ao enfoque punitivo aplicações de caráter excepcional e, ainda, não devendo se constituir em ação isolada no âmbito da vigilância sanitária, desenvolvida por pessoal definido especificamente para isso (Brasil, 1998b).

Ou seja, a IN-Visat vislumbra a vigilância com a propriedade adequada e requerida para transformá-la em política de Estado intra e trans-setorial.

A seguir, na figura 4, apresentamos um resumo esquemático das ações propositivas da IN-Visat.

Figura 4
 Objetivos da Vigilância em Saúde do Trabalhador
 (com base na Portaria MS 3.120, de 01/07/98)



Fonte: do autor

A estrutura colocada pela Renast, conforme vimos no capítulo 6, agregada de uma ampliação, capacitação e educação permanente de seus quadros pode se constituir em base pessoal e material de uma nova Visat, voltada para os processos produtivos e o desenvolvimento (Visat ampliada).

Ao se pensar a estruturação de ações de Visat, é necessário ter como horizonte a complexa rede capilar de serviços de saúde, especialmente de vigilância, na malha dos cerca de 5600 municípios brasileiros, com populações variando de poucas centenas a milhões de habitantes e perfis econômico-produtivos extremamente distintos.

Nesse contexto, é importante reiterar que a Visat não deve se constituir, de modo algum, em ações específicas, isoladas, fora das estruturas de vigilância sanitária, ou mesmo no âmbito da vigilância sanitária, conformadas em setor próprio ou desenvolvidas por pessoal dotado especificamente para tal.

A estruturação de áreas específicas de Visat não só contraria os princípios da integralidade, universalidade, descentralização e hierarquização do SUS, criando paralelismos de ação, mas, também, esbarra na incapacidade operacional do sistema em constituir estruturas estanques com grau considerável de resolutividade.

Daí ser estratégico considerar-se que todos os agentes públicos de vigilância devem realizar a Visat, ampliando o olhar para a relação saúde-trabalho, meio ambiente e desenvolvimento local, incorporando-a ao objeto da vigilância, e aprimorando o seu comportamento de ação, dentro da sua capacidade definida pelos níveis de complexidade da ação, conforme busco refletir no presente trabalho.

Nesse contexto, a vigilância ambiental do SUS que, embora incipiente, já vem constituindo equipes em algumas localidades seria também integrada ao contexto da vigilância em saúde (originalmente sanitária e epidemiológica).

Uma política de Estado que remodele a vigilância em saúde com direções intra e trans-setoriais, na perspectiva de um SUS sistêmico, traria como inovação uma nova inteligência de vigilância, abarcando as áreas afins no planejamento, orçamento compartilhado de algumas rubricas e compartilhamento no plano de ações (Figura 5).

Figura 5

O SUS e a nova vigilância em saúde - o sistema de vigilância dos processos produtivos e do desenvolvimento



Fonte: do autor

Para a operacionalização da vigilância dos processos produtivos - VPP, o apoio técnico, estrutural e logístico, representado pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerest, disseminados em rede por todo o território brasileiro, constituintes da Renast, retém uma estratégia potencial não igualável em outras estruturas do SUS. Vem daí uma outra justificativa para considerar a VPP como ponto de partida para a política de Estado.

É evidente que o alcance desse objetivo dependeria de ajustes na estruturação da Renast, mas o fato dela estar ainda em construção, contando com recursos e capacidade já instalada em vários Estados, é um ponto favorável.

Buscando-se coerência com as diretrizes operacionais do SUS, 3 parâmetros são básicos para a configuração de uma VPP:

1 - o parâmetro político-gerencial, dado pela decisão (*decision-making*) de assumir uma política de Estado na área de saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, utilizando a capacidade sistêmica do SUS;

2 - o parâmetro teórico-metodológico, dado principalmente pela Portaria 3.120/98, cujo objeto de vigilância seria ampliado da saúde do trabalhador para os processos produtivos, com as adaptações e agregações necessárias;

3 - o parâmetro técnico-administrativo, dado pela adoção de níveis de complexidade da ação, utilizando a capacidade instalada das vigilâncias, da Renast, da Atenção Básica e dos órgãos afins fora do setor saúde, propriamente dito.

Uma vez que os parâmetros 1 e 2 foram analisados anteriormente, passamos à análise do parâmetro 3.

Os 2 últimos documentos normativos para a operacionalização de ações no SUS são a Norma Operacional de Assistência à Saúde - Noas e o Pacto pela Saúde (pacto de gestão do SUS), ambos conferidos por portarias específicas (Brasil, 2002f; Brasil, 2006e).

Em ambos, as ações de vigilância sanitária, e por extensão de vigilância em saúde, devem seguir a lógica da complexidade - baixa, média e alta - preconizadas para a organização de serviços do SUS, nas esferas de gestão. Para isso, a definição da complexidade da ação de vigilância depende de pactuações, nos níveis de gestão, especialmente nas Comissões Intergestores¹.

Todavia, esses critérios são, ainda, estabelecidos de forma incipiente, e em relação à Visat há uma enorme lacuna, tanto de planejamento quanto da operacionalização, por inexistirem critérios para definir cada um dos graus de complexidade da ação.

Nesse contexto, na tentativa de suprir esta lacuna, proponho no presente trabalho estabelecer esses critérios, já na visão de uma vigilância dos processos produtivos (VPP), a que estou chamando de abordagem por níveis de complexidade da ação.

Para isso, considere um elenco de requisitos para o desenvolvimento das ações, de acordo com o aparato técnico e de planejamento necessário para a intervenção, em cada um dos 3 níveis de complexidade. Assim, considero os seguintes requisitos:

- 1 - a capacitação dos agentes públicos de vigilância dos processos produtivos;
 - 2 - a complexidade tecnológica necessária para a ação;
 - 3 - os mecanismos interdisciplinares e de articulação intrasetorial;
 - 4 - os mecanismos trans-setoriais;
 - 5 - a implicação das instâncias de controle social; e
 - 6 - o planejamento das ações, na perspectiva de um SUS sistêmico.
- Vejamos um a um desses pontos.

1 - A capacitação dos agentes públicos de vigilância dos processos produtivos.

A capacitação dos agentes públicos de vigilância está baseada em 2 níveis de formação básica: de 1º nível e de 2º nível para multiplicadores.

Há mais de uma década venho participando, junto com diversos técnicos da área², como instrutor de cursos de capacitação em Visat, nas duas modalidades - básica (40 horas) e formação de multiplicadores (80 horas) (Vasconcellos, 2005).

Esses cursos, especialmente na modalidade básica de 1º nível, vêm sendo realizados com o apoio da Cosat (Ministério da Saúde), da Fiocruz ou das próprias secretarias de saúde. Durante os últimos 12 anos foram aplicados nos seguintes estados: Alagoas, Amapá, Amazonas, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins. Em alguns estados foi aplicado mais de uma vez e em outros foram aplicadas as duas modalidades (1º e 2º nível).

A metodologia utilizada nessa capacitação propiciou, em alguns desses estados, desencadear ações de Visat e em outros trazer à tona algumas dificuldades para o seu desencadeamento. O acúmulo da experiência compartilhada entre centenas de técnicos e trabalhadores pelo Brasil, nos últimos anos, constitui um acervo considerável para tomá-la como ponto de partida, uma vez assumida a política de Estado pretendida.

Os cursos básicos de 1º nível, com duração de 40 horas (5 dias úteis em horário integral iniciando na 2ª feira) utilizam dois instrutores facilitadores, com uma metodologia de aprendizado interativo entre os alunos e instrutores que preparam uma ação de intervenção (vigilância com fiscalização/inspeção) sobre um alvo pré-

determinado, com base na fase preparatória recomendada pela Portaria 3120/98 (Brasil, 1998b).

A demanda (objeto-alvo) é trazida pelos representantes sindicais que são alunos do curso e o ato fiscal é garantido pelos agentes da vigilância sanitária, também alunos do curso. É sempre recomendado que a demanda seja dirigida a estabelecimentos capazes de provocar impacto para a categoria dos trabalhadores e sobre o setor econômico alvo (Vasconcellos, 1994; Vasconcellos e Ribeiro, 1997; Brasil, 1998b).

O impacto, cujo objetivo é buscar um efeito exemplificativo, disciplinador e paradigmático sobre o setor econômico pode considerar o porte da empresa (maior ou das maiores na região), relevância político-estratégica e/ou situações consideráveis de risco conhecidas ou potenciais. Uma vez justificada a demanda, e se aceita pelo grupo, inicia-se a preparação da ação.

Com número médio de 30 alunos, a turma é dividida em 4 (quatro) equipes fiscais que preparam detalhada e minuciosamente a ação. Cada equipe fica responsável por um alvo pré-determinado e sigiloso, para garantir o elemento surpresa da fiscalização do estabelecimento, que normalmente é demandado por já possuir um histórico de problemas de saúde do trabalhador.

Na preparação da ação, em que são discutidos todos os ingredientes, desde as razões da demanda à análise detalhada do processo, seus componentes tecnológicos, organizacionais, humanos, ambientais, riscos e relações de trabalho, entre outros, fica muito evidente a supremacia do saber operário na construção do conhecimento compartilhado acerca do objeto.

Numa linha eminentemente transdisciplinar são construídos fluxogramas de processo; inventários de atividades, insumos, máquinas e equipamentos; mapas de risco; *check-lists*; protocolos de análise ergonômica sumária; questionários de morbidade referida, incidentes críticos e percepção objetiva e subjetiva dos riscos e cargas de trabalho; inventários ambientais; entre outras variáveis.

Essa é a 1ª etapa, com duração de 24 horas (3 dias úteis), antecedente à ação que ocorre no 4º dia do curso. Durante a ação, a equipe, composta em média por 8 agentes de fiscalização/inspeção, previamente dividida, em que cada agente possui uma tarefa pré-determinada pela própria equipe, efetua a inspeção, de acordo com o plano, examina

documentos, entrevista gerentes, trabalhadores e pessoal da área de segurança e saúde, confere os fluxogramas de processo, os *check-lists* e os inventários e realiza mapeamento fotográfico, entre outras tarefas.

Finalmente, no 5º dia do curso são apresentados os relatórios de cada uma das equipes dos 4 (quatro) estabelecimentos distintos. As medidas a serem tomadas e o planejamento de continuidade da ação ao longo do tempo (Brasil, 1998b) são debatidas e tomadas consensualmente por toda a turma.

A formação de 1º nível tem seu conteúdo dirigido ao objetivo de sensibilizar para o tema; induzir à reflexão sobre as inter-relações entre os processos produtivos e a saúde dos trabalhadores; propiciar a apreensão de conceitos-chave de Visat; propiciar o conhecimento da legislação pertinente, especialmente as legislações locais e a Portaria 3.120/98; instruir para o desenvolvimento de metodologias de investigação/intervenção; desencadear de imediato ações de baixa complexidade; identificar objetos de intervenção epidemiológica e sanitária em situações específicas; fomentar a integração dos níveis operacionais intrassetoriais do SUS com os níveis de representação sindical dos trabalhadores; e identificar multiplicadores, entre os alunos, para dar continuidade ao processo.

Já, a formação de 2º nível prepara os agentes multiplicadores identificados para ministrar o curso de 1º nível para agentes fiscais de vigilância, aprofundando a reflexão sobre as inter-relações entre os processos produtivos, a saúde dos trabalhadores e os conceitos de Visat, possibilitando o domínio da legislação pertinente, trabalhista, previdenciária, ambiental e outras, desenvolvendo a capacidade de discorrer e orientar metodologias de investigação e intervenção, agregando novos conhecimentos para o desencadeamento de ações, na média e alta complexidade, de intervenção epidemiológica e sanitária em situações específicas, aprimorando a integração com os níveis de representação social e sindical dos trabalhadores, ampliando a apreensão de conteúdo teórico e a capacidade de exposição verbal dos conhecimentos e utilizando ferramentas básicas de gestão e decisão em vigilância, na perspectiva intra e trans-setorial.

O ponto chave de sua metodologia é a capacitação conjunta dos agentes públicos com os trabalhadores, geralmente representantes sindicais.

Sua base metodológica, harmonizada ao princípio do controle social do SUS, introduz a idéia original do campo da saúde do trabalhador que tem no trabalhador o sujeito ativo e central das ações, especialmente na vigilância (Ribeiro, 1995; Vasconcellos e Ribeiro, 1995; Meirelles *et al*, 1995; Ribeiro e Vasconcellos, 1995; Machado 1996).

A longa experiência vem demonstrando alguns resultados muito significativos com essa metodologia de capacitação.

Há, por exemplo, uma nítida superação da retórica da participação social. A despeito da unanimidade em se exaltar o processo participativo como princípio democrático do SUS, tanto no nível político quanto técnico mantêm-se os mecanismos de participação social distantes do nível decisório.

Jocelio Drumond analisando o controle social no SUS dá a tônica desse debate: "*Tem conselhos, mas não tem controle social. Tem participação social, mas não tem controle social. O acesso à informação é precário, as discussões são, muitas vezes, mal conduzidas. O poder executivo que teria que cumprir um papel chave nisso, na maioria das vezes não cumpriu. [...] participação social é uma coisa, controle social é outra coisa*" (Drumond *apud* Brasil, 2006d:237).

O tempo político tende a desconsiderar o controle social como parte indissolúvel da decisão. Gilson Cantarino assinala: "*...o gestor ainda desrespeita o controle social. E desrespeita no dia-a-dia, muitas vezes porque o tempo administrativo exige muito mais velocidade do que o tempo deliberativo de uma instância de controle social. Então, isso é uma coisa que tem que ser revista: o modo como nós vamos comungar controle social e gestão*" (Cantarino *apud* Brasil, 2006d:231).

Do mesmo modo, o saber técnico, em função da sua construção histórica, tende a sobrepujar e, também, desconsiderar, o saber operário, o saber popular, enfim. Ainda que não intencionalmente, mantêm-se a hegemonia do saber técnico na condução das práticas, a despeito do discurso corrente e, no mais das vezes, veemente, de incorporação do saber operário nas relações saúde-trabalho.

Com a intenção de romper com essa cultura, a metodologia utilizada nesses cursos segue a linha de construção coletiva do saber, especialmente proposta por Paulo Freire, no que poderíamos chamar de radicalização do processo de participação no complexo

ensino-aprendizagem, hoje adotado na política de educação permanente em saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2005d; Costa, 2006).

Com o aval de todos quantos participaram desses cursos, pudemos observar, ao longo desses anos, que a metodologia adotada possibilita a desconstrução da hegemonia do saber técnico, viabiliza o empoderamento dos trabalhadores no *policy-making* e constrói transdisciplinarmente um novo objeto de vigilância, entre outras variáveis inovadoras.

Na medida de uma transposição da gestão para uma ação sistêmica, em direção a uma VPP, a mesma metodologia pode ser utilizada agregando-se elementos de conteúdo, e ampliação de carga horária e da clientela de formandos.

2 - A complexidade tecnológica necessária para a ação.

Em relação à capacidade tecnológica necessária considera-se o instrumental administrativo e metodológico para o desenvolvimento das ações nas variadas complexidades encontradas trans-setorialmente, desde o material administrativo, normas, manuais, quanto os instrumentos técnicos, a capacidade de encomendar (na média complexidade) e de analisar (na alta complexidade) estudos epidemiológicos, ergonômicos e organizacionais, no campo da saúde *stricto sensu*.

Já nos campos *lato sensu* de interesse da saúde, o aprofundamento da capacidade tecnológica, aliado ao aprofundamento da capacitação e da trans-setorialidade, especialmente na alta complexidade deverá trazer aportes de estudos demográficos, ocupação urbana, indicadores de violência, trabalho, emprego e desemprego, ambientais e todos quantos sejam necessários para estabelecer um olhar de saúde sobre os processos produtivos e de desenvolvimento. Nesse caso, vinculando ao processo de vigilância outros atores trans-setoriais, com a expertise necessária para conferir maior competência técnica à ação, com o pressuposto das alianças interinstitucionais.

Fica patente, desde já, a vinculação da política a um projeto de educação permanente e ao aprofundamento da trans-setorialidade.

3 - Os mecanismos interdisciplinares e de articulação intrassetorial.

Aos mecanismos interdisciplinares de ação, agregaríamos basicamente a incorporação do saber operário, especialmente por meio das representações socialmente organizadas, introjetando-o rotineiramente como parte indissociável do plano, da ação e do *decision-making*.

A prática interdisciplinar, pode-se dizer, já é usual no campo da saúde pública.

Afora a posição inoportuna da corporação médica, na defesa atual do Ato Médico³, que põe em risco diversos avanços no sentido do trabalho interdisciplinar em saúde, como uma conquista da saúde pública brasileira nos últimos anos, o campo da vigilância em saúde do trabalhador vem caminhando para a consolidação dessa prática.

É evidente que na medida de ampliação do objeto da vigilância serão necessárias agregações e rearranjos institucionais, especialmente intrassetoriais, mas não se vislumbra grandes dificuldades em relação a isso.

O grande desafio da intrassetorialidade é a mudança do desenho da política. Poderá deixar de sê-lo com uma política de Estado que empodere a saúde e o SUS, na direção de um novo projeto de sociedade capaz de vigiar o processo de desenvolvimento do país no interesse da saúde.

Pois que, nessa linha, impõe-se uma revisão dos mecanismos de gestão para a mudança o aporte necessário para alcançar seus objetivos. É o que se espera.

Afinal, uma vigilância em saúde integralizadora, se tão presente no discurso teórico, há tantos anos, por que tão ausente da prática política?

Falta uma política de Estado, em contraposição ao ajuntamento de políticas fragmentadas para dentro do próprio setor saúde.

A articulação intrassetorial torna-se estratégica como estopim de uma esperada, e nunca ocorrida, consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS, e por extensão das relações saúde, trabalho e desenvolvimento.

Uma vez compreendidas as categorias trabalho, produção, consumo, meio-ambiente e desenvolvimento como transversais à, senão todas, maioria das situações do complexo saúde-doença que chegam à rede, passam a ser essenciais, como áreas integralizadas, no planejamento e desenvolvimento das ações: as vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador), a atenção básica e saúde da

família, as referências de especialidades, a urgência e emergência, a alta complexidade hospitalar, a rede laboratorial.

4 - Os mecanismos trans-setoriais.

Afora exemplos isolados sobre objetos específicos de saúde pública (caso da fiscalização do trabalho infantil em algumas regiões), não existem ações conjugadas de vigilância/fiscalização entre as diversas estruturas do aparelho de Estado.

Em muitas das ações de que participamos de vigilância em saúde do trabalhador do SUS, ouvimos, por parte dos estabelecimentos, que o Ministério do Trabalho e Emprego lá havia estado recentemente para ver "*as mesmas coisas*".

Embora não sejam as mesmas coisas, ainda que fossem, o fato mostra uma desagregação do Estado brasileiro em matéria de planejamento. Não há qualquer sentido para se ter ações dissociadas entre a vigilância do SUS, o MTE, a previdência, os órgãos ambientais, os ministérios públicos e outros órgãos fiscais no interesse da saúde.

Especialmente no nível da alta complexidade, uma vigilância em saúde de um SUS sistêmico tem a capacidade de constituir forças-tarefa com poder de intervenção, compostas desses órgãos assinalados e, ainda, com a concorrência de assessorias qualificadas, na condição de inspetores, como o INSS, a Fundação Oswaldo Cruz, a Fundacentro, as universidades etc, sempre com a introjeção das instâncias de controle social.

Tratando-se de uma política do Estado brasileiro, o esforço de uma melhor qualificação e aprofundamento da ação permite, com facilidade, buscar-se parcerias qualificadas de apoio a situações-limite de intervenção: aquelas em que o grau de complexidade exige uma maior capacidade de intervenção.

E, finalmente, uma vigilância em saúde integralizadora e sistêmica é capaz de inaugurar práticas estruturadoras de ações sistemáticas e não apenas pontuais, como acontece via de regra.

5 - A implicação das instâncias de controle social.

Como assinalamos, é patente a defasagem entre discurso e prática na compreensão do papel do controle social. O preceito constitucional da participação da comunidade, no

inciso III do artigo 198 (Brasil, 1988), foi obedecido na sua estruturação, mas não se pode dizer o mesmo da dinâmica participativa.

À Cist - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, parte do controle social em saúde, em todos os níveis, e hoje integradas à Renast, tem sido reservado um papel basicamente espectador, sem a participação ativa no processo de vigilância. É a regra.

Exceções ficam por conta de algumas regiões, onde a metodologia proposta na IN-Visat vem sendo implementada.

Além de alguns problemas, já assinalados, quanto à consolidação da Visat, um fato é preocupante em relação à Cist. Por um grave equívoco de alguns conselhos de saúde, a Cist vem sendo constituída exclusivamente por conselheiros.

As Cist estruturadas desse modo estão marcadas para não funcionar. Não existe, ainda, um balanço dessa conformação, em nível nacional, não só pela própria construção em andamento da Renast, como pela constituição ainda incipiente das Cist.

O fato restringe, de forma extrema, a ampliação da representatividade social e fere o princípio que motivou a criação de comissões intersetoriais no SUS (artigos 12 e 13 da Lei nº 8.080/90).

Não há qualquer sentido em restringir a participação de instituições e, principalmente, de sindicatos não conselheiros na Cist. É uma atitude discriminatória que impede o acesso de categorias de trabalhadores com graves problemas de saúde à instância que deveria ser o fórum de acolhimento de suas vozes, reivindicações e proposições.

A 3ª Renast e a reestruturação da vigilância deverão estar atentas ao fato.

6 - O planejamento das ações, na perspectiva de um SUS sistêmico.

Finalmente, o planejamento das ações como requisito para a definição da complexidade da ação segue a metodologia proposta na IN-Visat (Portaria 3.120/98). De acordo com a própria instrução normativa, outros elementos poderão ser agregados, o que será necessário, na medida de sua utilização mais corriqueira. O quadro 1, a seguir, traz um demonstrativo esquemático dos requisitos assinalados.

Quadro 1

Abordagem da Vigilância em Saúde dos Processos Produtivos (VPP) segundo 3 níveis de complexidade de ação*

Requisitos básicos exigidos para a ação dos agentes públicos vinculados ao setor saúde

Nível de Complexidade	BAIXA	MÉDIA	ALTA
Capacitação dos agentes públicos de vigilância, vinculados ao setor saúde	Conhecimento básico de 1º nível (40 horas)	Conhecimento básico de 2º nível para multiplicadores (80 h) + bibliografia complementar + experiência de atuação em baixa complexidade, definida pelo serviço	Idem + curso de Especialização em ST ou equivalente + bibliografia irrestrita + experiência de atuação em média complexidade, definida pelo serviço
Complexidade tecnológica necessária	Instrumentos administrativos correntes de vigilância	Idem + acesso a sistemas de informação implicados no objeto da ação + capacidade de encomenda de estudos ergonômicos e epidemiológicos	Idem + capacidade de análise de estudos ergonômicos e epidemiológicos + utilização eventual de equipamentos + inclusão de outros estudos no interesse da saúde
Mecanismos interdisciplinares e de articulação intrasectorial	Vigilância epidemiológica + Atenção Básica / Saúde da Família	Idem + implicação de todas as instâncias intrasectoriais	Idem + Acesso e manuseio de Bancos de Dados e Sistemas de Informação Integrados
Articulação trans-setorial, com estruturação da demanda, referência e contra-referência	Sim, como estruturador da demanda no nível primário de atenção	Necessários em função do objeto da ação + articulação com a referência de ST local (CRST/Renast) + constituição de força-tarefa quando necessário	Idem + estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência, intra e trans-setoriais + constituição de força-tarefa obrigatória
Implicação das instâncias de controle social	Conselho Municipal de Saúde/Cist do nível mais próximo	Idem + Conselho Estadual de Saúde + Cist estadual	Idem + outras instâncias de participação da sociedade
Planejamento das ações	Segundo os procedimentos rotineiros do serviço	Idem + Fase preparatória da IN-Visat	Idem + Plano trans-setorial com todas as instâncias implicadas

Fonte do autor. * Segundo a Noas-SUS e Pacto pela Saúde ** IN-Visat - Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador – Portaria/MS 3.120, de 01/07/98.

Demonstrativo de ações segundo os níveis de complexidade, na Vigilância em Saúde dos Processos Produtivos

Os serviços de vigilância em saúde, na perspectiva intrasectorial de integração, articulação, planejamento e ação, com o apoio técnico dos CRST/Renast, deverão ter autonomia para definir os níveis de complexidade da VPP, considerando o seu conhecimento sobre cada realidade local, a capacitação de seu pessoal e a sua capacidade tecnológica.

Levando-se em conta que se trata de metodologia propositiva e não corriqueira (inovadora), os serviços devem preparar-se para estar aptos a efetuar a definição dos

graus de complexidade das ações de vigilância, referendadas nas comissões intergestores, conforme preconizado normativamente, e aprovadas nas instâncias de controle social.

As articulações trans-setoriais com outras estruturas do aparelho de Estado, não vinculadas organicamente ao setor saúde, propriamente dito, poderão ser efetuadas pelas estruturas da Renast, em que já exista uma capacidade potencial de efetua-las, em virtude de vários fatores.

Destacamos: o atual processo de formação de seus quadros, o financiamento garantido, a sub-utilização de sua capacidade instalada e a vocação interdisciplinar para lidar com os determinantes de saúde relacionados aos processos produtivos e ao meio ambiente.

Assim, a primeira instância de articulação dos setores de vigilância se dá com as áreas técnicas de saúde do trabalhador do território de abrangência - CRST/Renast - municipais, regionais e estaduais, caso a caso, cujo papel preponderante é servir como apoio técnico, capacitação, coordenação e articulação das ações no seu território.

Em função da complexidade, as intervenções ocorrerão em conjunto com a equipe interdisciplinar de saúde do trabalhador desses centros, considerando-se a sua responsabilidade como pólo instituinte da saúde do trabalhador na rede de saúde, o perfil específico de sua equipe, o seu acúmulo de experiências em investigação e a capacidade de estabelecer redes de articulação competentes para a melhor intervenção nos diversos processos de trabalho do território comum.

Considerando a articulação intra-setorial, as ações de baixa, média ou alta complexidade deverão agregar ações desenvolvidas por outras instâncias dos serviços de saúde, de modo a interagir necessidades de promoção da saúde de grupos específicos, sujeitos ao adoecimento calcado na relação saúde-trabalho e, por extensão, consumo e meio ambiente.

As ações articuladas intrasetorialmente servirão para a estruturação das demandas no nível local, estabelecendo os mecanismos de referência e contra-referência requeridos para a integralidade da ação de vigilância da saúde.

A seguir, são definidas as ações por graus de complexidade técnica da abordagem, a partir de alguns casos exemplificativos.

Ações de baixa complexidade

As ações de baixa complexidade de vigilância em saúde do trabalhador e dos processos produtivos (VPP) deverão ser agregadas àquelas já efetuadas cotidianamente pelos serviços de vigilância sanitária: estabelecimentos comerciais de alimentos e fármacos, indústrias de alimentos, serviços de saúde em geral, entre outros.

Ou seja, às ações rotineiras aplica-se um *upgrade* na definição do objeto de vigilância, vinculando-o às relações entre saúde, trabalho e meio ambiente.

Além disso, na baixa complexidade passa a fazer parte da área de abrangência da vigilância a totalidade dos estabelecimentos de trabalho, formais ou informais, de pequeno e médio porte, em que não haja grande diversidade de processos de trabalho e de fatores de risco implicados na relação trabalho-saúde, ou que seja pequeno o número de trabalhadores expostos às situações de risco.

Ou seja, passa-se a aplicar a VPP nos demais estabelecimentos produtivos, independente do setor econômico a que pertençam ou tipo de processo de trabalho que adotem.

A definição e o dimensionamento dessas características para cada estabelecimento: diversidade de processos de trabalho, magnitude dos fatores de risco e número de trabalhadores expostos a situações adversas serão de responsabilidade do serviço de vigilância em saúde (incluindo a vigilância epidemiológica), em conjunto com o CRST/Renast do território de abrangência.

O fundamento normativo, sujeito a aprimoramentos, é o que estabelece a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - Nost/SUS (Portaria 3.908, de 30/10/98) como atribuição do município:

Instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direto ou indiretamente a eles expostos (Brasil, 1998c).
--

Por outro lado, não deve haver impedimento para a reconsideração imediata do grau de complexidade, na medida em que surjam fatos ou dados que não tenham sido anteriormente considerados.

Nas ações de baixa complexidade, os fiscais e agentes de vigilância, capacitados de acordo com o proposto anteriormente, identificam e propõem soluções para as situações de risco à saúde dos trabalhadores, ao meio ambiente e à população adstrita.

A abordagem dos problemas identificados será efetuada com um grau de aprofundamento das questões capaz de se constituir numa primeira aproximação com as relações entre saúde, trabalho/produção, consumo, meio ambiente, cujo propósito é encaminhar soluções para os problemas mais visíveis e emergentes.

Por exemplo, numa ação de vigilância sanitária em um açougue, em que, habitualmente, a equipe fiscal se limita a observar as condições higiênicas, o licenciamento do estabelecimento, os uniformes dos trabalhadores e as condições sanitárias dos produtos comercializados para consumo, deverão também ser observados os fatores de risco à saúde dos trabalhadores: acidentes potenciais com instrumentos de corte e máquinas, posturas e movimentos inadequados, risco biológico, exposição ao frio, ruídos excessivos, iluminação insuficiente, manipulação de produtos químicos etc., além de se obter informações, inclusive dos próprios trabalhadores, sobre o controle médico da saúde ocupacional e os dispositivos e equipamentos de proteção contra os riscos, disponibilizados pela empresa.

Além disso, a equipe de vigilância observará, mediante protocolos previamente estabelecidos e acertados na preparação da inspeção (Brasil, 1998b), a disposição dos dejetos animais, o destino e tratamento do lixo do estabelecimento, as condições de eliminação e eventual reutilização da água servida (águas residuais), estabelecendo com as instâncias de controle social e representações comunitárias locais os procedimentos futuros de acompanhamento dos problemas detectados.

Estas observações passam a ser objeto de intervenção da vigilância e passam a compor o rol de exigências efetuadas pelo aparato interventor.

Mesmo na baixa complexidade, uma ação de vigilância apoiada num sistema de inteligência sanitária apontará para trabalhar, já na média complexidade, com o conjunto de açougues da região adstrita (distrito, bairro etc.), estabelecendo acordos e termos de ajustamento para o conjunto dos estabelecimentos, guardadas as peculiaridades de cada um deles (Vasconcellos, 1994).

A despeito de se tratar de uma ação muito mais demorada, em virtude de sua maior profundidade e conseqüente eficácia, não há dúvida de que essa metodologia otimiza o tempo gasto pelas equipes de vigilância na projeção de um planejamento de médio e longo prazo.

A prática demonstra que as ações são pontuais, pouco resolutivas, repetitivas e sem qualquer transparência pública. Todos esses fatores são superados, nessa perspectiva.

A questão do tempo, por exemplo, será recuperada na maior resolutividade da ação e na apropriação do olhar vigilante pela população e pelas instâncias locais de controle social.

Sempre que situações mais complexas forem detectadas, e para isso a equipe fiscal deverá estar capacitada para reconhecê-las, imediatamente o nível de complexidade acima será acionado. Um exemplo seria, no mesmo açougue, em que fossem observadas cargas psíquicas ou cognitivas de trabalho, merecedoras de uma atenção da vigilância e um maior aprofundamento do modo de intervenção sobre o processo de trabalho, ou que já tenha havido algum acidente de trabalho importante, por exemplo, em virtude da utilização de tecnologia obsoleta. Outra situação é a necessidade de se buscar informações sobre a origem e/ou o transporte das carnes. A capacidade de intervir em outros níveis da cadeia produtiva relacionada àquele(s) açougue(s) será conferida pela maior complexidade da ação. Nesse caso, serão acionados os mecanismos da média complexidade.

Ainda, uma outra situação, enfocando um estabelecimento não tradicionalmente visitado pela vigilância sanitária, pode ser exemplificada por uma pequena oficina mecânica de automóveis. Nesta, a ação da vigilância em saúde, na baixa complexidade, deve ser dirigida para a verificação das condições ambientais e do processo de trabalho, do cumprimento básico da legislação, de eventuais problemas citados pelos trabalhadores e dos riscos potenciais de desencadeamento de problemas de saúde, entre outras questões.

A equipe fiscal, do mesmo modo, estará capacitada para essa primeira abordagem, a partir dos requisitos básicos para a ação estabelecidos no respectivo grau de complexidade. Do ponto de vista da articulação intra-setorial, o Pacs/PSF (Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa de Saúde da Família) poderá ser estratégico na estruturação das demandas e planejamento das ações, especialmente se os agentes

comunitários de saúde e os profissionais de saúde da família, no nível local, estiverem aptos a identificar problemas relacionados ao trabalho em situações diversas, como pequenos comércios, agricultura de subsistência, trabalho informal, precoce, doméstico e a domicílio, oficinas de fundo de quintal, cooperativas, pequenas obras de construção civil e tantos outros (Ribeiro, 2000).

Por exemplo, uma criança com alterações neurocomportamentais, cujos pais trabalham manipulando agrotóxicos, com as mesmas roupas que utilizam em casa, podem levar os profissionais do Pacs/PSF a suspeitar de intoxicação química. A partir daí, são desencadeados os mecanismos de referência da rede, com a equipe de vigilância investigando o processo de trabalho e realizando a busca ativa de casos, sempre que necessário invocando os maiores níveis de complexidade da ação.

Ações de média complexidade

Essas ações serão desenvolvidas, também, nos estabelecimentos de pequeno e médio porte, mas com um maior aprofundamento da abordagem, em que o objeto de análise passa a se constituir em objeto de pesquisa e investigação ao longo do tempo, como preconiza a IN-Visat.

Além das necessidades observadas nas ações de baixa complexidade pelos agentes públicos, levando a vigilância, quando for o caso, a adotar a média complexidade para melhor cumprimento dos objetivos, o planejamento dessas ações deverá obedecer aos critérios estabelecidos na IN-Visat, no seu item 5 - Estratégias, visto a seguir. Os critérios não são excludentes, podendo ser utilizados de forma combinada.

Base Sindical: Uma vez que determinado sindicato de trabalhadores, com alguma tradição de luta pela saúde identifique e encaminhe situações-problema, junto à estrutura de vigilância, desencadeia-se uma ação integrada que visa atuar não apenas na empresa denunciada, mas nas principais empresas abrangidas por aquela categoria de trabalhadores. O investimento da ação, nesta base de considerar a capacidade de reprodutibilidade, a partir do sindicato em questão e para o movimento sindical como um todo, numa dada região.

Ramo Produtivo: Consiste na atuação em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo, capaz de se constituir em fonte de risco para a saúde, preponderantes numa dada região, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos. A utilização deste critério pode se dar por avaliação epidemiológica dos casos notificados, denúncias sucessivas ou análise dos processos produtivos. O investimento da ação, neste caso, visa a mudança de processos de forma integrada, sem a punição de uma empresa em particular, mas intervindo em todas as empresas daquele setor e, em especial, nas que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando atuação conjunta com os sindicatos das categorias expostas.

Território: Consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial etc.), de todos os processos produtivos capazes de gerar danos à saúde. O investimento da ação, neste caso, visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores (Brasil, 1998b).

Nessas ações são mandatórias as práticas interdisciplinares e trans-setoriais, com a concorrência de apoio técnico especializado, além do CRST/Renast do território de abrangência, e com a participação de entidades representativas dos trabalhadores e/ou da sociedade local: sindicatos, conselheiros municipais de saúde, membros de associações com interesse nas questões, dependendo da amplitude da ação.

Nesse caso, exige-se da equipe fiscal de vigilância o 2º nível de capacitação, além da experiência acumulada em ações de baixa complexidade.

A abordagem dos problemas identificados será efetuada com um maior grau de aprofundamento, possibilitando soluções mais duradouras e definitivas das questões implicadas nas relações entre a saúde, o trabalho, o consumo e o meio ambiente.

Por exemplo, a ação de vigilância não se restringirá a um açougue específico, mas ao conjunto de açougues de um determinado território eleito para as ações de vigilância. Poderão se aplicar técnicas mais elaboradas de análise de riscos, enquetes com trabalhadores, inquéritos epidemiológicos, avaliações de impacto ambiental de dejetos e resíduos de açougues, e práticas de negociação coletiva com o setor econômico representado no território, no caso todos os açougues, sempre com o objetivo de

transformar as bases técnicas e organizacionais que levam os trabalhadores a adoecer e se acidentar no trabalho e põem em risco as populações adstritas, no caso de dano ambiental.

Do mesmo modo, caso sejam detectadas situações mais complexas no encaminhamento das soluções requeridas, o nível de complexidade acima (alta) será imediatamente acionado. Um exemplo seria, no mesmo caso, dificuldades para o encaminhamento das negociações coletivas com vistas a mudanças na organização do trabalho, modernização tecnológica, redução da empregabilidade, problemas na cadeia produtiva em outros estados da Federação, vinculação dos açougues a cadeias multinacionais de abate, entre outras. E, de qualquer maneira, as medidas sempre sendo aplicadas ao conjunto de açougues no território sob vigilância.

Nesse caso e em outros setores econômicos, a média complexidade se valerá da articulação intra-setorial com os níveis secundários da atenção à saúde, como os ambulatorios de especialidades e as atividades desenvolvidas pelos programas de saúde (mulher, criança e adolescente, aids, saúde mental, tuberculose etc.). Por exemplo, em uma determinada comunidade, casos frequentes de aborto espontâneo, malformações congênitas e intoxicações, servem como deflagradores de alerta epidemiológico, levando a vigilância a investigar indústrias químicas e outros setores com potencial de contaminação da população local (Ribeiro, 2000). Na medida do aprofundamento da ação, a alta complexidade é acionada.

A mesma estratégia se aplica aos demais setores econômicos, na dada região, sempre buscando a negociação coletiva com o setor econômico e a ampliação da ação para outras regiões, convocando para isso o caráter de rede da Renast e a configuração sistêmica do SUS.

Ações de alta complexidade

A priori, a alta complexidade será desenvolvida nos estabelecimentos de médio e grande porte, em que haja grande diversidade de processos de trabalho e de fatores de risco implicados na relação trabalho-saúde, grande número de trabalhadores expostos a estas situações de risco, capacidade potencial de dano ambiental e da ocorrência de desastres, transporte de substâncias perigosas, processos de produção com maciça

utilização de recursos naturais (setor econômico primário), entre outras situações que, a critério do serviço de vigilância e do CRST/Renast encerrem grande potencial, por sua amplitude e magnitude, de comprometer a sustentabilidade local.

Incluem-se, ainda, nas ações de alta, os casos acolhidos dos níveis inferiores de complexidade que tenham sido demandados pelas próprias instâncias executoras da vigilância para o aprofundamento da ação.

Nesse caso, além das bases estratégicas propostas pela IN-Visat, citadas anteriormente (sindical, ramo produtivo e territorial), agrega-se a base de caráter epidemiológico:

<p><u>Epidemiológico</u> (evento-sentinel): Consiste na intervenção nas empresas, a partir de agravos à saúde dos trabalhadores que podem representar um problema coletivo, ainda não detectado, e mesmo um problema epidemiológico relevante, mas submerso. A intervenção dirige-se à maior ou às maiores empresas considerando os aspectos potenciais de frequência e/ou gravidade dos eventos-sentinelas (Brasil, 1998b).</p>
--

Do mesmo modo que nas ações de média complexidade, o objeto de análise já nas primeiras incursões se constituirá em objeto de pesquisa e investigação ao longo do tempo, sendo indispensável a abordagem interdisciplinar e trans-setorial, levando em consideração a própria complexidade de intervenção do objeto.

Algumas situações, como o acidente fatal em qualquer setor produtivo, deverão ser consideradas sempre como de alta complexidade, devido à sua complexidade operacional de intervenção sobre o ambiente e o processo de trabalho e as implicações e desdobramentos do caso, inclusive jurídicos.

Em outras, como a suspeita de contaminação ambiental na área de abrangência ou a indicação de contaminação potencial levantada na inspeção rotineira também deverão acionar a alta complexidade da ação.

Nesse caso, além do 2º nível de capacitação exigido da equipe fiscal de vigilância, é imprescindível uma experiência acumulada em ações de baixa e média complexidade e a concorrência de inspetores adjuntos, cujo apoio técnico especializado deverá ser mais significativo, tanto do ponto de vista quantitativo da composição da equipe quanto do seu maior grau de especialização. O apoio ao CRST/Renast do território de abrangência deverá ser encorpado pelo CRST/Renast estadual, dada a característica da ação.

A participação da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego na alta complexidade também é mandatória. A alta qualificação e o elevado nível de formação e especialização da grande maioria dos auditores fiscais de saúde e segurança do MTE, aliada à escassa distribuição pelo extenso território brasileiro (em torno de 700 fiscais), leva-nos a considerar que a sua utilização como agentes públicos de intervenção deveria ser aprimorada, refinada e requalificada como força tarefa federal de apoio às ações sistêmicas do SUS, em situações especiais, como é o caso da alta complexidade.

É factível que uma política de Estado, que imprima uma inteligência sanitária ao planejamento de ações de interesse da saúde da população como um todo, integre a fiscalização do trabalho e previdenciária (sempre que aplicável) à vigilância em saúde nessa perspectiva.

Preservadas as autonomias e as estruturas, de pronto teríamos a valorização do agente fiscal, maior eficácia das ações, rompendo com a metodologia tradicional (Vasconcellos e Ribeiro, 1997), e dirimindo de uma vez por todas o conflito de competências. Ao contrário, a eliminação do conflito dará vez ao espírito de cooperação em nome do interesse público.

A união solidária, bem articulada sobre o objeto comum e inteligente supera as fragilidades de cada órgão isoladamente e potencializa a posição de força do Estado na defesa da saúde.

Nas questões mais diretamente relacionadas às questões ambientais, os órgãos ambientais de fiscalização - secretarias de meio ambiente, Ibama - deverão fazer parte, do mesmo modo, das forças-tarefa de vigilância em saúde compostas para dar conta da complexidade da ação.

É, ainda, na alta complexidade, que os órgãos de ensino e pesquisa deverão participar mais organicamente, trazendo para o campo da reflexão teórica e produção de conhecimentos, a realidade brasileira e, desse modo, contribuindo para mudá-la. A intervenção sanitária sobre os determinantes do complexo saúde-doença é um riquíssimo campo de pesquisa, praticamente inexplorado pela universidade. Temos a absoluta certeza que a articulação orgânica da vigilância sanitária com a universidade abrirá inúmeras linhas de pesquisa e contribuirá para que o Brasil dê um salto na pesquisa e produção de conhecimentos em saúde.

Também, nesse caso, a participação de entidades representativas dos trabalhadores e/ou da sociedade local deverá agregar mais setores, em virtude do grau mais complexo da ação, eventual negociação e possibilidade de intervenção mais complexa, como a abertura de inquéritos e ações civis públicas com os ministérios públicos estadual e do trabalho.

A abordagem dos problemas identificados será efetuada com um maior grau de aprofundamento, possibilitando soluções mais duradouras e definitivas das questões implicadas.

Tomemos o exemplo do açougue na baixa complexidade, um conjunto de açougues num dado território na média complexidade e uma grande indústria de produção de carnes, com abate, frigorífico e transporte na alta complexidade. Nesta, a ação de vigilância implica em extrapolar o território municipal e até estadual, muitas vezes transformando-se em ação nacional. Toda a cadeia produtiva será objeto da vigilância em saúde, incluindo os campos de pastagem, a utilização de herbicidas e medicamentos, o tratamento pecuário, as condições de trabalho dos peões, inclusive do trabalho infantil, muito comum nesse setor econômico, a cadeia de transporte da carne por todo o Brasil, as suas condições e o processo de trabalho implicado, evidentemente examinando as condições de vida e econômicas dos trabalhadores.

Tanto as atividades-fim quanto as atividades-meio seriam objeto da vigilância, estendendo a ação para todas as empresas terceirizadas envolvidas no processo.

A conformação nacional da Renast, a concorrência das Delegacias Regionais do Trabalho em todos os estados, das Superintendências Federais do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (incluindo a Embrapa), da Fiocruz (como instância de pesquisa do Ministério da Saúde) e da Fundacentro (idem do Ministério do Trabalho e Emprego), como partes da ação, possibilitariam uma grande mobilização com uma certa facilidade, na medida do *decision-making* em nível nacional.

Na ação de alta complexidade pode ainda ser prevista uma proporcional complexidade da abordagem investigatória. Levando-se em conta o grande número de trabalhadores envolvidos e a complexidade dos processos produtivos, o reconhecimento das situações de risco e das variáveis implicadas poderão exigir encomendas diversas de processos investigativos. Alguns exemplos são a aplicação de técnicas de análise

ergonômica, de análise de riscos, de observação de instrumentos de controle de produção, de enquetes com trabalhadores, de abordagem das representações da subjetividade coletiva do trabalho, além de pesquisas epidemiológicas, estudos de impacto ambiental, estudos econômicos e censos, entre outras.

O agente público de vigilância deverá, em programa de educação continuada, ser capacitado para efetuar as encomendas desses estudos e participar da sua análise, acompanhando suas aplicações e resultados.

No caso da alta complexidade, a articulação intrassetorial deverá se dar com os níveis terciários da atenção da rede de saúde, incluindo a atenção especializada e, com o apoio do CRST/Renast local e estadual, podem ser evidenciadas situações críticas que tenham sua determinação no trabalho, como as doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares, pulmonares, renais, diversos tipos de câncer e problemas de ordem psico-social.

A Anvisa, como assinalamos anteriormente, não tem incluído em seu rol de atribuições as questões ambientais e de saúde do trabalhador. Está claro que uma política de Estado mais decisiva deverá rever esse inexplicável fato, colocando essa instância como co-responsável, do ponto de vista da sua missão reguladora.

A omissão da Anvisa, em relação a esses temas, como temos observado em espaços públicos de debate, gera uma desresponsabilização das vigilâncias sanitárias estaduais e municipais em meio ambiente e saúde do trabalhador. Esses temas geralmente não são pautados nas instâncias decisórias, pois "não existe" responsabilidade da agência reguladora nacional (sic).

Porto e Machado (2000), considerando que "*a construção de redes e de ações interinstitucionais implica, também, a construção de uma nova linguagem integradora entre os campos profissionais e institucionais envolvidos*" (p.129) analisam os dilemas e conflitos da vigilância em saúde do trabalhador. Apesar de buscarmos a ampliação de seu objeto, a partir de um SUS sistêmico, a análise da Visat pelos autores aponta para caminhos viáveis para o desenho da política de Estado que estamos propondo.

A melhor saída para tais conflitos e descontinuidade de ações que caracterizam essas vulnerabilidades é a construção de instâncias estratégicas articuladoras das redes de vigilância em saúde do trabalhador. Formadas com uma ampla participação institucional e popular, elas permitirão uma flexibilidade e

durabilidade das redes constituídas em torno de problemas concretos de saúde (Machado e Porto, 2003:129).

A bibliografia corrente de vigilância em saúde do trabalhador no Brasil é, pelo que vimos, reivindicatória e propositiva. Reflete expectativas e frustrações de quantos a vêm acompanhando, há quase duas décadas. A urgência de incorporar a emergência de novas necessidades vem agregando propostas de vigilância ambiental, vigilâncias paralelas, vigilâncias, enfim, que possam dar conta de indicadores mortais que pouco ou nada mudam ao longo dos anos.

Não há porque duvidar de que uma decisão política na direção da configuração de uma política de Estado seja bem sucedida e de fácil aplicabilidade.

Já em 1994, em minha tese de mestrado, ainda sem os subsídios que a rica bibliografia de lá para cá propiciou, observávamos que a municipalização das ações, especialmente de vigilância em saúde do trabalhador, redundava em importantes conquistas para a saúde do trabalhador. Isso, sem recursos, com poucas e abnegadas pessoas que muitas vezes se deslocavam para o interior do Estado por seus próprios meios.

O país mudou, mas não mudou a vontade política nesse campo. Acredito que isso possa acontecer ainda. O apontamento final deste capítulo na direção de uma VPP - Vigilância dos Processos Produtivos (Figura 6) não tem a intenção de criar mais uma vigilância. Na verdade é a mesma de sempre acompanhando a marcha do tempo em direção ao desenvolvimento sustentável, de que tanto se fala. É a vigilância agregadora das demais, integralizadora, como nos ensina o princípio constitucional da integralidade em saúde, capaz de superar as fragmentações, capaz de ousar mudar a ordem ineficaz tão decantada.

Fica patente que toda a infra-estrutura para viabilizá-la, cuja discussão não é objeto deste trabalho, dependerá de capacitações massivas, articulações intergestores nas câmaras bipartites e tripartite, no Conass, nos Cosems, no Conasems, nos conselhos de saúde nas 3 esferas de gestão. Dependerá, ainda, da mudança de foco e comportamento da gestão intrasetorial, das novas relações que necessariamente se estabelecerão com a sociedade, as comunidades locais e as representações de trabalhadores. Dependerá,

fundamentalmente, da mudança de culturas institucionais arraigadas e, no mais das vezes, insensíveis a mudanças.

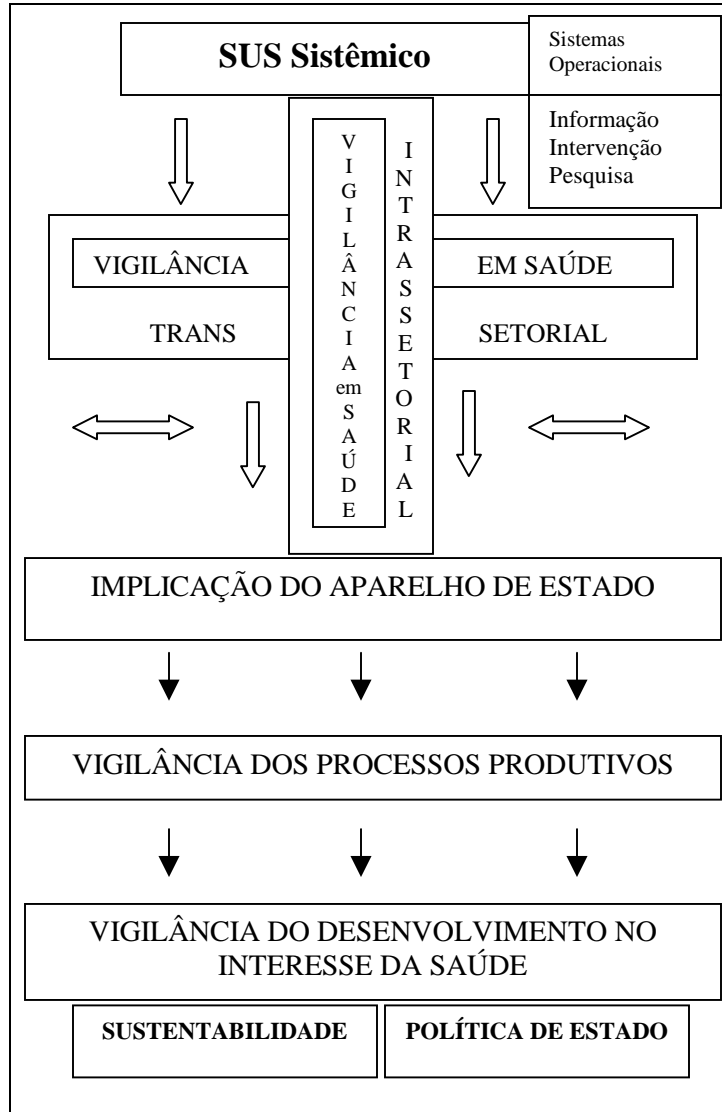
Tudo, contudo, possível. Dentro do possível, tudo é possível. Basta querer.

"A consciência da interdependência social é elemento indispensável à constituição de um modelo de coletivização da administração da vigilância sanitária, que somente é plausível enquanto resultado da percepção de uma identidade nacional (Lucchese, 2001:30).

Figura 6

O SUS e a vigilância dos processos produtivos
e do desenvolvimento - VPP

Apontamento para a transposição da gestão do sistema



Fonte: do autor

Notas

1 - Comissões Intergestores:

Bipartite (estadual) - instância do SUS, constituída pelo gestor estadual (Secretário de Estado de Saúde) e pelos gestores municipais (Secretários Municipais de Saúde) – que tem como objetivo estabelecer os mecanismos de planejamento e execução das ações de saúde no âmbito do Estado e seus municípios adstritos.

Tripartite (nacional) - instância do SUS, constituída pelo gestor federal (Ministro de Estado da Saúde), pelo Conass (Secretários Estaduais de Saúde) e pelo Conasems (Secretários Municipais de Saúde) - que tem como objetivo estabelecer os mecanismos de planejamento e execução das ações de saúde no âmbito da União, dos Estados e municípios.

2 - Participaram desses cursos como co-instrutores em distintas ocasiões e diversas regiões do país: Fátima Ribeiro, Gilberto Araújo, Carlos Vaz de Souza, Marcus Armando, Wanderley Pignati, Carmen Verônica, Armenes Ramos Jr., Débora Renata Moraes, Maria Helena Oliveira, Swilmar Ferreira, Admilson Ramos, Valter Ferreira.

3 - Ato médico - ver nota 10 do capítulo 1.

Capítulo 8

Apontamentos sobre a negociação coletiva e o Estado participante na perspectiva de um SUS sistêmico

Entender o caráter de bem público da capacidade de trabalho e a existência de um espaço público dentro das empresas parece-nos importante para a formulação de estratégias que envolvam os vários segmentos e setores da sociedade, dando ao movimento sindical mais duas razões de princípio para entrar nas empresas em consonância com interesses sociais maiores. Também as autoridades do Estado que atuam nessa área poderão fazê-los com maior desembaraço. Portanto, "Abram-se as empresas!" É um clamor contido na garganta dos trabalhadores que deve se tornar clamor público. Impossível o empresariado brasileiro falar em modernidade sem esse pressuposto, já vigente há muito tempo nos países industrializados modernos. Essas teses podem ser um elemento forte de aglutinação social do movimento sindical com os outros movimentos sociais (Ribeiro, 2002:56).

Negociar para ir além da norma

A partir dos anos 1990, quando a saúde do trabalhador inicia sua institucionalização mais legitimada perante os "olhos da lei", simultaneamente, o debate sobre o contrato coletivo de trabalho ganhava corpo nos fóruns de regulação entre capital e trabalho (Brasil, 1994; OIT, 1994).

A própria questão da saúde do trabalhador começava, do mesmo modo, a se tornar objeto específico de negociação, especialmente no campo da vigilância, em algumas localidades.

Termos de compromisso estabelecidos no Estado do Rio de Janeiro, ações civis públicas com termos de ajustamento de conduta, acordos no parlamento apontavam para um espaço de negociação de conflitos em relação à saúde do trabalhador, que culminaram com a consignação da negociação coletiva em saúde do trabalhador, como prática instituinte de vigilância, na portaria ministerial de 1998 que trata da vigilância em ST no SUS (Portaria 3.120/98) já anteriormente analisada.

As dificuldades históricas de articulação entre categorias afins, com datas-base diferentes e lutas dispersas incitou

a idéia de se adotar o contrato coletivo de trabalho, **nacional e articulado**, como um **"plus", como uma nova "fonte de direito"**, sem abrir mão dos direitos legais vigentes e das negociações já existentes, tais como as convenções coletivas, os acordos coletivos e os contratos individuais. Ou seja, o debate do contrato coletivo surge como **uma nova fonte de direito** lastreada

em uma negociação nacional de categoria ou ramo de atividade, sem prejuízo das normas contratuais inferiores (Riedel, 1995:10) (grifos no original).

A capacidade de se tornar uma nova fonte de direito situa a originalidade de abertura de campos de negociação como espaços delimitados de regulação que viabilizariam alternativas às legislações próprias da área.

Historicamente insuficientes e incapazes de recriar a realidade do mundo do trabalho, as regras formais do contrato são sempre retardatárias em relação aos novos direitos exigidos pela transformação acelerada do mundo do trabalho. Tanto que a própria CLT, em seu artigo 444, faculta essa circunstância de ampliação de direitos negociados, desde que preservadas as conquistas já legalmente consignadas (Brasil, 2005e).

Entretanto, a negociação tradicional, tendo como pano de fundo a legislação trabalhista, especialmente as normas regulamentadoras de segurança e medicina do trabalho da CLT - NR, mostrava-se e mostra-se insuficiente, do ponto de vista técnico, e incapaz, do ponto de vista político, de imprimir à relação trabalho/saúde uma lógica mais contundente de preservação da saúde e defesa da vida no trabalho.

Seus pontos de negociação, via de regra, giram em torno da própria norma já estabelecida, bastante limitada em seu alcance de prover a saúde como direito pleno.

Em geral, as NR encerram uma lógica protecionista estática, tutorial, lentamente evolutiva do ponto de vista do acompanhamento do estado da arte, compondo um "receituário" fixo que não atende à relação dinâmica do homem com seu trabalho. Como justificativa, pode-se destacar, no conteúdo regulador das NR, a ênfase da proteção contra os riscos à saúde, mantendo as fontes causais, a perpetuação de uma cultura de limites (Waissmann, 2000), a incapacidade de atender à subjetividade dos trabalhadores e aos problemas decorrentes das relações familiares e sociais, além da omissão quanto aos fatores organizacionais do trabalho como determinantes do adoecimento.

Em função disso, a forma tradicional de reparar os prejuízos causados pela perda da saúde e da vida, dada a insuficiência e ineficiência dos instrumentos reguladores habituais, acabam aos borbotões sendo resolvidos na esfera da justiça, especialmente do trabalho. Esta, por sua vez, trata invariavelmente do dano já ocorrido e, ainda assim, de forma eventual e assistemática. Mais uma vez, corre-se atrás do prejuízo após os danos já infligidos.

A área previdenciária de regulação, por sua vez, também tem sido historicamente inoperante para defender os interesses de seu patrimônio segurado - a vida e a saúde dos trabalhadores. O órgão segurador oficial tem pautado sua atuação na espera passiva, fora dos muros das empresas, de seus doentes e mortos, pelos quais passa a ter, unicamente, a incumbência auto-imposta de arbitrar-lhes um preço. Nem as ações regressivas propostas no artigo 120 da Lei 8.213, de 24/07/1991 (Brasil, 2006), cuja intenção seria a de exercer um efeito disciplinador sobre os setores produtivos com responsabilidades comprovadas (negligência) na gênese dos eventos, foram incorporadas à cultura da prevenção nos ambientes de trabalho¹.

Embora o SUS não tenha desenvolvido, ainda, mecanismos rotineiros de regulação, que dêem conta de suas atribuições preventivas e promocionais da saúde dos trabalhadores, a negociação coletiva pode ser um poderoso instrumento de intervenção sobre os processos de trabalho.

Nesse sentido, ao se refletir sobre o tema, fazemo-nos algumas indagações. Por que a negociação? Qual negociação e com que conteúdo? Quem negocia? Quais as suas vantagens e desvantagens?

Porque a negociação coletiva em saúde do trabalhador

De antemão, a negociação distingue-se e contradiz-se à idéia de conciliação, conferida pela Lei nº 9.958, de 12 de janeiro de 2000, que faculta a instituição de comissões de conciliação prévia, com permissão de execução extrajudicial na Justiça do Trabalho.

A ausência do Estado provocador e participante na conciliação prévia retira-lhe a responsabilidade e restringe-lhe o caráter do que buscamos imprimir a essa discussão.

Nesse contexto, João José Sady (2006) é contundente:

O vulto ameaçador, contudo, é apresentado ao povo com outra vestimenta, aparecendo como um ente simpático e carinhoso denominado de "conciliação". A tal conciliação consiste em dar as mãos generosa e efusivamente a aquele que violou o seu direito e renunciar a parte do que lhe é devido, porque o Estado é incapaz de punir o ofensor de forma eficaz, concretizando forçadamente a obrigação devida a aquele que foi lesado. O pressuposto deste sistema é o de que o povo, na verdade, não tem "direitos". Tem "pretensões resistidas". Reduzindo a questão a estes termos, não haverá necessidade dos

operadores do sistema intervirem neste cenário. [...] O Direito do Trabalho, em grande parte existe apenas no papel e o estímulo à renúncia aos direitos somente serve a perpetuar a sistemática desconstrução do direito à cidadania. O tão propalado lema de que "conciliar é legal" esconde que a falência do sistema que não consegue fazer valer os direitos dos cidadãos, é uma tragédia para os que estão no andar de baixo e uma vitória para o pessoal do andar de cima (Sady, 2006:online).

Qualquer que seja, a negociação coletiva decorre, essencialmente, da incapacidade das partes resolverem espontaneamente o conflito de relação. Sua necessidade se impõe em situações coletivas de crise, sob pena de se ter a geração de um impasse, cujas conseqüências são imprevisíveis quanto à magnitude dos danos infligidos a cada uma ou a ambas as partes.

No caso da saúde, é evidente que a negociação coletiva se deflagra a partir de um ponto inicial em que a parte-trabalhador estará sempre em prejuízo. Portanto, a negociação será a solução negociada da reparação de um dano potencial ou já ocorrido à saúde no coletivo de trabalhadores. Esse é um ponto de essência em nossa discussão.

Jaques Bidet em sua teoria da modernidade, cuja edição original francesa remonta a 1990, considera que a modernidade se funda no contrato interindividual, central ou associativo e que a "*relação contratual está impregnada de dominação*" (Bidet, 1993:11).

Nesse sentido, a negociação coletiva em ST é a contratação de um acordo entre trabalhadores e empregadores (contrato interindividual e associativo), geralmente com a mediação do Estado, em que a dominação é exercida pelos empregadores e pelo próprio Estado não provedor sobre os trabalhadores, no sentido de amenizar a dominação em um certo grau, cujo preço, maior ou menor, será a maior ou menor perda da sua saúde e/ou qualidade de vida, em função das cláusulas contratadas.

O Estado como espaço central da contratação (contratualidade no original) espelha duas faces: o da centralidade - estar no centro - e o da centricidade - ter o centro (Bidet, 1993:54).

Nossa discussão da negociação coletiva em saúde passa de uma contratualidade associativa (coletivo de trabalhadores), com base na centralidade (estar na mesa negociando), para uma contratualidade com centricidade: ter o centro no âmbito de um Estado não neutro - Estado intransigente na defesa da saúde e da vida.

Um Estado que, por meio de seus agentes públicos de saúde, subversores da ordem estabelecida, se contraponha à sua natureza que

em razão da sua articulação com o processo de acumulação, intervém estrategicamente na garantia das relações sociais de exploração capitalista, embora construa compromissos historicamente determinados de prestação de serviços e benefícios aos trabalhadores. As relações de exploração, por sua vez, são mantidas pela difusão da ideologia de que não são desiguais, desvantajosas, mas contratuais (Faleiros, 1992:285).

Um complicador na contratação do acordo em saúde do trabalhador é a sua baixa capacidade de gerar situações coletivas de crise que forcem à negociação. Por exemplo, sua ocorrência se dá em grau muitíssimo menor do que nas crises da questão salarial. Salvo algumas raras e históricas situações de impasse, que levaram os trabalhadores à greve total por melhores condições de segurança e saúde (Diesat,1989), no mais das vezes os conflitos gerados, principalmente pelos acidentes fatais, ocasiona, no máximo, curtas paralisações, rapidamente "solucionadas".

Essa incapacidade de a perda da saúde, e mesmo da vida, gerar situações de conflito extremo entre as partes - trabalhadores e patrões - decorre, no Brasil, de alguns fatores mais gerais, desde o modelo das relações sociais de produção, os baixos níveis de consciência crítica e de organização dos trabalhadores em relação à saúde, a reestruturação produtiva e suas conseqüências no potencial de mobilização e luta dos trabalhadores, a ameaça do desemprego, a monetarização do risco e, entre outros, a ineficiência do Estado em dar respostas concretas a essas questões.

Sem entrar no mérito de cada um dos fatores assinalados, cabe, todavia, uma breve análise sobre outros fatores mais específicos da relação trabalho/saúde que, da mesma forma, determinam a ocorrência de uma perplexidade passiva dos trabalhadores e das autoridades, frente aos acidentes e doenças do trabalho.

Tanto a chamada individualização do dano quanto a culpabilização da vítima são fatores poderosos de amortecimento de situações críticas que poderiam gerar conflitos indutores da negociação. "*A individualização do dano facilita a eficácia de estratégias amenizadoras do impacto, pois raramente, ao contrário do risco tecnológico, os acidentes envolvem simultaneamente grandes coletivos de trabalhadores, embora os números finais sejam elevados*" (Porto,1991:20). Ou seja, em geral morre um trabalhador de cada vez, e ainda que os números totais de acidentes de trabalho sejam alarmantes,

considerados individualmente são incapazes de gerar uma indignação coletiva, que possa criar ou explicitar o conflito.

Além dessa individualização do dano, a imputação, na grande maioria das vezes, da culpa do acidente de trabalho ao próprio trabalhador acidentado, calcada na ideologia do ato inseguro - culpabilização da própria vítima - acaba sendo um motivo poderoso de impedimento para a realização de uma investigação mais profunda das verdadeiras causas do acidente. Nos capítulos anteriores já fizemos menção ao problema.

A perda insidiosa da saúde, no caso da doença relacionada ao trabalho, é um outro fator de obstrução do surgimento da crise na relação trabalho/saúde. Além dos fatores anteriores, igualmente invocados no caso da doença, o processo lento e gradual de adoecimento e os inúmeros subterfúgios utilizados para o seu não reconhecimento, ou para a sua "eliminação", por exemplo, por mecanismos demissionais, determinam-lhe um papel secundário na geração do conflito (Vasconcellos, 1995).

Dado os fatores antes assinalados, parece remota a possibilidade de se negociar questões de segurança e saúde do trabalhador, compulsoriamente por ocasião dos acordos e dissídios coletivos, conforme estabelecido na CLT (Brasil, 2005e).

A complexidade do tema aliada à falta de cultura sindical, no sentido do aprofundamento dessas questões, e à enorme resistência das empresas para negociar pontos concretos de prevenção em saúde do trabalhador, praticamente inviabilizam a negociação de cláusulas específicas no acordo coletivo da data-base.

Examinando-se acordos coletivos de diversos sindicatos, em variados ramos da produção, observa-se a tendência de introduzir cláusulas de saúde ora na linha assistencial: planos de saúde, ora na afirmação de direitos à informação e à participação, ora, ainda, na reafirmação de dispositivos de saúde e segurança já estabelecidos em lei: fornecimento de equipamentos, estabilidade de cipeiros etc. (Vasconcellos, 1995).

Pode-se inferir, com larga margem de acerto, que mesmo que os sindicatos propusessem cláusulas mais avançadas, no sentido da transformação dos processos, como por exemplo a mudança de determinada tecnologia suja, os empregadores não as acatariam.

Sob diversas razões e alegações, a resistência empresarial ao tema é quase que unânime. A alegação principal das empresas é o seu pretenso cumprimento da legislação

inerente à área, por meio das NR, "não cabendo" a discussão de pontos estabelecidos na norma e, muito menos, os que não estão previstos na mesma (idem ibidem).

"As razões principais, contudo, são a necessidade de discutir investimentos, de redirecionar suas bases técnicas e de organização e, principalmente, de sujeitar-se à abertura da sua "caixa preta" de informações gerenciais, com o que, evidentemente, não concordam" (Vasconcellos, 1995:4).

A possibilidade dos contratos sociais, tanto os estabelecidos na lei quanto os tradicionalmente adotados pelas partes conflitantes, mediante negociação, propiciarem mudanças profundas na relação trabalho/saúde é remota. *"No Brasil, a forma de organização do trabalho está detalhadamente circunscrita a diversos códigos e normas de convívio entre o Trabalho e o Capital. Sem entrar no seu mérito, há um flagrante desrespeito diuturno a estes contratos sociais, sempre, e invariavelmente sempre, na direção favorável ao Capital"* (Vasconcellos, 1994:106).

Nesse contexto, a negociação coletiva em saúde do trabalhador emerge como uma prática provocada, em situações peculiares, conferindo-lhe uma característica fundamental: o fato de ser uma solução voluntária, compondo um novo contrato social de convívio entre as partes.

Siqueira Neto (1994) chama a atenção para a necessidade de se *"distinguir as soluções obrigatórias das soluções voluntárias. O sistema brasileiro preconiza a solução obrigatória que se traduz nos dissídios coletivos de trabalho. As soluções voluntárias, contudo, são as soluções que devem ser perseguidas, na perspectiva de um sistema de relações de trabalho democrático"* (Siqueira Neto, 1994:31).

Contudo, o mesmo autor ressalta que a solução voluntária pode levar a solução nenhuma para o conflito, em função da correlação de forças estabelecida na negociação, *"o que torna necessária uma atuação mais propositiva por parte do Estado, através da consolidação dos mecanismos voluntários de solução dos conflitos coletivos de trabalho..."* (Siqueira Neto, 1994:31).

Essa característica de solução voluntária, presente e necessária na negociação coletiva em ST, com *"uma atuação mais propositiva por parte do Estado"* resulta, portanto, da incapacidade das partes envolvidas no conflito - trabalhadores e empregadores - levarem para o momento da solução obrigatória, ou seja, a data-base do

dissídio coletivo, a discussão das questões de saúde do trabalhador, numa perspectiva mais profunda de transformação dos processos de trabalho, "de olho" na preservação da saúde e da vida.

Ainda que os empregadores, na data-base, quando se discute a totalidade dos conflitos da relação capital/trabalho, acatassem (surpreendentemente) cláusulas de saúde do trabalhador, na perspectiva transformadora dos processos de trabalho, seu cumprimento não estaria garantido, dado outra característica da negociação obrigatória, a que Uriarte (1994) chama de "*negociação coletiva estática ou de crise*". Refere o autor:

Há uma forma de negociação coletiva estática ou de crise, que geralmente predomina nos países latino-americanos. As partes negociam no momento da data-base, como é o caso do Brasil, ou quando há um conflito concreto, e chegam ou não a uma convenção coletiva, ou a uma sentença normativa, através de um dissídio coletivo. E, garantido o convênio, as partes não tornam a se reunir e somente se volta a negociar em nova data-base, ou se surgir nova necessidade de tratar algum tema. Por isso, é chamada de negociação espasmódica ou negociação de crise (Uriarte, 1994:65).

Essa espécie de pacto de papel atende ao nervosismo provocado pelo conflito, mas não garante a solução do mesmo, na medida do alívio das tensões que levaram as partes à mesa de negociação. Corrobora esse entendimento o predomínio de uma "aflição" salarial, em muito sobrepujante à provocada pelos problemas de saúde. Em contraposição à negociação espasmódica, o mesmo autor assinala:

Há um segundo modelo de negociação coletiva, que diz ter muita importância para as questões de segurança e saúde no trabalho, que se chama negociação dinâmica ou negociação permanente. Neste tipo de negociação as partes, no dia seguinte após ter celebrado um acordo ou convenção coletiva, continuam de alguma maneira negociando ... uma permanente consideração dos problemas colocados pela aplicação do convênio (Uriarte, 1994:65-66).

Com base nessas observações podemos desenhar um novo contrato social de convívio em saúde, com características de negociação bem demarcadas:

- sua especificidade, fora do âmbito da negociação obrigatória dos conflitos gerais da relação capital/trabalho;
- seu caráter voluntário, a partir de uma provocação bem definida, com a participação do Estado;
- seu caráter permanente e dinâmico, implementando os pontos negociados imediatamente após a celebração do acordo;

□ sua vocação para colocar na mesa questões mais profundas de reordenamento das bases tecnológicas e organizacionais do trabalho, voltadas para a preservação da saúde; e

□ a possibilidade do contrato de caráter associativo assumir uma centralidade no Estado não neutro.

Para que se torne, efetivamente, o que Bonciani (1994) chama de "categoria tática central" num novo modelo de relações de trabalho, a negociação depende de um Estado não neutro, cujo posicionamento tático seja no interesse inegociável da saúde.

Negocia-se para se conquistar aquilo que é inegociável.

Os agentes da negociação

O contrato coletivo de trabalho, livremente negociado entre as partes, sem a participação do Estado, não está aqui em jogo. Suas características, diversas da que se pretende discutir nesta análise, têm uma lógica contratual de substituição à anteriormente referida "solução obrigatória", mas que dela guarda o objetivo de discutir globalmente o conflito. Pressupõe uma correlação de forças equilibrada entre capital e trabalho e está sujeito a uma assistência passiva do Estado árbitro - Estado não Participante.

A negociação que se pretende aqui discutir, por sua vez, depende invariavelmente da participação do Estado, ora como provocador do conflito, ora como mediador, mas sempre presente como parte ativa e decisiva - Estado Participante.

Basicamente existem duas situações de crise que definem a forma de entrada do Estado Participante na negociação. Uma, quando o sindicato dos trabalhadores é alinhado com a empresa, na linha do peleguismo clássico, do sindicalismo de resultados ou, entre outras denominações, das parcerias.

Nesse caso, a crise está definida pela cumplicidade das partes - representantes dos trabalhadores e patrões - em se omitirem quanto aos problemas de saúde do trabalhador. O Estado entra, no caso, como agente provocador do conflito, forçando à negociação, tendo em conta a existência de problemas relevantes, já detectados, quanto à saúde do trabalhador (Vasconcellos, 1995).

A outra situação de crise é quando sindicato e empresa não se toleram, negociando apenas na data-base, pela via da solução obrigatória. Nesse caso, em que o

sindicato não é alinhado com a empresa, as questões de saúde do trabalhador, de per si, configuram o conflito, mais visivelmente provocado pelo sindicato, e o Estado entra como mediador na negociação. Reitero que o papel de mediador do Estado, nesse caso, não lhe confere o caráter de neutralidade. Mas, se o Estado "neutro" na mediação de conflitos entre o capital e o trabalho usa a sua "neutralidade" para favorecer o capital e a manutenção de sua hegemonia, no caso da saúde que ele seja "neutro" para favorecer o trabalho, em nome da defesa da saúde.

A negociação coletiva em saúde do trabalhador é um processo lento, demorado e trabalhoso que se aplica na medida de sua capacidade potencial de servir como efetivo marco de transformação, cujo caráter paradigmático possa repercutir no segmento social afetado. No capítulo anterior víamos nos diversos exemplos de vigilância por complexidade que um de seus resultados concretos é a negociação coletiva. Daí, a base política para o desencadeamento do processo negocial em saúde do trabalhador ser, fundamentalmente, o processo de vigilância.

Nessa linha, é factível utilizar os critérios de bases operacionais, propostas por Vasconcellos (1994) e Vasconcellos e Ribeiro (1997) com o objetivo de causar impacto nas ações de saúde do trabalhador, que foram desenvolvidas pelo Programa de Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, nível estadual do SUS.

Em 1998, a Portaria 3.120/98, de Vigilância em Saúde do Trabalhador adotou bases operacionais em parâmetros similares, nas suas estratégias propostas para a ação.

Os autores consideram que o impacto causado pela ação, de caráter negocial, pode ser o marco de transformação dos processos geradores de dano à saúde dos trabalhadores na dada Base Operacional - Sindical, Ramo Produtivo, Evento Sentinela e Microrregional. Na Base Sindical, a atuação se dá nas principais empresas abrangidas pelo sindicato de trabalhadores com "*tradição de luta pela saúde, capacidade de mobilização e combatividade*" (Vasconcellos e Ribeiro, 1997: 273).

Na Base de Ramo Produtivo, a atuação é dirigida a "*todas as Empresas com o mesmo perfil de produção, preponderantes numa dada região, com importância econômica e fonte de risco para a população exposta, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos*" (idem *ibidem*).

Na Base de Evento Sentinela, a provocação do conflito, forçando à negociação, aplica-se a todas as empresas que provocam um determinado dano à saúde de importância epidemiológica. Finalmente, na Base Microrregional a provocação é efetuada por varredura de todos os processos capazes de causar dano à saúde dos trabalhadores, num determinado espaço geográfica e politicamente delimitado (idem:273-4).

Nessa perspectiva, as empresas provocáveis para a negociação são aquelas que tenham uma importância econômica, política, epidemiológica ou todas elas combinadas, com potencial para tornar o novo contrato social emblemático e disciplinador da saúde do trabalhador para uma ou mais categorias de trabalhadores e para um ou mais setores econômicos, numa dada região.

Durante os primeiros anos da década de 1990, foram várias as experiências de negociação coletiva em saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro (Melo, 1993; Vasconcellos, 1994; Meirelles *et al*, 1995; Vasconcellos, 1995; Machado, 1996; Vasconcellos e Ribeiro, 1997; Lima, 1997; Miranda, 1997; Vasconcellos e Oliveira, 2001). Em São Paulo também ocorreram experiências semelhantes (Augusto e Novaes, 1999; Silva, 2003).

A análise da experiência do Rio de Janeiro nos fez observar as seguintes formas de apresentação possíveis de participação do Estado na negociação coletiva em saúde do trabalhador:

- com o Estado "clássico", representado pelo Ministério do Trabalho;
- com as instituições do Sistema Único de Saúde, representadas pelas secretarias estadual e municipais de saúde e o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (atualmente o equivalente às Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador - Cist);
- com o Ministério Público do Trabalho (nível federal);
- com o Poder Legislativo; e
- com a combinação entre elas (Vasconcellos, 1994; idem, 1995).

Algumas características da negociação com a participação do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, por intermédio de sua Delegacia Regional do Trabalho - DRT, auxiliam no entendimento de sua limitação enquanto agente negocial da transformação dos processos de trabalho.

Salvo raras exceções, a DRT entra na negociação por provocação de alguma das partes e não como provocador, o que, a priori, exclui sua participação nos casos em que o sindicato é alinhado com a empresa, ainda que ocorram situações graves de saúde do trabalhador.

Analisando o papel interventor da DRT, na década de 80, em segurança e saúde do trabalhador, Oliveira (1994) é esclarecedor quanto à sua atuação

como mediador em mesas-redondas solicitadas às partes em conflito pela DRT ou por uma das próprias partes. Este tipo de demanda foi pouco executada pelos agentes da fiscalização na década de 80, já que, tradicionalmente, quando se fazia necessária a mediação da DRT, esta costumava ser feita pela própria chefia da Divisão ou por instâncias superiores, que no máximo convocavam algum agente, não necessariamente ligado ao fato em questão, geralmente, apenas para assessoramento (Oliveira,1994:156).

O próprio modo de intervenção do Ministério do Trabalho e Emprego, desde a sua criação, é assinalado pelo mesmo autor como se caracterizando pela "*...exclusão dos trabalhadores do processo de discussão e encaminhamento dos assuntos referentes ao trabalho em geral dentre os quais os referentes aos ambientes de trabalho...*" (Oliveira,1994:200).

A determinação histórica de suas práticas, utilizando metodologias de negociação "de gabinete", excludentes e mediadoras tampão, sem a perspectiva dinâmica da solução, diversas, portanto, das que se estão aqui discutindo, leva a considerar o MTE como agente incapaz de propiciar o novo contrato social de convívio de saúde do trabalhador.

A atuação do SUS na área de saúde do trabalhador, a partir de sua incorporação determinada pelas novas legislações pós-Constituição Federal/88, ao contrário da DRT, tem dirigido sua ênfase, calcada na adoção das bases operacionais, antes citadas, para uma nova contratação social de convívio em saúde do trabalhador, voltada para a transformação dos processos, ambientes e organização do trabalho.

Na sua origem tratava-se de uma diretriz metodológica de atuação bem definida que, apesar do pouco tempo de exercício, no período assinalado, havia produzido vários acordos e termos de compromisso, com expressivas transformações no mundo do trabalho.

Naqueles primeiros anos da década passada, em alguns municípios do estado do Rio de Janeiro, o debate da negociação em ST chegava ao poder legislativo municipal,

com audiências públicas e encaminhamento de projetos de lei. Um dos exemplos de uma possível tendência, interrompida por mudanças conjunturais, foi a inclusão da negociação, nos moldes propostos, como prática da intervenção, no projeto de lei enviado à Câmara Municipal de Cantagalo, no mês de maio de 1995:

Art. 30 - O Programa de Saúde do Trabalhador exercerá a ação de coordenação entre as partes envolvidas na discussão de questões pertinentes a saúde do trabalhador e meio ambiente no âmbito do município de Cantagalo. Art. 31 - Buscará na realização de Acordos Coletivos e Termos de Compromisso, sempre com a assistência do Conselho Gestor, exercer seu papel mediador (Prefeitura Municipal de Cantagalo,1995).

Acerca de uma das negociações que teve curso no período, na Casa da Moeda do Brasil, promovidas pelo SUS estadual, foi assinalado:

No contexto do SUS/Rio de Janeiro, encontra-se em construção uma metodologia de intervenção interativa que busca dar conta dos princípios de participação dos trabalhadores organizados, em todas as etapas e de ação interdisciplinar e pluriinstitucional, tendo como horizonte a mudança tecnológica e/ou a reorganização do processo de trabalho. A principal inferência, decorrente deste processo, em que se parte de um recorte interventor, é incorporar uma metodologia participativa, com base na negociação, visando esquadrihar o processo de trabalho como instância multifacetária do adoecer dos trabalhadores, a ponto de se ousar o monitoramento do pré-adoecer (Meirelles *et al*, 1995:1-2).

O processo negocial, nos moldes analisados, passava a compor um ideário da intervenção do SUS sobre os ambientes e condições de trabalho, conferindo-lhe um reordenamento ético que se contrapunha ao modelo tradicional da intervenção, onde são evidentes alguns nós críticos, tais como a exclusão dos trabalhadores e dos sindicatos de trabalhadores do processo; o enfoque tecnicista-normativo limitado; a falta de transparência do processo; a ação pontual, aleatória e não sistemática; a ação corruptível; a unidisciplinaridade técnica e a limitação da abrangência (Vasconcellos e Ribeiro, 1997).

Como agente provocador da negociação, o papel exercido pelo Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador - Consest foi fundamental. À época, experiência singular no Brasil, o Consest, ao agregar representações institucionais públicas e sindicais de trabalhadores, sem limite quantitativo de representações, e sem a participação de

representantes patronais, viabilizava as tão propaladas e não exercidas formas de controle social.

Do ponto de vista de sua participação ilimitada de representações - o Consest chegou a agregar 55 sindicatos de distintas categorias - ressalta a riqueza de situações trazidas à instância.

A demanda reprimida, guardada pela invisibilidade dos danos e silêncio social, é trazida de forma avassaladora instigando a autoridade pública para uma tomada de posição. Uma das saídas operacionais para o acolhimento e sistematização das demandas foi a criação de câmaras técnicas onde eram debatidas as questões e planejadas as ações, trazidas ao plenário do Consest e assumidas como ações integralizadas. Destacam-se, à época, as seguintes câmaras técnicas: químicos e petroquímicos, metalúrgicos, indústria naval, construção civil, servidores públicos, comunicação e processamento de dados (Almeida, 2004).

Quanto à não participação dos setores patronais, a decisão colegiada de sua não participação, desde a oficialização do Consest, em 1991 (SES/RJ, 1990), deveu-se ao fato de que o planejamento de ações de vigilância, seu principal objetivo, não poderia contar com a participação do objeto a ser vigiado.

Sempre foi muito claro, do ponto vista político, para os representantes do poder público na constituição do Consest, o seu posicionamento enquanto aparelho de Estado.

Por se estar tratando de saúde do trabalhador, a preservação ideológica de seu conceito original se embrenha na política de Estado e muda o comportamento do próprio Estado, em respeito à utopia transformadora das condições de saúde no trabalho que a sua concepção exige. O Estado se posiciona de forma não neutra do lado dos trabalhadores, porquanto do lado da sua saúde e vida.

É uma coerência conceitual que o tripartismo clássico não permite.

Não se quer dizer que o processo contínuo da transformação não traga o setor patronal para a mesa negocial. Ao contrário, sem sua participação não há negociação.

Ocorre que o princípio doutrinário, se é que se pode chamar assim, da negociação coletiva em saúde do trabalhador não comporta colocar o setor refratário à mudança, razão de todos os problemas, desde o início do processo quando do desencadeamento da demanda e no planejamento de seu enfrentamento. Seria como planejar o combate ao

incêndio com o próprio "incendiário". De qualquer modo, como este pode ser decisivo no combate ao incêndio, em algum momento será preciso ouvi-lo. E, como ouvi-lo senão numa posição de força, afinada com o interesse público de defesa da saúde, hegemônica e sobrepujante aos seus interesses?

Em sua estreita relação com o SUS, o Consest representava a face plural e interdisciplinar planejadora das ações, desenvolvidas no nível da vigilância e negociação, por meio de suas câmaras técnicas e das secretarias estadual e municipais de saúde. Caminhava para um novo modelo de contratação social, cujo horizonte promissor previa as tão requeridas transformações nos processos produtivos.

Mais uma vez, o já assinalado "esvaziar gavetas" foi tirando força do Consest, nos anos seguintes, com a mudança dos sucessivos governos e a incompreensão da gestão com o trabalho como categoria central da ação em saúde.

Outros fatores contribuíram para um esvaziamento desse modelo negocial, como a saída de vários técnicos do Programa de Saúde do Trabalhador/RJ, a ausência de articulação intrassetorial com as vigilâncias, o conseqüente esvaziamento da participação sindical no Consest e, principalmente, a ausência de uma política de Estado mais perene, tendo a negociação como um de seus mecanismos mais estratégicos no teatro de operações.

Além desses, vários têm sido os fatores invocados para justificar a descontinuidade do processo de construção do campo da saúde do trabalhador, no âmbito do Consest (Ferreira *et al*, 2004), mas suas razões de fundo refletem, na verdade, a ausência de posturas mais conseqüentes dos sucessivos governos, após o período autoritário, quando se pensou que o SUS superaria as situações que o movimento pela Reforma Sanitária percebera.

Essa desintegração, expressa em ações fragmentadas, desarticuladas e superpostas de instituições com responsabilidade direta ou indireta na área - agravada por conflitos de concepções e práticas, bem como de interpretação sobre competências jurídico-institucionais -, revela a trajetória caótica do Estado em sua função de promover a saúde do cidadão que trabalha. Apenas o esforço isolado de profissionais que se articulam em programas de saúde do trabalhador, centros de referência e atividades de vigilância realmente efetivas abre um rastro de luz nesse universo sombrio. Mas sua atuação é marcada, repetidamente, pela descontinuidade, quer por pressões externas dos que se sentem ameaçados em seu poder de tratar vidas humanas desgastadas pelo trabalho como rejeitos do processo produtivo, quer pela sucessão de novas

administrações que não priorizam esses investimentos (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997:24).

Todavia, atualmente, tendo como base a possibilidade de uma Renast revigorada é factível pensar-se também a revigoração do modelo negocial, já na perspectiva de uma política de Estado ampliada para o foco do desenvolvimento sustentável.

A participação do Ministério Público do Trabalho - MPT, nas iniciativas, especialmente após a assinatura, em maio de 1994, de Convênio de Cooperação Técnico-Jurídica e Operacional em Saúde do Trabalhador, acrescentou um peso considerável na provocação do processo negocial, no Rio de Janeiro.

Sua interface com o Poder Judiciário, capaz de efetuar proposituras de apuração de responsabilidade civil, por meio da abertura de inquéritos e ações civis públicas, confere-lhe um importante poder de convencimento às partes relutantes em negociar.

Além disso, o convênio, com razoável abrangência institucional, permite contemplar no acompanhamento do processo de negociação a participação de instituições, em geral distanciadas, dada a histórica fragmentação da área de saúde do trabalhador.

Ainda no caso específico do Estado do Rio de Janeiro, é importante assinalar o Poder Legislativo - Alerj, como agente provocador da negociação. Sua participação foi decisiva, por exemplo, nos processos de negociação de mudança de tecnologia na indústria naval, já comentada anteriormente, e na indústria de cloro-soda, que foi implementada parcialmente. A peculiaridade de sua participação, como agente da negociação, é que por não se tratar de instância executiva, ao contrário das outras, necessariamente exige a concorrência dos outros agentes, na avaliação e acompanhamento do processo negocial.

A tendência observada naqueles anos foi de que a negociação coletiva em ST, levada por múltiplos agentes institucionais, na perspectiva de sua integração e direcionamento consensual sobre o objeto comum, potencializa a ação, agiliza o processo, amplia o alcance sobre setores e categorias de trabalhadores e otimiza os resultados.

Cabe observar que a participação do MPT sempre se deu como instância externa à do controle social, como uma instância de apoio e, mesmo, de avaliação de suas ações.

Em algumas localidades, as Cist propõem a inclusão do Ministério Público do Trabalho como membro do controle social. Não há sentido nessa participação, pois o MPT não teria como avaliar a si próprio, sendo parte ele mesmo do controle social. É evidente que seu papel deve ser preservado, como externalidade ao processo, para ser internalizado na medida da necessidade percebida pelo controle social e pelas demais instâncias do aparato interventor do Estado.

O conteúdo da negociação

O problema maior da negociação é a definição de seu conteúdo. Tendo em vista o rotineiro descumprimento, por parte das empresas, das normas e regulamentos de segurança e saúde (principalmente os das NR) há uma tendência de negociar o simples cumprimento da lei, e que acaba por se fazer necessário no processo negocial. Muitas vezes concordar com essa atitude é uma espécie de erro calculado, já que a exigência do cumprimento, por meio de instrumento coercitivo, pode indispor à negociação, remetendo o conflito à esfera administrativa e/ou jurídica. Por óbvio, a ressalva a essa estratégia fica por conta de situações inegociáveis, como as de risco grave e iminente.

Uma vez superada a discussão do contingente normativo, já previsto em legislações ordinárias, através do estabelecimento de prazos para o seu cumprimento, o processo de negociação é capaz de centrar sua ênfase em pontos fundos de reordenamento do processo de trabalho, contemplando indispensavelmente a participação dos trabalhadores e do(s) sindicato(s).

Dos principais conteúdos levados à mesa de negociação coletiva, naquele período, destacamos os seguintes pontos:

- instituição de comissão de avaliação e acompanhamento das medidas propostas no(s) acordos(s), no "chão de fábrica", com a participação irrestrita, além do Estado e suas instituições assessoras, do sindicato da categoria;

- medidas de avaliação conjunta:
 - análise do ambiente, de processos e das relações de trabalho (bases tecnológica, ergonômica, organizacional etc);
 - confecção de séries históricas dos acidentes e doenças (número, local, tipo, etc.);

- mapeamento de riscos, utilizando diversas técnicas, contemplando a percepção de todos os trabalhadores sobre o ambiente e os processos de trabalho;
- análise do comportamento gerencial em relação à saúde;
- análise de metodologias e instrumentos utilizados.
- formulação de propostas de mudanças dos processos, com base na avaliação conjunta, estabelecendo, por consenso, os prazos de cumprimento; e
- outras questões emergentes, a critério das partes provocadoras (Vasconcellos, 1995).

Como exemplo, pode ser proposta a adoção de novas tecnologias; a reorganização do trabalho, segundo padrões preestabelecidos de valorização do trabalhador, de sua qualidade de vida e de seu saber; a gestão participativa no controle dos riscos; a mudança de rotinas de levantamento dos riscos e de análise acidentária e a mudança no comportamento gerencial da área de produção; e investimentos, com ênfase na qualidade de vida no trabalho, sob a ótica da comissão instituída para o acompanhamento do processo negocial.

Na verdade, o que determina o conteúdo da negociação é o limite entre a ousadia do agente provocador do conflito - Estado / sindicato não alinhado / trabalhadores - e a tolerância da parte provocada - empresa / sindicato alinhado. Frente a um agente provocador mais ousado e uma parte provocada mais "tolerante", o conteúdo da negociação encerra uma capacidade potencial de reordenar profundamente as bases organizacionais do mundo do trabalho (contratualidade associativa com centralidade). No caso contrário, se o esforço da negociação for muito modesto, na ótica dos agentes provocadores, outros caminhos poderão ser acionados, caso, por exemplo, do Ministério Público do Trabalho.

Evidentemente que a solução voluntária do conflito implica, necessariamente, na disposição da parte provocada em negociar. Em geral, as empresas só negociam nos moldes do proposto sob condições de pressão, como alternativa à solução judicial. E, ainda assim, grandes empresas com importante "cacife" econômico e político, muitas vezes só negociam sob pena de sofrerem sanções consideráveis.

Vantagens e desvantagens

Embora a negociação, na perspectiva de transformação dos processos de trabalho, represente um novo contrato social de convívio, entre partes conflitantes, com uma capacidade potencial de reconduzir o próprio modelo de intervenção, sua aplicação encerra, também, algumas desvantagens.

Os aspectos vantajosos da negociação coletiva em saúde do trabalhador, esquematicamente podem ser assim resumidos:

- o reconhecimento tácito das empresas de que os riscos à segurança e à saúde estão fora do seu controle e, em decorrência, existem falhas no seu gerenciamento, que precisam ser sanadas;

- o reconhecimento, por parte das empresas, de que o sindicato da categoria e os próprios trabalhadores são agentes ativos do processo de análise e de transformação dos riscos;

- a abertura da caixa preta das informações sobre os riscos e suas conseqüências sobre a saúde;

- a mudança das representações simbólicas dos trabalhadores (consciência dos riscos), na medida de sua participação em todas as etapas do processo;

- em decorrência do aspecto anterior, a criação de mecanismos permanentes de monitoramento, por parte dos próprios trabalhadores, a partir da retirada do Estado do processo negocial (findos os prazos dos acordos e termos de compromisso);

- a transformação dos processos de trabalho, segundo suas bases tecnológicas, ergonômicas e organizacionais;

- a criação de uma nova consciência gerencial sobre os riscos;

- o caráter paradigmático para o setor econômico-produtivo;

- a substituição do instrumento coercitivo e punitivo da vigilância pura e simples, em geral ineficaz nos moldes tradicionais; para um modelo educacional e cooperativo e, finalmente,

- a possibilidade de recriar permanentemente a realidade do ambiente de trabalho, sob a ótica de conquistar a saúde e, não, esperar a doença (Vasconcellos, 1995).

Dentre as desvantagens da negociação coletiva em saúde do trabalhador, afora o tempo despendido no convencimento, sempre necessário, e o desgaste dos agentes provocadores, pode-se assinalar:

- a atenuação de mecanismos coercitivos, em alguns casos;
- a solução de longo prazo, mais abrangente e, portanto, menos visível, em detrimento da solução pontual e mais visível (desvantagem aparente);
- a negociação de pontos críticos;
- a sobrecarga dos agentes provocadores (Estado/sindicato) na avaliação e no acompanhamento do processo; e, finalmente
- a eventual diminuição de postos de trabalho, por exemplo, pelo reordenamento tecnológico; este aspecto, embora inadmissível para os agentes provocadores, em alguns casos, não possibilita alternativas e, por isso, é o ponto mais desvantajoso que, a nosso ver, pode ser compensado com mecanismos de incentivo.

É comum, em função dessas desvantagens, que se tenha desdobramentos da negociação, verdadeiras negociações paralelas dentro do contrato principal.

No balanço entre vantagens e desvantagens, a negociação coletiva é um processo participativo de conquista dos trabalhadores, no cotidiano das ações contratadas pelas partes, que se sobrepõe ao modelo tradicional de manuseio dos conflitos da relação trabalho/saúde.

A experiência do Rio de Janeiro demonstrou que, por estranho que pareça, as empresas são o maior obstáculo para a adoção e o aprimoramento do processo negocial, muitas vezes preferindo partir para o confronto explícito. Em parte, pela grande resistência dos setores patronais à participação do SUS na área de saúde do trabalhador, após o novo ordenamento legal para o setor.

Alegando continuarem sujeitas ao modelo tradicional de controle dos ambientes e condições de trabalho (Ministério do Trabalho e Emprego), muitas vezes inoperante, as empresas, isoladamente ou representadas pelas suas federações, até hoje tentam descaracterizar e desmoralizar o SUS na sua devida incursão pelas questões de saúde do trabalhador.

O fato demonstra que, a despeito de se buscar o processo negocial, o desencadeamento da negociação exige uma posição de força de coerção do Estado, para fazer valer a sua missão de preservação da saúde e da vida no trabalho.

De todo modo, mesmo com a resistência de várias empresas e da Federação das Indústrias do Rio de Janeiro - Firjan, a experiência do período foi extremamente positiva. A seguir são listadas algumas das principais negociações coletivas, entre acordos, termos de compromisso, termos de ajustamento de conduta e legislações, estabelecidas entre 1990 e 1997.

□ Indústria de Construção e Reparo Naval

Objetivo principal: erradicação do jateamento de areia e da silicose decorrente.

Principais agentes da negociação: Alerj, SUS estadual (PST), Consest, Feema, Fiocruz, DRT/RJ, Secretaria de Estado de Trabalho e Ação Social, Ministério Público do Trabalho, Sindicato dos Metalúrgicos, Sindicato Patronal.

□ Panamericana: indústria de cloro-soda.

Objetivo principal: reordenamento tecnológico.

Principais agentes da negociação: Alerj, SUS estadual (PST), Consest, Feema, Fiocruz, Sindicato dos Químicos.

□ Lavanderias Hospitalares

Objetivos principais: controle dos riscos, reordenamento organizacional.

Principais agentes da negociação: SUS estadual (PST), Consest, Diesat/RJ, UFRJ, Sindicatos das categorias.

□ Construção Civil de Volta Redonda

Objetivos principais: controle dos riscos, reordenamento organizacional, educação interativa.

Principais agentes da negociação: SUS estadual e municipal (PST), Consest, Secretaria de Estado de Trabalho e Ação Social, Sindicato da Construção Civil, Sindicato Patronal.

□ Casa da Moeda do Brasil

Objetivos principais: investigação de leucopenia e controle dos riscos, reordenamento tecnológico, ergonômico, organizacional.

Principais agentes da negociação: SUS estadual (PST), Concest, Fundacentro/RJ, Coppe/UFRJ, Fiocruz, Ministério Público do Trabalho, Sindicato Nacional dos Moedeiros.

- Setor Metalúrgico (Metalúrgica Barra do Piraí, Siderúrgica Barra Mansa, Thyssen Fundições, Usimeca)

Objetivos principais: levantamento e controle dos riscos, reordenamento tecnológico, ergonômico, organizacional.

Principais agentes da negociação: SUS estadual e municipal (PST), Fundacentro, Coppe/UFRJ, Sindicatos da Categoria.

- Companhia Siderúrgica Nacional

Objetivo principal: controle do benzeno e da leucopenia.

Principais agentes da negociação: SUS estadual e municipal (PST), Fiocruz, Fundacentro/SP, DRT/RJ e SP, Sindicato da Categoria, Sindicato Patronal.

- Setor Químico (Bayer do Brasil, Petroflex, Carbox, Sandoz)

Objetivo principal: controle e gestão de riscos, avaliação da terceirização.

Principais agentes da negociação: SUS estadual e municipal (PST), Fiocruz, Ministério Público do Trabalho, Sindicatos da Categoria.

- Petrobrás

Objetivo principal: gestão de riscos, avaliação da terceirização.

Principais agentes da negociação: SUS estadual (PST), Fiocruz, Coppe/UFRJ, Ministério Público do Trabalho, Sindicatos da Categoria.

Por se tratar de um processo de longo curso, muitas dessas ações foram interrompidas, por questões políticas e também operacionais, o que comprova a necessidade de se trabalhar com planos de longo curso, como aliás preconiza a Portaria 3.120/98 de vigilância em saúde do trabalhador.

Todavia, as ações, cujos resultados concretos foram evidentes, reiteram o método de se trabalhar no aprimoramento das relações institucionais, atuando na perspectiva comum de alguns princípios de base ética - controle social, intervenção participativa, transparência - e de base técnica - interdisciplinaridade, saber operário, abrangência, superação do limite normativo.

No aprimoramento de uma política de Estado que tenha a negociação como "categoria tática", ao Estado cabe responder às perguntas: que fatores, além da intervenção, podem levar a classe patronal à negociação; quais os limites da negociação; quando e quanto ceder; a quem e como cabe assessorar o processo; como exigir o cumprimento? (Oliveira, 1994).

A negociação coletiva em saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável na perspectiva de um SUS sistêmico

O Estado participante da negociação, como elemento deflagrador ou coadjuvante da deflagração, atua em dois momentos sucessivos na garantia da saúde e da vida no mundo do trabalho:

- o momento da intervenção, caracterizado pela vigilância em saúde do trabalhador, propriamente dita, e garantido pelo poder de polícia, em que são empreendidas as modificações previstas nos dispositivos legais; e

- o momento da negociação, caracterizado por uma vigilância em saúde do trabalhador amplificada, com base na contratualidade e na centralidade, e garantido pelo poder político de coerção e convencimento, em que são empreendidas as transformações mais profundas, não garantidas ou não previstas nos dispositivos legais.

Na medida de uma política de Estado em saúde que coloque o trabalho no centro da questão ambiental e do desenvolvimento, o modelo negocial haverá de buscar uma amplitude trans-setorial não experimentada, num teatro de operações que pressuponha todas as alternativas e interlocuções necessárias.

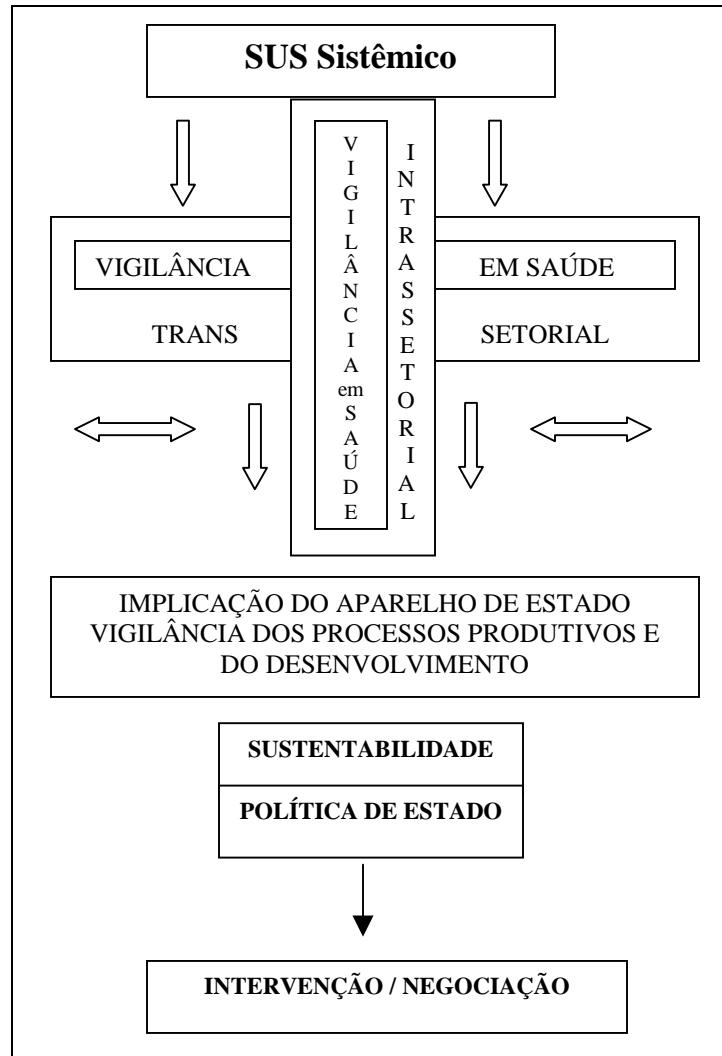
Uma possibilidade atual e aparentemente bem adequada é a sua inserção na Política Nacional de Ordenamento Territorial, em construção pelo Ministério da Integração Nacional, conforme discutimos na introdução da tese.

De todo modo, outras alternativas poderão ser viabilizadas, a partir de diretrizes nacionais de um SUS sistêmico, com adaptações nos níveis locais.

Figura 1

O SUS e a vigilância dos processos produtivos e do desenvolvimento

Intervenção e Negociação



Fonte: do autor

Afora as instâncias bem consolidadas de controle social do SUS, são escassas as iniciativas de controle da sociedade sobre o aparelho de Estado em outros setores.

O Sisnama - Sistema Nacional do Meio Ambiente², a partir do modelo Conama - Conselho Nacional de Saúde e Meio Ambiente³ estimula a criação de conselhos estaduais e municipais de meio ambiente. Em 2002, 1.895 (34%) dos municípios tinham conselhos municipais de meio ambiente. Desses, 1.451 (26%) tinham conselho ativo (IBGE, 2002).

O Conama conta com uma câmara técnica de Saúde, Saneamento Ambiental e Gestão de Resíduos, mas não há previsão de interlocução entre os conselhos de saúde e os demais conselhos de meio ambiente.

O Ministério da Previdência Social, do mesmo modo, conta com conselhos de previdência social, junto às suas gerências executivas⁴, hoje em número de 96. Não existe vinculação territorial a estados ou municípios e também não há previsão de interlocução entre os conselhos de saúde e de previdência social.

A existência de outros conselhos, com interesse direto ou indireto na questão da saúde e do desenvolvimento como os estaduais de educação, os da criança, os da assistência social representam hoje um grande desafio: a capacidade política e criativa de articular gestões participativas distintas, em que tantas vezes as mesmas instâncias representativas se reproduzem em cada uma delas para debater problemas muitas vezes comuns a todas.

Nilson Rosário Costa em aula proferida na Ensp (2004) assinalava que se os cidadãos fossem participar de todas instâncias de controle social de seu interesse, não sobraria tempo para outras atividades, tão profusas são essas instâncias. Falando da necessidade de se usufruir de um "*ócio cívico*", Nilson deixava entrever a necessidade de se repensar as distintas modalidades de controle social, suas articulações e seus mecanismos de participação.

De fato, se pensamos na perspectiva trans-setorial da política de Estado, um desafio adicional é o de conferir empoderamento ao controle social sem que ele reproduza a estrutura fragmentada do aparelho de Estado e das políticas públicas. A dispersão das instâncias, cujos objetos de interesse da sociedade se tangenciam permanentemente, a longo prazo enfraquecerá o controle social, se não forem otimizadas e muito bem articuladas entre si. Humberto Jacques (*apud* Brasil, 2006d) também nos fala disso, quando assinala que o controle social no SUS carece de maior interlocução com outros movimentos sociais.

Nesse sentido, sem se valer de uma prepotência estrutural do SUS, tendo em vista sua capacidade já instalada de controle social, o desafio pode ser enfrentado com a sua ampliação, abrangendo outras esferas de representação social, cujas interfaces com a saúde são tão evidentes: meio ambiente, previdência, criança, assistência social,

alimentação e fome. Mesmo questões aparentemente mais distantes poderiam estar mais próximas, ao menos nos aspectos que dizem respeito diretamente à saúde, caso da educação, segurança pública, violência, trânsito, ocupação urbana, migração etc.

A engenharia dessa reconstrução é polêmica, mas se impõe pelo risco de perdermos a sociedade interlocutora das políticas públicas, em virtude da sua dispersão por vários focos.

No próximo capítulo vamos analisar algumas variáveis de aplicação das políticas de intervenção, negociação e incentivo que podem apontar para novos caminhos.

Notas

1 - Não há informações oficiais disponíveis sobre ações regressivas, exceto no Estado do Amazonas, em alguns *sites* da Internet. Em seminário realizado em Brasília, na Câmara dos Deputados, em 2004, procuradores do Ministério Público informaram que desde 1991, advento da lei previdenciária até aquela data, não chegava a uma centena o número de ações regressivas no Brasil, a maioria em Minas Gerais.

2 - O Sistema Nacional do Meio Ambiente - Sisnama, foi instituído pela Lei 6.938, de 31 de agosto de 1981, regulamentada pelo Decreto 99.274, de 06 de junho de 1990, sendo constituído pelos órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e pelas Fundações instituídas pelo Poder Público, responsáveis pela proteção e melhoria da qualidade ambiental, e tem a seguinte estrutura:

Órgão Superior: O Conselho de Governo

Órgão Consultivo e Deliberativo: O Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama

Órgão Central: O Ministério do Meio Ambiente - MMA

Órgão Executor: O Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - Ibama

Órgãos Seccionais: os órgãos ou entidades estaduais responsáveis pela execução de programas, projetos e pelo controle e fiscalização de atividades capazes de provocar a degradação ambiental;

Órgãos Locais: os órgãos ou entidades municipais, responsáveis pelo controle e fiscalização dessas atividades, nas suas respectivas jurisdições;

Disponível em <<http://www.mma.gov.br/port/conama/estr1.cfm>> Acesso em 06/12/2006.

3 - O Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, órgão consultivo e deliberativo do Sistema Nacional do Meio Ambiente - Sisnama, foi instituído pela Lei 6.938/81, que dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, regulamentada pelo Decreto 99.274/90.

O Conama é composto por Plenário, Cipam (Comitê de Integração de Políticas Ambientais), Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho e Grupos Assessores. Disponível em

<<http://www.mma.gov.br/port/conama/estr.cfm>> Acesso em 06/12/2006.

Conselhos de Meio Ambiente do Brasil: Disponível em

<<http://www.mma.gov.br/port/conama/conselhos/conselhos.cfm>> Acesso em 06/12/2006.

4 - Conselhos de Previdência Social - Por força do Decreto nº 4.874, de 11/11/2003 foram criados os Conselhos de Previdência Social - CPS, unidades descentralizadas do Conselho Nacional de Previdência Social - CNPS. São canais de diálogo social que funcionam no âmbito das Gerências Executivas e das Superintendências do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Têm por objetivo, assim como o CNPS, apresentar propostas para melhorar a gestão e a política previdenciárias. São instâncias colegiadas e têm caráter consultivo e de assessoramento, podendo encaminhar propostas para serem deliberadas no âmbito do CNPS. Disponível em <http://www.mpas.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_12_05-B.asp> Acesso em 06/12/2006.

Capítulo 9

Exercitando a diversidade de caminhos - algumas variáveis negociais, de controle e de incentivo da política de Estado para um SUS sistêmico participante

Liberdade é uma palavra que o sonho humano alimenta, que não há ninguém que explique e ninguém que não entenda. Cecília Meireles (*in* Furtado, 1989).

Caminhos

Quando o general Leônidas, no desfiladeiro das Termópilas, com seus 300 soldados espartanos, recebeu a notícia de que o inimigo persa tinha milhares de soldados e que suas flechas cobririam o sol, respondeu o guerreiro: "*Tanto melhor, combateremos à sombra.*"¹

Para combater a hegemonia do capital em busca da saúde no trabalho, da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável somente combatendo à sombra. Mas, como?

Uma das respostas a essa pergunta é óbvia: utilizando suas próprias armas. O incentivo do Estado para o desenvolvimento do setor produtivo é uma dessas armas.

A questão do incentivo, em si, não é o problema, na medida do contexto capitalista global em que nos encontramos, onde o Estado, em si mesmo, personifica o próprio incentivo para o crescimento do capital global e do trabalho global (Robinson, 1998), no contexto de um mercado global, em que os grupos hegemônicos na condução das políticas de produção e desenvolvimento são favorecidos por novos Estados Transnacionais, utilizando o termo de Robinson (*idem ibidem*).

O problema é o preço pago para um crescimento predatório no contexto de um autoritarismo global do mercado, em que a saúde humana e dos ecossistemas entra como moeda de valor irrisório nas transações, tendo o "trabalho global" igualmente predatório e com um valor cada vez mais irrisório nas transações de mercado. E, a este preço, que contrapartidas podem entrar em cena?

No que vimos até agora, o *decision making* de uma política de Estado que se proponha à preservação da vida e defesa da saúde, é uma contrapartida factível e ética. Transformar o primado da defesa da saúde numa política pública palatável ao poder econômico e plausível ao Estado é uma convocação a quantos crêem que lutar à sombra pode ser uma boa luta.

Combinar critérios economicistas com o nosso idealismo utópico-sanitário pode parecer uma heresia. Talvez seja, mas nossas flechas, além de poucas, não têm sido certas. O que fazer? O Brasil é um dos países em que a carga tributária, tanto para o cidadão comum quanto para o setor produtivo, é das maiores do mundo, e tendente ao crescimento.

Enquanto que a carga tributária em relação ao PIB total cresceu 8,9 pontos percentuais de 1995 a 2005, passando de 28,92% para 37,82%, a carga tributária sobre o mercado interno brasileiro passou de **30% para 40,65%** no mesmo período, ou seja, um crescimento de 10,65 pontos percentuais. [...] O Brasil tem a carga tributária maior do que 13 países (dos 16) que compõem as maiores economias mundiais. Somente França e Itália têm cargas tributárias maiores do que a brasileira (IBPT, 2006:5-6) (grifo no original).

E a um custo tributário não correspondido em termos dos serviços estatais prestados como contrapartida, ao contrário das citadas França e Itália, em que os serviços públicos típicos das políticas estatais são sabidamente superiores em abrangência e qualidade.

Nesse contexto, a par das infundáveis discussões de redução da carga tributária, a sua concessão, a partir de contrapartidas que direta e indiretamente diminuam a necessidade de investimentos do Estado, não é cogitada como política do Estado brasileiro, introjetada nos seus planos e ações. Não se tem notícia de quaisquer aproximações de cálculo entre um custo Brasil versus receita tributária, no tocante a gastos com doença e mortes decorrentes do trabalho, "benefícios" previdenciários, danos ambientais, ações judiciais (trabalhistas e ambientais), milhões de horas-homem perdidas, reposição tecnológica, resseguros, recuperação de danos das mais diversas ordens, utilização de mega-intervenções repressoras e de controle etc. No limite mínimo do planejamento, esses custos crescentes justificam o incremento da carga tributária, ocasionando uma ciranda sem fim, em que a exigência do Estado recai no ônus financeiro da sociedade e, não, na mudança de seu comportamento em relação à saúde, ao trabalho e à sustentabilidade. Caso a se pensar.

A indicação de se trabalhar com ambientes saudáveis, em que a configuração de espaços saudáveis, incluídos os de trabalho, é a tônica no marco da promoção da saúde, possibilita a criação de iniciativas controle-estímulo, em que o aprimoramento das

informações e intervenções (controle) seria a contrapartida para a negociação e o incentivo (estímulo).

A partir de iniciativas do Estado, utilizando mecanismos de controle - compulsórios (informações e intervenções), voluntários (negociados e/ou estimulados) ou resultantes da combinação entre eles - no presente capítulo vamos analisar alguns mecanismos de controle-estímulo, especialmente as suas possibilidades e decorrências.

Alguns mecanismos de controle-estímulo, do tipo informação e incentivo, já estão estabelecidos e são subutilizados. É o caso do Seguro Acidente de Trabalho - SAT, regido pela regra previdenciária. Alguns estão engavetados há anos, caso da Lei nº 8.661/93, de incentivos para a modernização tecnológica, recentemente revogada pela Lei nº 11.196/05, que mantém seu espírito original. Alguns foram propostos, mas não foram implementados, caso do projeto Empresa Saudável do Ministério da Saúde/Opas. Outros incentivam pela possibilidade de punição pecuniária, caso do princípio poluidor-pagador, especialmente invocado na esfera judicial. Outros, vinculados à tributação empresarial, a procedimentos licitatórios e a critérios de empréstimo do BNDES, podem ser acionados. Na verdade, em todas as situações de relação, em que existam mecanismos de compra, venda, troca ou oferta de serviços, entre o Estado e a sociedade produtiva, há uma capacidade potencial de modificação e aprimoramento da relação, com base na linha controle-estímulo, favorável a exigências de contrapartida da parte favorecida. É o que vamos tentar analisar.

O Seguro Acidente de Trabalho

O seguro de acidente de trabalho - SAT, como diz o seu nome de origem, refere-se ao fato consumado do acidente e doença relacionada ao trabalho, conforme o enunciado da lei previdenciária original (Brasil, 2006h). Posteriormente, o termo foi modificado:

A Lei nº 9.732/98 em busca da melhor definição e de adequá-la à legislação, terminologia e aos procedimentos do INSS, substituiu a denominação de Seguro Acidente do Trabalho - SAT por benefício concedido em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho (Anfip, 2004) (grifei).

Pela sua própria natureza, o seguro refere-se ao pós-fato, ao fato ocorrido, ao dano consumado. Todavia, um mecanismo segurador inteligente seria aquele que investisse na prevenção do dano, na perspectiva do duplo ganho, propiciando:

- o ganho do segurado, com a diminuição do custo (prêmio) progressivo do seguro, decorrente do menor custo da indenização; e
- o ganho do segurador, com a diminuição do menor custo da indenização, decorrente da prevenção do dano pelo segurado.

Nesse sentido, a lei nº 10.666, de 08/05/2003, flexibilizou as alíquotas de financiamento dos benefícios acidentários, com variação de redução de até a metade do prêmio até o seu aumento em dobro, de acordo com os índices de frequência, gravidade e custos dos acidentes de trabalho decorrentes do trabalho (Anfip, 2004). Parece, ainda, muito pouco. Existe um enorme vazio de possibilidades nesse campo.

Há muitos anos, vimos participando de discussões, no âmbito da Previdência Social, sobre a remodelagem do SAT, do ponto de vista dos incentivos ao segurado, com vistas ao controle dos riscos e diminuição/eliminação dos eventos. Em 1995, numa dessas discussões, apresentamos uma proposta nesse sentido, ora retomada no sentido de atualizá-la e adequá-la aos propósitos desta tese.

A isso que se pode chamar de modelo de atenção previdenciária à saúde do trabalhador, via mecanismo do seguro, como ponto de partida para nossas reflexões é preciso considerar que o atual modelo não contempla o que chamamos de pontos fundamentais do que seria um modelo de atenção voltado à prevenção dos danos, quais sejam:

- o desenvolvimento de um sistema de informações pré-fato acidentário; e
- o desenvolvimento de uma política prevencionista ostensiva e radical (Vasconcellos, 1995b).

O sistema de informações de que se vale a previdência para a taxaço dos graus de risco, o sistema CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, já deu mostras de sua incapacidade de gerar conhecimentos epidemiológicos.

Embora a CAT tenha um valor reconhecidamente importante como fonte de informação do evento acidentário e, por isso, não deve ser desprezada, sua abrangência estrita sobre o mercado formal do trabalho e o enorme grau de subnotificação (Conceição

et al, 2003; Cordeiro *et al*, 2005) restringem seu valor, em se tratando de uma política de Estado em saúde mais abrangente sobre os processos produtivos.

Isso aponta a precariedade das informações sobre acidentes do trabalho no Brasil, e a conseqüente dificuldade em formular políticas públicas de prevenção desses agravos. Além de cobrir apenas 25% da força de trabalho, o sistema de informação no Brasil é baseado em uma lógica seguradora, que busca a indenização do dano, negligenciando o conhecimento da causalidade do acidente. Obviamente, tal enfoque é inadequado para a promoção de ações preventivas. Há que se construir um sistema de informação sobre a saúde dos trabalhadores brasileiros que contemple pessoal, material e métodos capacitados para o reconhecimento, armazenamento, análise e difusão de informações necessárias para apoiar a formulação de políticas públicas de prevenção de acidentes e promoção da saúde dos trabalhadores. Existem condições técnicas e científicas suficientes para tanto. Trata-se de uma questão política construir esse sistema (Cordeiro *et al*, 2005:259).

A sonogação alarmante do registro CAT não retira da previdência social o ônus com esses acidentados/doentes, pois eles acabam sendo custeados pelo seguro não acidentário. É muito comum, inclusive, por parte de trabalhadores segurados, a solicitação de mudança de regime beneficiário comum para acidentário, em função desse fato (Vasconcellos, 1995b).

A edição recente da Medida Provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006, que estabelece o nexó técnico epidemiológico presume a incapacidade de causa acidentária quando o nexó for estabelecido (Brasil, 2006i). A medida, já aprovada no Congresso Nacional para conversão em lei, gera uma expectativa de incremento da notificação da doença relacionada ao trabalho, evitando a inclusão do segurado no regime não acidentário (Oliveira, 2005). Entretanto, somente após sua regulamentação a medida passará pelo crivo das práticas, quando se terá a oportunidade de observar sua eficácia.

Finalmente, outro grande problema da CAT, enquanto fonte de informação do evento acidentário já ocorrido, gerando um número estatístico frio para propiciar o pagamento do benefício acidentário, é que a sua emissão em nada contribui para o desencadeamento de mecanismos suspensivos da causalidade acidentária.

Portanto, uma revisão do sistema CAT passa pela capacidade dela se tornar um instrumento fidedigno de informação, com ampliação de sua abrangência como instrumento de vigilância epidemiológica. Para isso, a mudança de enfoque da CAT precisaria passar por uma profunda revisão das relações institucionais entre o órgão previdenciário e o SUS, especialmente no nível municipal.

Além disso, entendendo o caráter de registro pós-fato acidentário da CAT, em que a situação já consumada, e subdimensionada, pouco ou nada contribui para a mudança de perfis produtivos causadores de dano à saúde, cabe pensar em sistemas capazes de gerar informações de situações pré-fato acidentário, caso da Depro, que veremos mais adiante.

A revisão do papel da previdência social como instância de seguro, nesse contexto, deve "*buscar desenvolver um modelo de seguro de acidentes mais completo no sentido da cobertura, eficiente na sua prevenção e reabilitação e com política de prevenção, educação e fiscalização rigorosa por parte do governo para que o número de acidentes no Brasil possa cair drasticamente*" (Anfip, 2004). Sintonizada com a política de Estado aqui debatida, uma revisão do seguro poderia incluir como medidas a serem avaliadas:

- a mudança do modelo fiscal, na perspectiva trans-setorial, com a sua inclusão como parte, especialmente apta a estabelecer o nexo causal, em ações de alta complexidade (capítulo 7) e em negociações coletivas (capítulo 8);

- a obrigatoriedade das empresas em elaborar o Perfil Profissiográfico Profissional², cuja alçada de avaliação é da própria previdência social, agrega um fator de qualificação ao modelo fiscal e justifica a inclusão de auditores previdenciários na ação fiscal desenvolvida por um novo modelo;

- a instalação de mecanismos ampliados de controle social dos processos produtivos, inter-articulando instâncias da sociedade ao controle social do SUS no acompanhamento da mudança do modelo;

- o aprimoramento das formas de estabelecimento de nexo causal, especialmente nos casos de doença ocupacional, otimizando a educação permanente dos peritos previdenciários, em conjunto com os CRST/Renast e as universidades locais;

- a regulamentação e criação de dispositivos auditores para a aplicação das ações regressivas, praticamente tidas como letra morta da Lei nº 8.213/91 (art.120);

- a criação de uma certificação de qualidade de vida no trabalho, articulada ao SAT, similar ao proposto nas séries ISO - International Organization for Standardization, como analisaremos adiante neste capítulo (Vasconcellos, 1995b; Oliveira e Vasconcellos, 2001);

□ a superação da histórica dificuldade de diálogo e articulação entre os sistemas inteligentes da informação de interesse da saúde, tais como os sistemas CAT, CNAE, Sinan, SIM, SIAB etc. e, finalmente,

□ a transposição da gestão do SUS, inter-articulando o planejamento previdenciário relacionado aos eventos acidentários com o planejamento epidemiológico local e nacional.

A Depro - Declaração das Empresas quanto ao Processo de Produção relacionado às Questões de Saúde e Meio Ambiente

No início da década de 1990, o Programa de Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, desenvolveu e utilizou um instrumento de informação, aplicado às empresas sob vigilância.

O instrumento, denominado Depro - Declaração das Empresas quanto ao Processo de Produção relacionado às Questões de Saúde e Meio Ambiente, é capaz de retratar o perfil produtivo em sua relação com a saúde dos trabalhadores e o meio ambiente, fornecendo uma miríade de informações (Oliveira *et al*, 1991). À época, o instrumento foi proposto como projeto de lei à Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, sendo aprovado e posteriormente vetado pelo governador Marcelo Alencar (Projeto de Lei-Alerj nº 724/91).

Conhecendo-se os mecanismos gerenciais dos riscos nas empresas e cruzando-se informações diversas sobre saúde e segurança é possível avaliar, com bastante precisão, a capacidade potencial de geração de eventos acidentários.

A Depro, cujo preenchimento, à semelhança do imposto de renda, é de responsabilidade da própria empresa, reveste-se de extrema atualidade e pode se tornar uma poderosa ferramenta de política pública voltada para as questões de saúde, na relação com o trabalho, o consumo, o meio ambiente e o desenvolvimento local e nacional, desde que aplicado nacionalmente.

Sua versão original carece de adaptações de modo a sistematizar os inúmeros dados que contém, mas pode servir como ponto de partida para a produção de informações nos distintos setores produtivos, inclusive de setores não sujeitos à legislação previdenciária.

O mérito do instrumento é abrir informações nunca trazidas pelos instrumentos comuns, inclusive fiscais, e se constituir em acervo de considerável potencial analítico pelo poder público sem a necessidade de realização de inspeção para obtê-las.

A proposta de sua elaboração guarda semelhança com a declaração de ajuste da receita federal, cuja periodicidade seria estabelecida em função de critérios ordenados pela autoridade sanitária. Por exemplo, a declaração poderia ser atualizada (ajuste) toda a vez que houvesse redução da empregabilidade, mudança tecnológica, aumento do número de ocorrências, adição de processos de trabalho ou por solicitação do sindicato da categoria de trabalhadores, entre outros critérios. O documento, obrigatório, não se confunde ao ato fiscal e, antes, subsidia-o no planejamento da ação, quando for o caso.

Do mesmo modo que a declaração de imposto de renda, a transferência da responsabilidade das informações ao declarante vincula sua operacionalização a mecanismos amostrais de maior eficácia fiscal.

É enorme sua capacidade potencial de servir como instrumento de informações de uma VPP - Vigilância dos Processos Produtivos (capítulo 7), agregando informações de vigilância em saúde do trabalhador (sanitária e epidemiológica), ambiental, de promoção da saúde e outras informações relacionadas ao desenvolvimento sustentável local. É um instrumento que poderia ser aplicado pelo SUS, na perspectiva de uma 3ª Renast (ampliada).

Ainda, a Depro se situa muito apropriadamente na parte controle para a configuração de ambientes de trabalho saudáveis, podendo servir como um dos parâmetros de partida para a certificação (incentivo) de espaços de trabalho saudáveis.

O Projeto Empresa Saudável

No ano de 1999, o Ministério da Saúde e a Opas demandaram à Cosat - Área Técnica de Saúde do Trabalhador, a elaboração de um projeto de certificação de empresas que viessem a promover políticas de saúde consideradas saudáveis, na perspectiva da promoção da saúde e da configuração de espaços saudáveis.

O projeto foi elaborado pela equipe técnica da Cosat, assessorada pelos consultores Luiz Sérgio Brandão de Oliveira e Valéria Ramos Soares Pinto, e foi

concluído em sua 1ª versão, no ano 2000, para apresentação à Opas e à Secretaria de Políticas de Saúde/MS (Ministério da Saúde, 2000).

À mesma época o Sesi - Serviço Social da Indústria, vinha trabalhando num projeto similar (Sesi, s/d; CNI-Sesi, s/d; CNI-Sesi, 1999), que foi apresentado ao Ministério da Saúde, para avaliação e eventual apoio. O fato levou a SPS a solicitar que a equipe técnica do ministério, junto com a equipe do Sesi, examinasse uma eventual fusão dos dois projetos. Dificuldades de agenda, encaminhamentos e, principalmente, divergências na concepção do modelo acarretaram problemas na tramitação do projeto, que não foi retomado com a mudança das gerências ocorridas pouco tempo depois. A dificuldade de aceitação do projeto/MS, por parte da equipe do Sesi, era previsível, porquanto o nível de exigência para a certificação pelo Ministério da Saúde era baseado numa série de critérios não usuais e não levados em conta pelos estabelecimentos de trabalho, especialmente os industriais, foco principal do projeto.

De qualquer modo, em se tratando de política de Estado, cuja posição de coerção e convencimento, especialmente na situação de conferir incentivos, deve buscar contrapartidas de relevância para a política pública em saúde, o projeto Empresa Saudável continua sendo uma alternativa viável na linha controle-estímulo.

O **Projeto Empresa Saudável** tem como eixo norteador o estímulo à qualidade de estruturação, organização, funcionamento e produção das empresas que reflitam diretamente sobre a promoção da saúde da população, com base em certificação graduada e progressiva, segundo o cumprimento de protocolos de performance, decorrendo desta uma série de incentivos correspondentes à certificação conferida (Ministério da Saúde, 2000b:2) (grifo no original).

O projeto tinha uma direção bastante objetiva no sentido de colocar suas diretrizes e planos de ação de saúde no trabalho na rota do desenvolvimento sustentável, prevendo a necessidade das empresas, já àquela altura no ano 2000, de pensarem políticas de saúde do trabalhador em consonância com a modernidade do desenvolvimento produtivo.

Assim se apresentavam os marcos referenciais do projeto:

- 1 - Caracterização da Empresa Saudável como aquela inserida no contexto do desenvolvimento sustentável e identificada com a promoção da saúde em pelo menos 4 grandes vertentes:
 - 1.1 - Relações saúde-trabalho;
 - 1.2 - Relações saúde-meio ambiente;
 - 1.3 - Relações saúde-consumo; e
 - 1.4 - Relações sociais de produção (Ministério da Saúde, 2000b:3).

Cada uma das vertentes dizia respeito ao desempenho da empresa certificável, na medida da melhor qualificação possível, em relação: ao controle e eliminação dos riscos dos processos e ambientes de trabalho (vertente 1); à preservação ambiental (vertente 2); ao produto ou bem disponibilizado para consumo ou serviço prestado à população (vertente 3); e à vertente 4: "*ética das relações intra e extraempresariais com os trabalhadores, os sindicatos, os consumidores e as comunidades locais, da promoção da cidadania dos trabalhadores e do desenvolvimento de mecanismos de relações sociais e comunitárias*" (Ministério da Saúde, 2000b:3).

Além disso, o projeto incitava as empresas a exercer um novo papel no contexto da sociedade local. "*Em todos os casos depende-se a inserção da Empresa Saudável no contexto político local na execução de projetos que traduzam a função social da empresa no desenvolvimento socioeconômico de seu território de abrangência*" (idem *ibidem*).

A certificação propunha-se a ter um caráter progressivo e se fundamentava em dois critérios para ser concedida: requisitos obrigatórios ou práticas exigíveis e requisitos opcionais ou práticas recomendáveis.

Contudo, ambos os requisitos para a certificação exigiam como ponto de partida, variáveis em função do porte da empresa: o cumprimento dos contingentes normativos; a gestão para a certificação integrando as 4 vertentes; princípio da melhoria contínua; a adoção de comportamentos de gestão de caráter preventivista; a integração com o nível político local para o desenvolvimento sustentável local; a modernização tecnológica sem queda da empregabilidade e o apoio a iniciativas políticas de garantia e aumento da empregabilidade; o relacionamento sistemático com instâncias locais socialmente representativas e com o(s) sindicato(s) da categoria; a valorização do elemento humano no processo de produção com o desenvolvimento de práticas educativas sistemáticas; apoio a iniciativas políticas de substituição da informalidade no trabalho (Oliveira *et al*, 2000; Oliveira e Pinto, 2000). E, cada uma dessas variáveis vinha acompanhada dos protocolos mínimos do *modus faciendi*.

Os protocolos, variáveis segundo o porte da empresa e o grau de certificação, baseavam-se em várias linhas de comportamento gerencial preventivista (Pinto, 2000) e o conjunto de critérios de exigência buscava contemplar as tendências reflexivas sobre espaços saudáveis e suas variáveis (Alves, 2000; Freitas, 2000; Terra, 2000; Valência,

2000). Além disso, o projeto se identifica com os chamados sistemas integrados de gestão (Hypolito e Pamplona, 1999) aplicados à saúde (Tor, 2006) que analisaremos mais adiante.

Dentre os principais incentivos propostos no projeto, estabelecidos de acordo com um dos 3 graus de certificação, destacamos:

- a certificação de Empresa Saudável pelo MS, de per si, como *upgrade* do *status* empresarial, com valorização da imagem;
- o estabelecimento de parcerias entre o MS e instâncias certificadoras de qualidade empresarial, com pontuação adicional aos mecanismos certificadores existentes;
- incentivos fiscais para a capacitação tecnológica, nos termos da Lei nº 8.661, de 02/06/93 [esta lei foi revogada pela Lei nº 11.196, de 21/11/2005];
- linhas de crédito especial junto ao BNDES e outras agências;
- utilização da certificação para redução de prêmios do SAT;
- exigência de certificação para participação em processos licitatórios junto ao setor público;
- instituição de Prêmio Nacional Empresa Saudável (Ministério da Saúde, 2000b; Oliveira *et al*, 200; Oliveira e Pinto, 2000).

A interrupção do processo de discussão do projeto, no âmbito do Ministério da Saúde, acabou por impedir o aprimoramento de sua concepção original, com a ampliação do debate para a sociedade, as outras instâncias de governo³ e o parlamento.

No entanto, a proposta está viva e me parece uma boa estratégia para travar o bom combate com o capital, ainda que seja à sombra das flechas.

O BNDES como foco estratégico

O Decreto nº 4.418, de 11 de outubro de 2002, que aprova o novo estatuto social do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, como empresa pública, estabelece alguns pontos de interesse estratégico para a nossa discussão.

Vinculado ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, e sujeito à sua supervisão, o BNDES, segundo o decreto citado "*é o principal instrumento de execução da política de investimento do Governo Federal e tem por objetivo*

primordial apoiar programas, projetos, obras e serviços que se relacionem com o desenvolvimento econômico e social do País" (artigo 3).

Dentre os seus objetivos sociais, assinala-se a expansão de serviços de saúde, educação e assistência social, com a manutenção de postos de trabalho, associada ao desenvolvimento, reduzindo as desigualdades regionais, através de projetos estruturantes, de arranjos produtivos locais e incentivando projetos e atividades de natureza social, que os tornem paradigmáticos para outras instituições e que possam vir a se tornar políticas públicas (BNDES, 2006) (grifei).

Observamos que seus objetivos bem se ajustam ao que vimos discutindo, ao longo da tese, como a política de Estado aplicada às relações saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável. O desafio que se impõe, mais uma vez, ao SUS na perspectiva sistêmica é desvincular-se da compreensão que se tem e, por certo, essa é a visão do BNDES, de que a expansão de serviços de saúde se trata apenas de ampliar a cesta de serviços assistenciais e hospitalares.

Tendo em conta que a missão do BNDES é promover o desenvolvimento do País, sua capacidade potencial de se transformar em parceiro estratégico do SUS sistêmico é considerável.

Por exemplo, na questão ambiental, o banco tem uma linha extensiva de apoio e incremento, em que a saúde, via SUS, parece estar totalmente alijada do processo de investimentos.

Partindo da premissa da preservação, conservação e recuperação do meio ambiente como condições essenciais para a humanidade, o banco assume a observância de princípios ético-ambientais na concessão de crédito e entende que investimentos para o melhor desempenho ambiental das atividades produtivas e de infra-estrutura são indutores do desenvolvimento econômico e social (BNDES, 2006). Assim, entre suas diretrizes na área ambiental, sintetizamos algumas:

- promoção da ecoeficiência / incentivo à utilização de tecnologias limpas / aumento da eficiência energética / uso de recursos renováveis / prevenção e controle de poluição / redução de rejeitos / recuperação de recursos naturais / reciclagem de materiais / melhoria do ordenamento urbano;

□ *"incentivo à implementação de produtos e processos ambientalmente mais adequados e à adoção de sistemas de gestão ambiental por toda a cadeia produtiva, incluindo grandes empresas e seus fornecedores";*

□ análise ambiental de projetos (BNDES, 2006).

Para dar conseqüência a essa linha de incentivos, o BNDES instituiu um GT Ambiente, como fórum permanente de discussão de assuntos correlatos, com a atribuição de formular e acompanhar a sua política ambiental.

O BNDES aguarda a sua vez e hora de fazer a sua parte no âmbito de uma política trans-setorial de um SUS sistêmico.

Nota sobre as leis - força e fraqueza

A Lei nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, que dispõe sobre incentivos fiscais para a inovação tecnológica, entre outras medidas, revogou uma lei similar de 1993 (Lei nº 8.661), da qual não se tem notícia sobre sua utilização. O regulamento da atual lei é dado pelo Decreto nº 5.798, de 7 de junho de 2006, aplicado tanto às medidas de inovação tecnológica quanto às atividades de pesquisa tecnológica.

Nenhuma das medidas propostas na lei e no decreto faz menção à questão da saúde no trabalho e meio ambiente como requisito para a obtenção dos incentivos.

É preocupante a inépcia (ou omissão) do legislador ao oferecer incentivos do governo, sem contrapartidas para avançar nas relações sociais de produção e, a partir desses mecanismos, estabelecer novos contratos sociais de convívio que avancem na esfera dos direitos do cidadão. O fato é preocupante, especialmente, por se tratar de inovação tecnológica que se aplica diretamente ao mundo do trabalho e da produção, relaciona-se intimamente com a saúde e o meio ambiente e influi decisivamente na empregabilidade.

No caso específico da saúde que ora discutimos, esse modelo de legislação reflete a baixa capacidade de pressão social e do poder executivo do setor saúde sobre o parlamento, no sentido de garantir conquistas, nas contrapartidas que a lei poderia exigir.

A Lei nº 11.196/05, por exemplo, poderia vincular os incentivos à apresentação de planos e programas de saúde do trabalhador e saúde ambiental, na medida da implantação da inovação tecnológica. Poderia, ainda, vincular os incentivos à garantia do nível de

empregabilidade, associada à inovação tecnológica. Ou, poderia, também oferecer incentivos adicionais às inovações tecnológicas que contribuam para a melhoria dos níveis de saúde, meio ambiente e emprego, por exemplo, comprovados mediante a utilização de séries históricas de indicadores na vigência dos contratos de incentivo.

Mesmo em outras situações, como nos casos de legislações em que não há o mecanismo de incentivo, o Estado deveria se ater mais atentamente às conseqüências de sua aplicação sobre a saúde. Por exemplo, no Rio de Janeiro, a Lei estadual nº 4.223/03 - lei da fila dos bancos - é um bom exemplo para nossa reflexão.

Enfrentar filas em bancos é uma daquelas tarefas de rotina que todo mundo tenta evitar. Mas qual é o tempo médio de espera numa agência? O JORNAL DA ALERJ resolveu encarar o desafio e, nos dias 1º e 5 de março, verificou o tempo médio de permanência nas filas de seis grandes instituições financeiras no estado. Cinco delas levaram mais de 20 minutos para atender nossa equipe, infringindo a Lei 4.223/03, de autoria do deputado Carlos Minc (PT), que estipula esse tempo como limite máximo para atendimento nas agências bancárias, em dias normais (Mendes, 2004:1).

A partir do descumprimento noticiado, a Febraban manifestou-se alegando que o estado não tinha poder de legislar, já que os bancos estão submetidos à regulação do Conselho Monetário Nacional e ao Banco Central (Mendes, 2004:4).

Na mesma semana da notícia, no dia 31/3/2004, 16 agências bancárias foram autuadas pelo Procon e pela Promotoria de Defesa do Consumidor do Ministério Público⁴.

Com a evolução do processo de litígio, no dia 13 de dezembro de 2006, *O Globo* noticiou: "A Justiça Federal determinou a 20 bancos que cumpram a legislação que limita o tempo de espera dos usuários nas filas das agências no Rio de Janeiro. A decisão se refere à liminar obtida numa ação civil pública dos Ministérios Públicos Federal e do Estado do Rio de Janeiro" (Sampaio, 2006:30).

Dessa feita, a Febraban afirmou que tem proposto medidas como, por exemplo, "*o curso de gestão de tempo de atendimento, para funcionários de bancos, em diversos municípios*" (idem *ibidem*).

Bem, temos aí a ocorrência de alguns fenômenos de interesse para pensarmos a política de Estado. Primeiro, a confissão de viva voz do setor bancário de que vai transferir o problema para os funcionários, aprimorando-os para uma melhor "*gestão do tempo de atendimento*". Não há qualquer dúvida de que esse procedimento levará a uma

sobrecarga adicional aos trabalhadores, refletindo diretamente na sua saúde, hoje bem estudada e considerada um verdadeiro massacre (Netz e Mendes, 2006).

Segundo, a lei deixa à mostra a incapacidade do Estado em pressionar o setor bancário para aumentar o número de efetivos (trabalhadores), em atendimento a uma demanda legal que exige para o seu cumprimento exatamente o aumento dos efetivos.

Terceiro, a dissintonia entre a lei que confere um direito ao cidadão e a mesma lei que retira um direito ao trabalhador, na medida da não previsão dos problemas decorrentes de sua aplicabilidade.

Parece que estamos diante do dilema colocado por Boaventura Santos (2002), no contexto da globalização, em que o Estado forte é exigido para garantir sua fraqueza.

Quando Montesquieu (1996) pensava que leis inúteis enfraquecem as necessárias, não imaginava que, ao sabor da dialética, as necessárias se enfraquecem em si mesmo pelos seus dispositivos inúteis, ou pela falta de dispositivos úteis.

A incapacidade do Estado, por meio de seu aparelho da justiça, em dialogar com o setor saúde, é um dos fatores de essência na dificuldade de transposição da gestão do SUS, na busca de uma identidade sistêmica que possibilite a política de Estado trans-setorial.

Nesse contexto, a aproximação do campo de construção do conhecimento do direito com o da saúde é uma iniciativa que busca ultrapassar o limite acadêmico da reflexão teórica para alcançar a cena política.

Essa aproximação vem sendo debatida (Oliveira e Vasconcellos, 2005) e a criação de uma linha de pesquisa Direito, Saúde e Cidadania na Ensp/Fiocruz em 2006 reafirma essa tendência do debate.

Noutras legislações em que se poderia invocar o papel do Estado como instância provedora responsável pelo bem público, mal se arranha alguma aproximação com essa característica.

A Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, que estabelece normas sobre licitações e contratos administrativos, timidamente se manifesta:

Art. 12. Nos projetos básicos e projetos executivos de obras e serviços serão considerados principalmente os seguintes requisitos: (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 1994)

I - segurança;

II - funcionalidade e adequação ao interesse público;

- III - economia na execução, conservação e operação;
- IV - possibilidade de emprego de mão-de-obra, materiais, tecnologia e matérias-primas existentes no local para execução, conservação e operação;
- V - facilidade na execução, conservação e operação, sem prejuízo da durabilidade da obra ou do serviço;
- ~~VI - adoção das normas técnicas adequadas;~~
- VI - adoção das normas técnicas, de saúde e de segurança do trabalho adequadas; (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 1994)
- VII - impacto ambiental.

A citada Lei nº 8.883, de 8 de junho de 1994, que altera dispositivos da lei anterior, nada acrescenta ao que esperaríamos de um Estado mais incisivo em relação a contrapartidas, tendo em vista o óbvio interesse do licitante em ganhar a concorrência.

Mas, não se exaure na lei das licitações a falta de ousadia de um Estado forte em demonstrar sua fraqueza, lembrando mais uma vez Boaventura Santos (2002). É o caso da recente lei das parcerias público-privadas.

A Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que "*institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública*" (Brasil, 2006j), sequer menciona contrapartidas de ordem similar às que estamos discutindo, salvo a tímida exigência de uma licença ambiental prévia (inciso VII do artigo 10), como se obrigatório já não o fosse. Nesse contexto, em relação a essa lei,

é válido lembrar que na maioria das concessões realizadas, há pouca ou nenhuma participação popular. Essa falta de legitimidade vem levantando questionamentos judiciais quanto à sua validade. É possível citar como exemplo, a outorga de licenças ambientais que, em alguns casos, a validade depende da realização de uma audiência pública. De modo geral, pode-se resumir que grande parte do risco vem das incertezas administrativas e jurídicas. Grandes empresas brasileiras já vêm exigindo uma maior clareza das regras, por exemplo, sobre permissões e licenciamentos ambientais (Nunes, 2005:7).

Mesmo as legislações que tentam avançar na concepção da democracia participativa e intersetorialidade, têm problemas sérios a serem enfrentados pelo Sistema Único de Saúde, enquanto este não se dispuser a ousar transpor a gestão para além dos muros médico-hospitalares.

O projeto de lei que estabelece diretrizes para o saneamento básico (PL 7361/2006), com redação final do Senado Federal (PL 219/2006), uma vez resolvida a pendência no STF sobre a relação estado-município nas regiões metropolitanas e de interesse de mais de um município, deverá ser sancionada pelo Presidente da República.

No projeto, a exigência de controle social (inciso X do artigo 2º) poderá ser cumprida pela criação de novas instâncias ou poderá ser exercida por instâncias de controle social já existentes (parágrafo 1º do artigo 47). É evidente que o aproveitamento da capacidade instalada dos conselhos de saúde poderão cumprir com essa missão, com as devidas adaptações requeridas. A questão é: o SUS e o seu controle social estão ou estarão preparados para enfrentar esse desafio?

Um outro aspecto muito interessante do projeto de lei é o texto de seu décimo-primeiro inciso do artigo 49:

XI - estímulo à implementação de infra-estruturas e serviços comuns a Municípios, mediante mecanismos de cooperação entre entes federados.
Parágrafo único. As políticas e ações da União de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate e erradicação da pobreza, de proteção ambiental, de promoção da saúde e outras de relevante interesse social voltadas para a melhoria da qualidade de vida, devem considerar a necessária articulação, inclusive no que se refere ao financiamento, com o saneamento básico (Brasil, 2006l).

Mas, onde estará o SUS na hora da necessária articulação? Estará na hora certa e no lugar certo para fazer valer suas prerrogativas sistêmicas?

O Estatuto da Cidade, estabelecido pela Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, que trata das diretrizes gerais da política urbana, não possui em seu corpo a palavra saúde. É muito curiosa a posição do legislador em relação a esse fato. Não fora a reconhecida, e tantas vezes repisada nesta tese, omissão dos gestores do SUS nas 3 esferas de governo, em relação às matérias trans-setoriais de interesse da saúde, seria uma aberração pensar que o legislador brasileiro vê a saúde, tão somente como assistência médica.

O Estatuto da Cidade institui o EIV - Estudo Prévio de Impacto de Vizinhança, no seu artigo 36. Todas as variáveis possíveis para essa avaliação estão lá presentes (artigo 37), exceto, obviamente, os impactos sobre a saúde do grupo populacional adstrito (Brasil, 2006m).

Está lá a qualidade de vida da população, incluindo a análise, no mínimo, das seguintes questões: adensamento populacional; equipamentos urbanos e comunitários; uso e ocupação do solo; valorização imobiliária; geração de tráfego e demanda por transporte público; ventilação e iluminação; paisagem urbana e patrimônio natural e

cultural (idem *ibidem*). Embora a questão da saúde esteja implícita em várias delas, não é considerada objetiva e explicitamente, cujo significado simbólico leva a crer que o SUS não participará de estudos desse tipo. O fato, contudo, não lhe retirará a responsabilidade de solucionar, mais à frente, os problemas decorrentes do mau (ou incompleto) planejamento urbano, que um EIV elaborado com o SUS poderia prever.

É a recalcitrância da omissão do Estado em relação à saúde, pelo menos à saúde como a estamos compreendendo.

A lei dos crimes ambientais - Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, também demonstra sua fraqueza ao vincular, de forma frouxa, a questão criminal aos processos produtivos, e não estabelecendo mecanismos para o seu melhor conhecimento e ordenamento. Por exemplo, não se faz menção à forma como as informações sobre os crimes serão geradas, coletadas, processadas e como se desencadearão as ações a partir de informações inteligentes (Brasil, 2006n).

Daí a (compreensiva) ação por demanda pontual, na questão dos crimes ambientais, geralmente a partir de denúncias. As palavras saúde, trabalho, produção e desenvolvimento foram esquecidas na festejada lei e, sequer, são citadas.

Outra vertente de ação do Estado na questão do dano ambiental é o chamado princípio poluidor-pagador. Colombo (2004), em extensa análise sobre os prós e contras da aplicação do princípio, assinala:

É justamente a internalização dos custos sociais decorrentes da poluição o cerne da problemática ambiental, exigindo por parte do Estado uma atuação política, apoiada necessariamente por uma teoria econômica, para que sejam desenvolvidos os meios e instrumentos para a estruturação de uma política ambiental, adequada ao processo de prevenção, repressão e reparação dos danos ao meio ambiente. Assim, é evidente que em sendo o poluidor perfeitamente identificado, a sociedade não pode ser demasiadamente onerada, a tal ponto de ser obrigada a arcar com a reparação do bem ambiental lesado e com os demais efeitos decorrentes da atividade poluidora. No entanto, não há como negar que o ônus econômico e ambiental dos danos ao meio ambiente são, ainda que indiretamente, suportados também pela sociedade, porque os custos são considerados na determinação do preço final dos produtos ou serviços, que serão adquiridos e usufruídos pelos consumidores (Colombo, 2006:37).

No mesmo trabalho, a autora analisa a aplicação de incentivos, considerando que a mesma pode ser uma certificação ao poluidor do direito de poluir (Colombo, 2006). Fica evidente que não há soluções simples para questões complexas, instigando o Estado

a políticas mais adequadas ao enfrentamento destas vastas complexidades. Ainda não é o caso brasileiro, embora exista o suficiente embasamento legal para isso.

A mesma autora em outro trabalho observa que "*o princípio da precaução abrange o risco ou perigo do dano ambiental, mesmo que houver incerteza científica, o que significa dizer que sua aplicação é anterior ao prejuízo ambiental que pode resultar das ações ou omissões humanas*" (Colombo, 2005:127).

O princípio da precaução é encontrado implicitamente na Lei da Política Nacional do Meio Ambiente (Brasil, 2006o) e na própria Constituição Federal/88 (artigo 225).

A instituição do EIA - Estudo de Impacto Ambiental e do RIMA - Relatório de Impacto Ambiental, pela Resolução Conama 001, de 23/01/96, fundamenta-se, a rigor, no princípio da precaução. Como instrumentos geradores de informação que envolvem a dinâmica do território e suas permanentes transformações, deveriam se atualizar na capacidade de dialogar com os outros sistemas, especialmente de saúde e trabalho. Todavia, mais uma vez, isso não ocorre.

Enquanto os inúmeros sistemas correlatos não conversarem entre si, o Brasil será um laboratório de experimentações com cobaias inadequadas.

Nessa breve análise que vimos fazendo, observamos que essas legislações são omissas em todos os governos, desde o advento do SUS, de Collor de Melo a Lula da Silva, no tocante às interlocuções operacionais e, principalmente, de planejamento com o sistema de saúde.

O fato se reveste de uma profunda gravidade, pois nos revela a incompreensão do SUS no seu contexto de origem. A meu ver, esse é o maior debate que podemos, os profissionais que vêm estudando o sistema de saúde, desencadear nos próximos tempos, se pensarmos em preservar a idéia de uma Reforma Sanitária em movimento.

Os sistemas integrados de gestão - SIG

Os SIG, também chamados de sistemas de gestão integrada são ferramentas modernas de gestão empresarial, utilizadas em bases de informações com objetivos voltados para a *performance* empresarial, tais como a integração de cadeias de suprimentos, fornecedores, canais de venda, parceiros etc. (Cameira, 1999). Podem ser

utilizados, do mesmo modo, como ferramentas de gestão na área de saúde em cadeias produtivas.

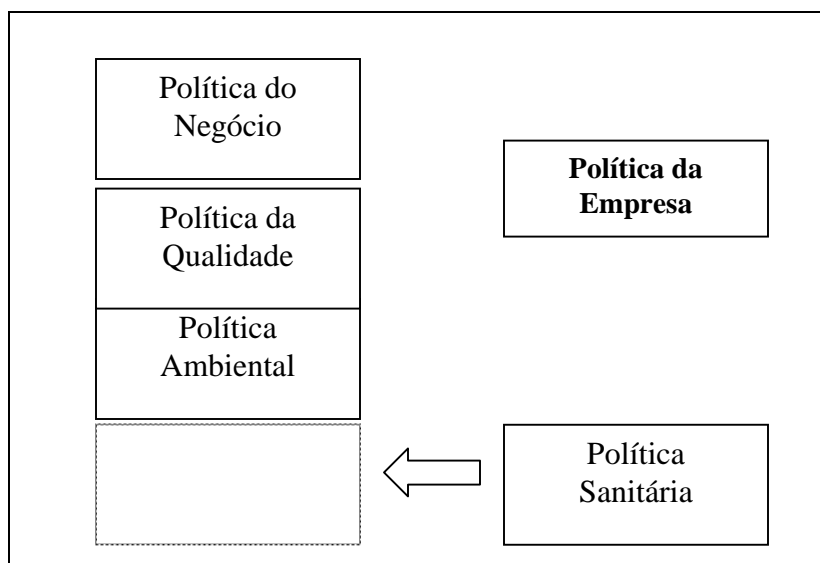
A terminologia, originada do termo inglês *ERP - Enterprise Resource Planning* tem sido apropriada por diversas áreas da produção de conhecimentos, especialmente no campo das informações, em suas interfaces de diálogo entre bases de dados e sistemas distintos.

Damaso Tor (2006) propõe um sistema integrado de gestão, combinado entre as normas padronizadas de certificação para produtos, meio ambiente, segurança e saúde ocupacional: "[...] se ha seleccionado en los modelos de gestión aplicables en el marco de las normas ISO de la familia 9000, de la familia 14000 y de las normas OSHAS 18000" (Tor, 2006:6). Antecipando-se, de certo modo, à necessidade de integração dos modelos, a nova norma ISO 9000:2000 busca essa compatibilidade.

Em seu trabalho, partindo de uma abordagem sistêmica, Tor identifica os pontos comuns entre os modelos de gestão e os coloca na mesma plataforma gerencial. Dentre eles: estabelecem política; fixam objetivos e documentação dos processos; planejam atividades; efetuam medições, avaliações e monitoramentos; tomam precauções; avaliam e revêem (Tor, 2006:7). Segundo o autor a política empresarial, nessa perspectiva, se estabelece em 4 planos, conforme a figura 1.

Figura 1

Política empresarial segundo o SIG



Fonte: Damaso Tor (2006:37)

Na medida em que seja estabelecida a política empresarial com base no sistema integrado de gestão, a que Tor denomina de Sigasso - Sistema Integrado de Gestão Ambiental, Segurança e Saúde Ocupacional (p. 50), todos os modelos passam a se integrar, estruturando-se em rede de processos, articulados por fatores comuns e específicos de gestão.

A complexa arquitetura do Sigasso, com suas variáveis de planejamento, realização, verificação e atuação, a estruturação da rede, o manejo de incertezas, o desenvolvimento de atividades auto-estruturadas e, entre outras, as flutuações, consoante o sistema proposto por Tor, foge ao espírito desta tese. Subsiste, entretanto sua capacidade de apontar para algumas reflexões da política de Estado.

Por exemplo, a recomendação ou exigência, dependendo do caso, de sistemas integrados de gestão poderia ser adotado em inúmeras situações em que o Estado define políticas nas áreas correlatas de saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável. Podemos enumerar sua possível aplicação nas seguintes situações:

- concessão de certificações, do tipo Selo Verde⁵, que vêm ocorrendo erratically por todo o Brasil, adotados em políticas ambientais estaduais e municipais, com ou sem a participação direta do Sisnama⁶;
- na aplicação de Termos de Ajustamento de Conduta - TAC, pelos ministérios públicos, nos termos da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985 (Brasil, 2006p);
- na concessão de empréstimos BNDES para setores produtivos selecionados;
- como pontuação agregada na certificação de manejo florestal e cadeia de custódia, já consolidada nacional e internacionalmente (Conselho Brasileiro de Manejo Florestal - FSC Brasil, 2006);
- no Sistema Brasileiro de Certificação⁷ do Inmetro, como exigência na certificação compulsória e como recomendação na certificação voluntária;
- como mecanismo de avaliação, dimensionamento e licenciamento em cadeias produtivas de setores economicamente estratégicos;
- como pontuação agregada do SAT, em casos selecionados;
- como critério recomendado pela Susep - Superintendência de Seguros Privados para a variabilidade de prêmios de seguro das empresas do setor produtivo;

□ inclusão de projeto específico de gestão integrada saúde/ambiente na plataforma de apoio à inovação tecnológica para pequenas e médias empresas do Ministério da Ciência e Tecnologia⁸;

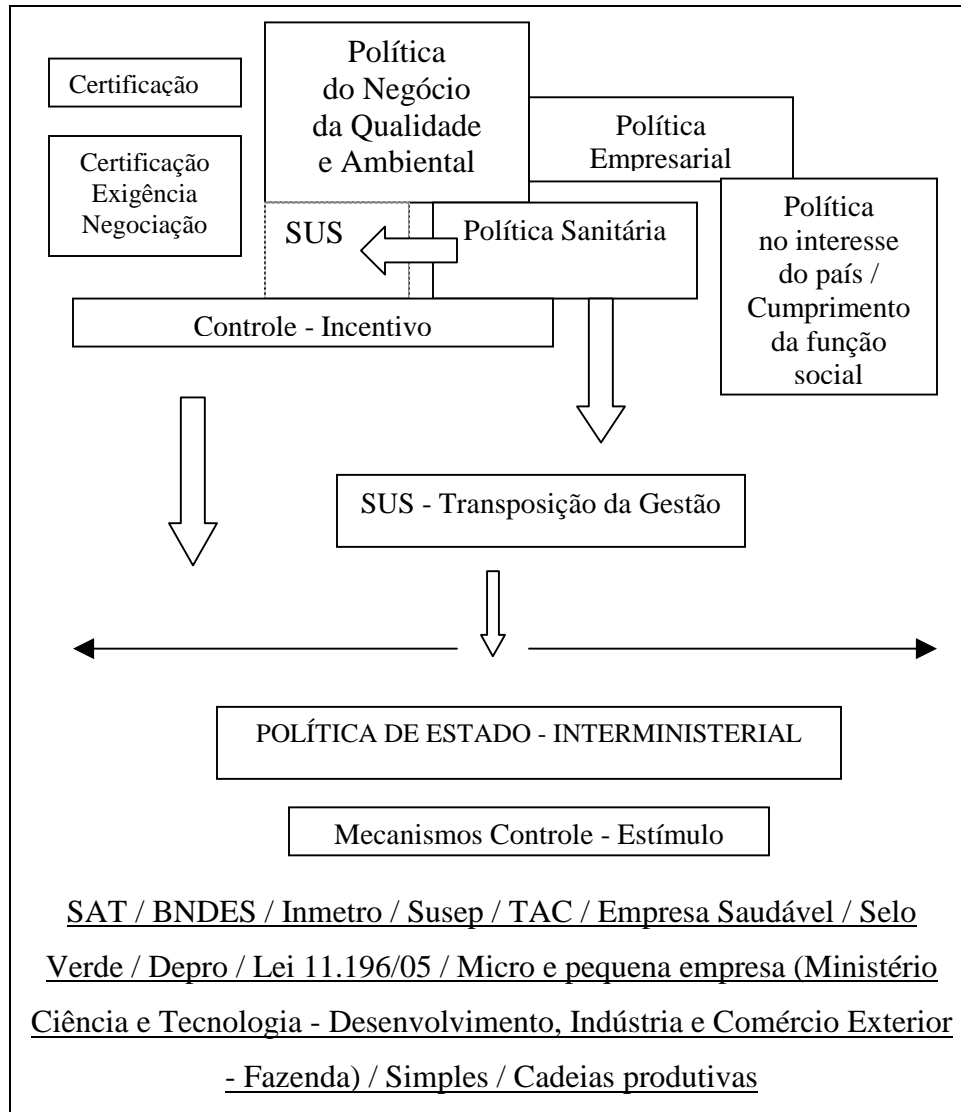
□ inclusão do critério para a concessão de micro crédito em setores específicos (Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e Ministério da Fazenda), utilizando, por exemplo, sistemas já em funcionamento como o Simples - Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte⁹;

□ como parâmetro para a criação de novas modalidades de incentivo, do tipo Empresa Saudável; e, finalmente,

□ ampliar a implementação de políticas de controle-estímulo, onde haja "*a possibilidade de organização a partir dos locais de trabalho, de forma a possibilitar uma discussão das demandas de maneira democrática e igualitária, visando submeter as questões ligadas à competitividade/produktividade e qualidade do produto à qualidade do trabalho e à defesa da vida e da saúde no trabalho*" (Lacaz, 2000:159).

Figura 2

Sistema Integrado de Gestão e a Política de Estado
com o SUS sistêmico em transposição da gestão



Fonte do autor: adaptado de Damaso Tor (2006:37)

Os desafios do trabalho informal - O caso da Ilha das Flores

Estabelecer políticas de Estado, na perspectiva da nossa discussão, para o trabalho informal encerra uma contradição apriorística, se esse mesmo Estado é incapaz de prover a tantos cidadãos que trabalham a dignidade de terem reconhecido seus direitos formalmente estabelecidos para os demais.

Classes distintas de cidadãos no acesso aos direitos de cidadania significa divisão de classes no âmbito do Estado dito de direito. O declamado fim da luta de classes, desse modo, proclama somente o fim da luta, mas não proclama o fim da desigualdade de direitos.

Entretanto, como estamos tratando de possibilidades de adoção de novas políticas públicas, num cenário de revitalização de uma utopia sanitária, reflitamos sobre essas questões.

O genial documentário "Ilha das Flores" de Jorge Furtado, de 1989¹⁰, estabelece a diferença entre os seres humanos, catadores do lixo rejeitado para servir de alimento para os porcos, e os outros seres humanos:

Há poucas flores na Ilha das Flores. Há, no entanto muito lixo [...] há também muitos porcos na ilha [...] O porco tem, no entanto, um dono [...] O dono do porco trocou uma parte do seu dinheiro por um terreno na Ilha das Flores [...] Este terreno onde o lixo é depositado foi cercado para que os porcos não pudessem sair e para que outros seres humanos não pudessem entrar. Os empregados do dono do porco separam o lixo [...] que julgam adequados para a alimentação do porco. [...] Aquilo que foi considerado impróprio para a alimentação dos porcos será utilizado na alimentação de mulheres e crianças. Mulheres e crianças são seres humanos com telencéfalo altamente desenvolvido, polegar opositor e nenhum dinheiro. Elas não têm dono, e o que é pior: são muitas (Furtado, 1989) (grifei).

Não ter dono é a maior expressão da liberdade humana. Contudo, não é esse o sentido dado. Elas não têm dono porque não têm quem as cuide. Esse é o sentido. Do mesmo modo, o trabalhador informal não tem dono, no sentido de não ter quem lhe cuide.

O caso da Ilha das Flores é bastante significativo para a nossa análise e, parece, possui quase todas as variáveis implicadas na ausência da política de Estado aqui tratada:

- o abandono de mulheres e crianças, pela ausência do "dono": o Estado;
- o exercício da liberdade de mulheres e crianças (catar comida no lixo), mas somente depois de autorizado pelos empregados do dono do porco (e do terreno);
- a proximidade entre o trabalho e a mendicância (justificativa de políticas compensatórias) e limites difusos entre ambos;
- a sustentação promovida por mulheres e crianças de uma atividade necessária para o dono do porco e para o Estado omissivo que não trata adequadamente do lixo;

- a clara relação entre saúde, trabalho, meio ambiente, consumo, processo produtivo e desenvolvimento (no caso, insustentável);
- a evidência da informalidade como elo da cadeia produtiva;
- a relação entre trabalho infantil e comportamento social adaptado à necessidade de sobrevivência;
- a legitimação da degradação humana, consentida pelo Estado, pela perpetuação da dinâmica social das muitas "Ilha das Flores" brasileiras.

A rigor, as mulheres e crianças da Ilha das Flores, segundo critérios do IBGE (2005) baseados em critérios da OIT, não são trabalhadores informais.

De qualquer modo, como os "*estudos sobre o setor informal, a fragilidade da conceituação e a complexidade do setor dificultam avaliar a dimensão e algumas características do trabalho informal, devido à aplicação de metodologias diferentes*" (Mendes e Campos, 2004:211), considero a Ilha das Flores um excepcional reduto analítico da saúde (sua ausência), do trabalho (sua degradação), do consumo (seu aviltamento), do ambiente (sua violação), do desenvolvimento (sua insustentabilidade) e da fome (sua supremacia). É possível pensar em alguma saída?

É evidente que a saída passa pela ação trans-setorial, a que, pouco a pouco, vem se dando o seu reconhecimento, como no caso da Política Nacional de Ordenamento Territorial (vista anteriormente). Tomando a Ilha das Flores como possuidora de todos os ingredientes da trans-setorialidade para uma política de Estado, por onde começar?

Se considerarmos que o "*trabalho informal não existe aleatoriamente. Na verdade, ele compõe a cadeia produtiva do setor formal, entendida aqui como o conjunto de atividades que se articulam progressivamente, desde os insumos básicos até o produto, distribuição e comercialização, como elos de uma corrente*" (Mendes e Campos, 2004:213), a Ilha das Flores não foge à regra. No caso específico, o elo da corrente está no fim (resíduo) e no início (reciclagem) da cadeia produtiva. Do mesmo modo:

Não podemos discutir o problema do lixo, apenas sob a ótica dos problemas de saúde pública provocados pela falta de coleta, pelos lixões e pelas atividades dos catadores: é preciso repensar a problemática dos resíduos, como esgotamento de um modelo de produção industrial e consumo de massa que dissociam os metabolismos da produção e da natureza (Porto, 2001:246).

Nesse contexto, as políticas públicas aplicadas a cada território de exclusão (Porto, 2001), seja a Ilha das Flores ou onde se encontre o trabalho informal, ainda que os limites entre trabalho e indigência sejam imprecisos, poderão estabelecer mecanismos de controle-estímulo em todo o ciclo da cadeia produtiva. Aliadas à implementação de políticas de ordenamento territorial, com ênfase para os territórios de exclusão e, especialmente nesse caso, voltadas para a geração de renda, trabalho, saúde, educação, alimentação e habitação, mulheres e crianças poderão ter mais oportunidades que os porcos da Ilha das Flores.

Em paralelo às discussões conceituais sobre a informalidade, em que "*o significado da dupla conceitual "formal"/"informal" não é claro, assim como não há coesão sobre a pertinência de contratos homogêneos nem sobre o papel da legislação nos contratos de trabalho*" (Noronha, 2003), reflexo das mudanças que acompanham a dinâmica e a estrutura do mercado de trabalho (Braga, 2005), nossa discussão busca outra via de inclusão do trabalhador informal.

No contexto de promoção de políticas públicas, do tipo controle-estímulo, mais palatáveis ao setor produtivo, pensar outras modalidades de inclusão é, de certo modo, sair do dilema hoje claramente colocado:

o que acontece quando a própria noção de trabalho formal sofre mudanças e, em uma crise sem precedentes, se metamorfoseia em informal? Como manter os discursos de incorporação de imensos contingentes de trabalhadores ao mercado formal de mão-de-obra quando o seu conteúdo, agora, exhibe aspectos justamente da noção que antes lhe possibilitava definir sua identidade por oposição? Em poucas palavras, quando o trabalho informal se torna ele mesmo o modelo de trabalho formal, como sustentar políticas públicas e discursos sobre a urgência de inibir, erradicar ou formalizar a esfera do trabalho informal? (Siqueira:2004:76).

Com a crise global do emprego e do mercado de trabalho, frente a perspectivas de flexibilização trabalhista, não há como depender da formalização das relações de trabalho para incluir a massa de trabalhadores do mercado informal em políticas públicas de saúde, trabalho e desenvolvimento.

Briassoulis (1999) observa que as políticas de desenvolvimento sustentável, normalmente dirigidas ao trabalho formal, impõem o desafio de desenhar políticas que não subestimem a informalidade e sua importância nesse contexto, especialmente nos países com grande densidade de trabalho informal, caso do Brasil.

O desafio se redobra, na medida da dificuldade de aplicação das medidas, tanto de controle quanto de estímulo. Contudo, grande parte das medidas até aqui analisadas podem ser aplicadas ao trabalho informal, com o caráter inclusivo e de valorização da cidadania, a partir de seu lugar de trabalho, responsabilizando as estruturas econômicas implicadas, via controle-estímulo. Algumas dessas medidas são enumeradas a seguir.

- Trabalhando-se na perspectiva de cadeias produtivas, com a inclusão de toda a força de trabalho empregada em todos os elos, considerando-se que existem grandes corporações envolvidas em todos os setores produtivos, com capacidade econômica desproporcional à sua atuação na esfera da responsabilidade social; exigindo-se a contrapartida aos incentivos, que podem incluir barreiras para o desemprego tecnológico; apoio e reconhecimento ao associativismo e cooperativismo em casos específicos; formalização de contratos de trabalho em atividades-fim; apoio a iniciativas locais de desenvolvimento sustentável; apoio ao desenvolvimento social local em casos específicos, etc.

- Trabalhando-se com o ordenamento territorial em territórios de exclusão, utilizando mecanismos de controle-estímulo para conglomerados de pequenas organizações produtivas locais, via BNDES e orçamento local; a Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2006q) comporta renúncia de receita (art. 14) que poderia se sustentar em critérios inclusivos da cidadania em territórios de exclusão;

- Trabalhando com organizações, tipo ONG e as demais que recebem financiamento público, incluindo cláusulas mais restritivas de manutenção do financiamento, a partir de exigência de contrapartidas, além das medidas de inclusão da cidadania, especialmente a geração de informações compatíveis com a linguagem oficial de entrada de dados;

- Trabalhando com organizações, tipo ONG e as demais que recebem financiamento privado e/ou internacional, estabelecendo mecanismos negociais ou legais para adequá-las, aprimorá-las e incluí-las nas políticas públicas de desenvolvimento sustentável local;

- Trabalhando com a atenção básica e a Renast (ampliada), no sentido de ampliar quantitativa e qualitativamente a participação de agentes comunitários de saúde, na

perspectiva do SUS sistêmico, em atenção às variáveis saúde, trabalho e desenvolvimento, especialmente com o foco centrado nas crianças e adolescentes.

O papel das crianças e dos adolescentes na configuração de um SUS sistêmico

Esta tese e quase todas, praticamente todas, as referências bibliográficas que lhe subsidiam reclamam das coisas como elas estão. E apontam para as coisas como elas poderiam estar. Portanto, esta tese e quase todas as referências bibliográficas que lhe subsidiam reclamam de adultos, pessoas adultas, como nós mesmos, que fazemos as coisas estarem assim, com maior ou menor responsabilidade dependendo do lugar que ocupamos no mundo. Parece que nós, adultos, não estamos sabendo fazer as coisas como gostaríamos que elas fossem.

Por isso, eu gostaria de perguntar às crianças e adolescentes: o que vocês sentem, o que vocês acham, o que lhes parece, como vocês fariam? Eu gostaria de ouvir o sujeito coletivo criança/adolescente respondendo a essas perguntas e a tantas outras.

Tantas vezes, quando o SUS parece um embuste e nos perguntamos: meu deus, onde vai dar isso? talvez nós precisássemos ouvir as crianças e os adolescentes sobre o que acham aonde vai dar isso.

Principalmente porque não sabemos o que eles pensam - eles que vão sustentar o SUS, o trabalho, o consumo, o meio ambiente, o desenvolvimento, bem mais rápido do que a ciência social caminha, e as tantas outras ciências caminham.

Durante a revolução sandinista da Nicarágua, em 1980, li uma reportagem do jornal nicaraguense *Barricada*, em que um menino de 12 anos, chefe de uma milícia infanto-juvenil, armado, foi entrevistado por um repórter brasileiro. Ao final da entrevista, o repórter lhe pediu que mandasse uma mensagem para as crianças brasileiras. Ele mandou: "Organicen-se".

A voz do sujeito coletivo criança/adolescente não foi ainda ouvida, pois esse sujeito não teve a chance de se organizar. Paradoxalmente, as únicas crianças brasileiras armadas, e com algum grau de organização, são aquelas ligadas ao crime, ao tráfico, à bandidagem.

Substituir a arma literal pela arma da voz, creio, seja uma estratégia que o Estado brasileiro não soube, ainda, descobrir. E o SUS, como instância potencialmente

revolucionária, também ainda não descobriu esse grupo como seu parceiro revolucionário na perpetuação da Reforma Sanitária.

Seja na questão da saúde pública quanto na questão do trabalho, a criança e o adolescente são apenas objetos-alvo das políticas - entes passivos sem voz.

No presente trabalho, considero que a transformação das crianças em sujeitos ativos da política são, provavelmente, o maior passo para se alcançar a política de Estado aqui analisada.

Do mesmo modo que a saúde do trabalhador revoluciona o conceito de saúde ocupacional ao incluir o trabalhador como sujeito ativo do processo de transformação das práticas, a inclusão da criança e do adolescente como sujeitos da transformação, especialmente em territórios de exclusão, encerra uma grande potencialidade revolucionária. Pois, de que estamos falando?

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, criança é a pessoa com até 12 anos incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade (Brasil, 2006r).

Penso que a questão básica é avaliar, a partir das políticas públicas dirigidas ao grupo, se é possível dar voz ao sujeito coletivo criança/adolescente. E, sendo, de que modo?

Do ponto de vista da saúde, são duas as grandes vertentes de políticas públicas de atenção ao grupo:

(1) a vertente assistencialista - basicamente intrasetorial -, via equipamentos e práticas de saúde, incluídos os Programas de Atenção à Criança e Adolescente; e

(2) a vertente de vigilância - tipicamente intersetorial -, para a erradicação do trabalho infantil (trabalho precoce).

(1) A vertente assistencialista

A desconstrução do modelo médico tradicional, que inspirou o movimento da Reforma Sanitária Italiana e o movimento sanitário brasileiro, alcançou em parte seu objetivo com a construção do SUS. Por um lado, o objetivo foi alcançado pela configuração de um modelo cujo princípio da integralidade rompe teoricamente com a exclusividade do modelo médico-assistencial. Esse era um ponto de essência por tratar-se de uma posição ideológica contra-hegemônica a grupos de interesse adstritos à lógica do

mercado. Por outra parte, o objetivo se alcançou pela consignação da participação da comunidade. Como princípio democrático de gestão participativa essa medida rompe, também teoricamente, com a hegemonia do discurso médico-autoritário da saúde, em que a sociedade é vista como "paciente coletivo" das políticas de atenção. Coloca, ainda, a saúde como bem público, a serviço de uma sociedade que, por dentro do Estado, é convocada a se posicionar se está sendo satisfeita na implementação das políticas.

Nesse contexto, a afirmação e reafirmação progressiva de um controle social do SUS, cada vez mais consolidado, a despeito de suas dificuldades, representa a conquista de um espaço de afirmação do sujeito social, enquanto elemento ativo da política de saúde, em todas as suas variáveis, do plano à execução. Todavia, o próprio SUS e o seu sujeito social coletivo do controle não possibilitaram a inclusão da criança e do adolescente como sujeitos estratégicos de construção do SUS para agora e, principalmente, para o futuro. É disso que estamos falando.

Que formas, métodos e iniciativas poderão ser adotadas para viabilizar a criança/adolescente como artífices do SUS do futuro e do futuro do SUS não cabe, nesta tese, discutir. Cabe, sim, sinalizar para a sua importância.

O Ministério da Saúde lançou em 2005 um manual de orientação para a organização de serviços de saúde, com foco na saúde dos jovens. Numa perspectiva bastante promissora de se começar a dar voz a esse sujeito coletivo, o manual assinala, entre diversas medidas com esse propósito:

Sugestões de estratégias de integração escola/unidade de saúde/comunidade [compreendendo:] • Apoiar e implementar as atividades conjuntas entre a escola, os serviços de saúde, comunidades e famílias. [...] • Envolver os adolescentes e jovens em projetos e ações educativas nas escolas e comunidade - grupos de adolescentes, feiras de saúde. • Capacitar adolescentes e jovens que tenham interesse para serem promotores de saúde. [...] • Trabalhar junto a grêmios estudantis, diretórios acadêmicos, entidades esportivas, centros comunitários, para a divulgação do serviço e estabelecimento de ações conjuntas. • Criar jingles, mensagens curtas e anúncios para promover os serviços e as ações/temas a serem trabalhados. • Criar boletins informativos, jornais comunitários, jornais escolares, caixas de dúvidas e sugestões. • Realizar eventos que promovam a saúde, a cidadania e a qualidade de vida, tais como gincanas, passeios, shows musicais e artísticos, campeonatos. • Viabilizar nas escolas e na comunidade murais relativos aos serviços de saúde. • Oferecer a unidade de saúde para a realização de feiras de saúde organizadas pelos estudantes (Brasil, 2005f:14).

O Documento do Ministério da Saúde avança na percepção sistêmica do SUS quando propõe outras medidas, tais como a participação juvenil "*no enfrentamento de problemas reais da comunidade*" (Brasil, 2005f:22) efetuadas no contexto de ações intersetoriais.

Nessa linha, ainda não experimentada, mas pelo menos já proposta, creio que se inaugura uma perspectiva favorável para a pavimentação de uma utopia transformadora, tendo a criança, especialmente aquela localizada nos territórios de exclusão, como seu agente principal.

Alguns retoques na iniciativa do Ministério da Saúde, com uma articulação mais firmemente ombreada com o setor da educação, deveriam ser efetuadas, a curto, médio e longo prazo, como parte de uma política de Estado mais perene. Assinalamos:

- a inclusão de crianças, e não só de adolescentes nessas iniciativas, considerando-as como sujeitos capazes de trazerem representações simbólicas reveladoras e inovadoras sobre os problemas da sua comunidade;

- a ampliação do tema saúde, compreendendo-o como parte indissociável da questão do trabalho/produção, do meio ambiente, do consumo e do desenvolvimento - é possível que as crianças venham a compreender melhor e a se preocupar mais com essas questões num futuro imediato;

- uma atuação trans-setorial mais ostensiva na linha de inclusão do tema no currículo, a partir do 1º grau - não o tema de cuidados de saúde, tão somente, mas, principalmente, o tema da construção do sistema de saúde, com as suas variáveis de determinantes sociais, econômicos, ambientais etc;

- como parte do processo educativo local, intracurricular, trabalhando com o tema da saúde, produção, ambiente e desenvolvimento externamente às salas de aula;

- a ampliação de quadros dos agentes comunitários de saúde, criando agentes juvenis de saúde, especialmente nos territórios de exclusão;

- a inclusão do sujeito criança/adolescente nas políticas compensatórias, do tipo bolsa-família, engajando-o como interlocutor ativo das contrapartidas da sociedade local - freqüentar somente a escola é muito pouco como criação de uma consciência de responsabilidade social;

□ a criação de mecanismos de participação da criança/adolescente nas instâncias de controle social, com o direito de organização e de se fazerem ouvir, tendo como intermediação a família, a escola e as lideranças comunitárias;

□ a ressignificação da categoria trabalho no imaginário simbólico da criança, como vamos discutir a seguir.

(2) A vertente de vigilância e a erradicação do trabalho precoce

A luta contra o trabalho infantil, nos últimos anos, no Brasil, assumiu um caráter maniqueísta de luta do bem contra o mal, deixando lacunas na condução dessas políticas públicas. A valorização do trabalho infantil, no Brasil, possui raízes históricas de base social e econômica.

O trabalho infantil no Brasil, ao longo da sua história, nunca foi representado como um fenômeno negativo na mentalidade da sociedade brasileira. Até a década de 1980, o consenso em torno desse tema estava consolidado para entender o trabalho como sendo um fator positivo no caso de crianças que, dada sua situação econômica e social, viviam em condições de pobreza, de exclusão e de risco social. Tanto a elite como as classes mais pobres compartilhavam plenamente dessa forma de encarar o trabalho infantil. Um conjunto de idéias simples, mas de grande efeito, se manteve inquestionável durante séculos. Frases tais como: "É natural o pai ensinar o trabalho para o filho", ou "É melhor a criança trabalhar do que ficar na rua exposta ao crime e aos maus costumes", e, ainda, "Trabalhar educa o caráter da criança", ou "É bom a criança ajudar na economia da família", traduziam a noção fortemente arraigada de que "trabalho é solução para a criança" (Brasil, 2004d:23).

A essa cultura historicamente arraigada de aceitação do trabalho infantil, contrapôs-se, nos últimos anos, uma atuação no campo do *policy making* de radical não aceitação. Contudo, existem contradições arroladas na política, que merecem algumas reflexões.

Uma contradição é a inexistência completa de um dimensionamento da massa de empregados jovens, de 15 a 18 anos, em famílias cujos pais estão desempregados. Ou seja, não se tem dados sobre a substituição da força de trabalho adulta por seus filhos menores de idade. No recente informe da OIT Panorama Laboral para a América Latina e Caribe (OIT, 2006), a organização se manifesta em relação ao "problema".

El desempeño de este indicador en Brasil refleja que se redujo el desempleo juvenil de 15 a 17 años de edad (-0.9 puntos porcentuales) mientras que el correspondiente a los jóvenes de 18 a 24 años aumentó 0.4 puntos porcentuales, en un período de crecimiento del desempleo abierto total (0.2

puntos porcentuales). La persistencia y magnitud del desempleo juvenil, así como la elevada proporción de jóvenes que no estudian ni trabajan en América Latina, constituyen preocupaciones prioritarias para las políticas públicas [...] (OIT, 2006:39) (grifei).

Ao mesmo tempo em que a OIT influencia fortemente, por intermédio do Convênio 182 (piores formas de trabalho infantil) e a Recomendação 190 (sanções penais), os países para uma tomada de posição no sentido de erradicar o trabalho infantil, demonstra preocupação com o desemprego juvenil. E não se posiciona quanto ao problema que assinalamos, em que a empregabilidade juvenil desaloja a empregabilidade adulta, pelo menos em alguma proporção não dimensionada. É evidente que o mercado tem um interesse em que isso ocorra, senão não ocorreria.

O mal sucedido Programa Primeiro Emprego (Brasil 2006s; Brasil, 2006t) tudo indica, reflete a postura contraditória do governo de (1) combater o trabalho precoce, ao mesmo tempo que (2) cria trabalho precoce, (3) diminuindo postos de trabalho da força de trabalho adulta, com o (4) discurso de que aumenta o emprego em todas as faixas, (5) incentivando financeiramente o empregador do primeiro emprego, (6) sem contrapartidas a não ser o do emprego em si.

Há um evidente atabalhoamento nessa lei, em grande parte pela incapacidade do governo em superar-se, buscando soluções em políticas de Estado, que considerem as interfaces de outras políticas afins e sinérgicas. De qualquer modo, seu fracasso, em que apenas 0,55% da meta foi atingida, levando o governo a abandoná-lo (Paraguassú, 2006), pode ter salvo o governo de fiasco maior, na medida de seu impacto não dimensionado sobre o desalojamento de mão de obra mais estabilizada.

Outra contradição das políticas de erradicação do trabalho infantil, tanto internacionalmente quanto no Brasil, é a crescente utilização de formas não contratualistas de trabalho, como o próprio trabalho voluntário, que são estimuladas (como vimos no capítulo 2) e deixam antever a perda de controle do Estado sobre o mercado de trabalho, como asseverava Polanyi (1980). Assim, a propósito do trabalho infantil,

a atual conjuntura internacional de globalização econômica e novas relações de produção, exige dos países do terceiro mundo, evidentemente aqui incluído o Brasil e onde o problema é dramático, uma postura liberalizante em relação à flexibilização do trabalho e à diminuição acelerada da intervenção do Estado em áreas essenciais, ligadas à afirmação de direitos e aprimoramento da

cidadania Em síntese, neoliberalismo e Estado Mínimo são antagônicos ao que pretende a OIT (Vasconcellos, 1999:3).

Considerando que o trabalho para o jovem é um dos atalhos para a cidadania, creio ser fundamental a ressignificação do trabalho no marco teórico da política pública, distintamente do que vem sendo construído em termos de linguagem simbólica no *policy making* da erradicação do trabalho infantil.

É evidente que o trabalho infantil deve ser erradicado, principalmente por suas graves repercussões sobre a saúde das crianças, mas não o será sem um proporcional radicalismo nas ações trans-setoriais que lhes podem dar sustentação. Essa é uma das lacunas com que a política não tem sabido e nem conseguido lidar, porquanto sejam insuficientes e equívocas.

Mais uma vez, a fraqueza do Estado se mostra na sua pseudo-força para combater o trabalho infantil, cujas raízes estão na perpetuação do ciclo de miséria e concentração de renda, em que o Estado não intervém com a mesma pujança. É evidente que não há solução para o trabalho infantil sem a mudança do modelo econômico e sem uma intervenção drástica sobre os setores econômicos que se valem dessas práticas, à semelhança do trabalho escravo, para gerarem maiores níveis de acumulação e estratégias de cooptação das populações miseráveis que deles dependem. Um Estado que não ofereça alternativas concretas de erradicação do trabalho infantil, a partir da erradicação da miséria, é irresponsável em suas formulações políticas.

Embute-se uma estratégia de adequação ao discurso internacional que, como vemos, é, do mesmo modo, contraditório na condução de suas políticas comerciais globais, na proposição de acordos internacionais que favorecem a uma nova divisão internacional do trabalho, cujas conseqüências são, entre várias, o incremento do trabalho infantil, ele mesmo.

Nesse contexto, parece-me equivocada a estratégia de comunicação da erradicação do trabalho precoce invariavelmente veiculada à imagem positiva da escola em contraposição à imagem negativa do trabalho: "Trabalho não / Escola sim"; "Diga não ao trabalho infantil"; "Lugar de criança é na escola"; "Criança: escola / Adulto: trabalho / Explorador: cadeia".

Essa, a meu ver é uma estratégia suicida de construção simbólica do trabalho precoce como espécie de satã. O problema não é o trabalho ele mesmo, o problema é a condição de vida que leva a ele e o exige, como estratégia de sobrevivência.

Além disso, não há qualquer avaliação e projeção do quanto o imaginário da criança será construído na relação com um trabalho satanizado, no contexto em que ela está socialmente inserida, por força de condições miseráveis de sua vida e sua família.

Considerando que as políticas de erradicação do trabalho infantil tomaram corpo com essa demonização do trabalho da criança, enquanto categoria social complexa e multifatorial, é preciso repensar suas estratégias. É um grande desafio para a política sequer ainda debatido.

É fato que é possível conviver sem o trabalho da criança e do jovem, em contextos políticos favoráveis, mas é possível a criança e o jovem conviverem sem o trabalho, no atual contexto político brasileiro?

A inserção da criança e do jovem no mercado de trabalho, maiormente na informalidade, dá-se invariavelmente por imposição de uma necessidade social de sobrevivência de si e de sua família. Não existe o trabalho espontâneo ou voluntário da criança e do jovem, senão por essa condição. [Portanto,] observamos que sem uma profunda reestruturação das bases de organização da sociedade esta situação não tem chances de se reverter (Vasconcellos, 1999:4).

No caso dos adolescentes, a abordagem da política é um tanto diversa, *"seja pelo fato de não haver uma proibição expressa de seu acesso ao mercado de trabalho, seja pela natural proximidade da fase adulta, em que a própria família e a sociedade estabelecem sobre o mesmo uma maior pressão para que tenha uma fonte de renda"* (idem ibidem).

Assim, encontramos-nos diante de um limite muito tênue entre o inferno (trabalho infantil) e o paraíso (trabalho do adolescente).

Desse modo, parece que a possibilidade de intervenção do Estado e da sociedade na questão, *"passa pela harmonização das necessidades sociais com a criação de uma cultura do trabalho do jovem, cujo paradigma seja centrado numa pedagogia alternativa às duas formas mais comuns de encarar o problema"* (idem ibidem).

Essas duas formas mais comuns de avaliação do trabalho precoce são completamente antagônicas entre si, e ambas encerram contradições discriminatórias em si mesmo:

□ aquela que considera o trabalho do jovem como salvação da marginalidade, consolidada numa pedagogia ético-moral conservadora (Ministério do Trabalho, 1996), calcada numa lógica discricionária de que jovem pobre que não trabalha é potencialmente marginal; e

□ aquela que considera o trabalho como fator impeditivo da experiência educacional e lúdica de construção do ser adulto (idem *ibidem*), consolidando uma pedagogia liberal dissociativa, ou seja, não sintonizada no contexto da necessidade social (Vasconcellos, 1999).

Observamos que a primeira forma reflete a política, com o aval do Estado neoliberal, de apoio irrestrito ao mercado, e conduzida pelas elites econômicas inseridas dentro do aparelho de Estado. Traduz a cultura socioeconômica e política do país de intensiva concentração de renda e manutenção do *status* de miséria de grandes contingentes. Na verdade, a manutenção da maioria da população em situação de marginalidade social e sem acesso à distribuição de riqueza e serviços do Estado é a sua raiz de essência. Fosse efetiva a oferta de bens e serviços, como a escola plena, a habitação, o pleno emprego, a geração de renda produtiva no âmbito da família, entre outros, automaticamente diminuiria a necessidade do trabalho infantil.

Relatando várias experiências brasileiras exitosas de eliminação do trabalho infantil, como nos setores de carvoarias no Mato Grosso do Sul e calçadistas de Franca (SP) e Novo Hamburgo (RS), Oliveira (2006) faz um observação emblemática sobre a solução do problema:

A mobilização na Bahia para retirar as crianças do trabalho junto às máquinas de beneficiamento do sisal (mutilando muitas delas) não foi diferente. Ela gerou um processo muito mais amplo de desenvolvimento local sustentável. Este, além de retirar todas as crianças do trabalho e de inseri-las nas escolas em tempo integral, articulou programas de geração de emprego e renda para as famílias destas crianças, programas de saúde e de mobilização política e cultural comunitários, cujos sucesso e impactos perduram até hoje (Oliveira, 2006:93) (grifei).

Esse é o lado que pode armar as crianças com as armas que queremos. Mas, não de forma pontual e episódica. Pois, de outro lado, uma pedagogia liberal dissociativa, não sintonizada no contexto da necessidade social, revela um Estado ambíguo que não cuida da totalidade de suas crianças, por não enfrentar os determinantes políticos, sociais e econômicos que as levam ao trabalho como alternativa de sobrevivência.

Ao estabelecer políticas focais, de inspiração internacional também ambígua, que maquiam a realidade por alcançarem resultados pontuais e de certo impacto junto à mídia e à intelectualidade que se posiciona contrária à primeira forma, iguala em ineficácia ambas as formas de enxergar e enfrentar o problema. O Estado, traduz, além disso, a sua incapacidade em prover alternativas mais impactantes na elaboração de políticas com mudanças estruturais mais profundas.

Frente a essas duas formas, ambas incapazes de solucionar o problema do trabalho precoce, uma pedagogia alternativa poderia ser aquela centrada no trabalho enquanto fator agregador de valores de construção da cidadania, em espaços de solidariedade e de compreensão de novas variáveis da realidade cotidiana, em que a criança fosse sujeito escolar de sua ressignificação. Ou seja, retirar a criança do trabalho ensinando-a na escola plena a ver o trabalho como fonte de transformação e construção da cidadania.

Essa possibilidade contribuiria para dirimir o dilema de retirar a criança do trabalho de localidades onde a cultura de transmissão familiar de um saber de ofício se reproduz como uma tradição de raízes bastante sólidas. Analisando dados da Pnad 2002 sobre renda familiar significativa de crianças trabalhadoras em regiões do Sul do país, Schwartzman e Schwartzman (2004) assinalam:

Este dado confirma a idéia de que o trabalho de crianças e adolescentes nas áreas agrícolas do Sul está associado a uma tradição específica de trabalho familiar, com raízes prováveis na cultura de imigrantes de origem italiana, alemã e japonesa, entre outros, e não a necessidades econômicas prementes ou condições de exploração extremas (p.16).

Além desse fenômeno de transferência de um saber laboral familiar ser bastante comum em áreas agrícolas, vamos observá-lo em inúmeras outras atividades, tais como em setores extrativos da floresta, na pesca, na pecuária, em trabalhos de artesanato e atividades artísticas em geral, em setores localizados de pequenas construções, comércio dos mais variados tipos, especialmente em regiões do interior do país, e em atividades

desenvolvidas no âmbito familiar como confecção de roupas e produção de alimentos, entre outros.

Como, na maioria das vezes, a retirada da criança desse contexto implica na ruptura de uma ordem cultural, em geral positiva para a família e para a própria criança, o desafio é como sobrepor o limite da exploração e/ou da exigência de resultados sobre a criança/adolescente.

Transformar a transferência do saber em atividade pedagógica, no nível local, com a interposição firme da escola e com o auxílio do SUS, especialmente da Saúde da Família e da Renast ampliada pode ser uma estratégia respeitosa com a cultura e promotora da qualidade de vida do grupo infanto-juvenil. Talvez seja a parceria educação-saúde mais importante, como política de Estado, aquela que ombreie os dois setores estratégicos para agregar cidadania à infância e à adolescência.

Obviamente, o trabalho, em hipótese alguma, deve ser uma ocupação da criança, como atividade cotidiana que lhe usurpe o tempo de outras atividades e a coloque como ser produtivo de bens ou serviços para acumulação de capital.

Por outro lado, o trabalho deve ser conteúdo de práticas educativas no âmbito das relações entre a comunidade e a escola - brincar de trabalho para aprender a ver de que forma a natureza se transforma e apreender as técnicas que lhe possibilitam.

Na medida do crescimento e da passagem para a adolescência, o conteúdo pedagógico vai aprofundando o aprendizado e incrementando o ensino de técnicas condizentes com a realidade local.

Uma política eficaz de combate ao trabalho de crianças e adolescentes não pode colocar seu foco, unicamente, na repressão desta atividade, e sim em criar condições para que ela seja descontinuada. A principal destas condições é, sem dúvida, a melhoria do sistema educacional, e a criação de programas de geração de emprego e renda para as famílias. A segunda é a identificação de situações em que o trabalho de crianças e adolescentes é indispensável como meio de sustento para as famílias, e que precisam ser compensadas. Finalmente, existem situações óbvias de sobreexploração de trabalho de crianças e adolescentes que precisam ser coibidas diretamente. Entre estas, talvez a mais significativa, e que não costuma receber maior atenção, é o trabalho doméstico feminino, uma situação de semi-servidão que precisaria de um estudo mais aprofundado e do desenvolvimento de uma política específica para sua erradicação (Schwartzman e Schwartzman, 2004:34).

As Convenções da OIT 138 (idade mínima) e 182 (piores formas de trabalho infantil) junto com as Recomendações 146 e 190, aliadas à Portaria nº 20, de 13 de

setembro de 2001, do Ministério do Trabalho, em que são arroladas 81 atividades de trabalho proibidas a menores de 18 anos, são parâmetros legais bastante significativos de orientação para a adoção de conteúdos pedagógicos, tendo o trabalho como foco de aprendizado e, não, como foco de sofrimento e adoecimento.

Essas normativas que impedem, ou tentam impedir, a exposição das crianças/adolescentes a situações de trabalho comprometedoras de sua saúde refletem, de algum modo, a gravidade da repercussão sobre a vida futura da criança (Varillas, 2005).

Erradicar o trabalho precoce é um compromisso da política pública com a criança.

Erradicar o trabalho precoce, sem demonizá-lo, é um compromisso da política pública com a criança trabalhadora do futuro.

E ampliar uma pedagogia do trabalho com a saúde, o meio ambiente, o consumo e o desenvolvimento é um compromisso responsável da política pública com o país.

Possibilitar que o sujeito criança/adolescente se organize e aprenda a se manifestar sobre essas questões é um compromisso da política pública com o futuro de um país democrático, cuja sociedade se manifestará e exercerá seus direitos com maior desenvoltura.

O Brasil, atualmente, é exemplo para o mundo em programas de erradicação do trabalho infantil, contando com dezenas de iniciativas governamentais e vários órgãos envolvidos, nacionais e internacionais, além de parcerias com várias organizações não governamentais¹¹. Contudo, nossa preocupação com questões, algumas assinaladas: a demonização do trabalho para a própria criança, o enfoque no mais das vezes pontuais e a partir de políticas focais, a não utilização da criança/adolescente como agente ativo da política, a ausência de resultados e dados concretos para saber onde estão e o que estão fazendo as crianças retiradas do trabalho, a participação de uma escola parcialmente utilizada e não plena e, finalmente, a baixa utilização da capacidade potencial do SUS nas políticas governamentais, recai na possibilidade de que o esforço possa ser em vão.

Uma política de Estado, com a participação de um SUS sistêmico que confira cidadania sanitária às crianças e adolescentes, como tradução de uma política ostensiva de inclusão social, valorizando o trabalho, como símbolo de dignidade singular das pessoas, o meio ambiente, como símbolo de dignidade da natureza, e um verdadeiro

desenvolvimento sustentável, como símbolo de dignidade da condição humana, espera a sua hora de acontecer.

"As coisas não querem mais ser vistas por pessoas razoáveis: elas desejam ser olhadas de azul - que nem uma criança que você olha de ave" (Barros, 1993:23).

Notas

1 - Disponível em <<http://farias.wordpress.com/tag/historia/>> Acesso em 12/12/2006.

2 - A Instrução Normativa/INSS/DC nº 99, de 05/12/2003 regulamenta o Perfil Profissiográfico Profissional, exigência prevista na Lei nº 8.213/91, em seu artigo 58, parágrafo 4º, e no Regulamento da Previdência Social (Decreto nº 3.048/99). *"A empresa deverá elaborar e manter atualizado perfil profissiográfico abrangendo as atividades desenvolvidas pelo trabalhador e fornecer a este, quando da rescisão do contrato de trabalho, cópia autêntica desse documento"* (Lei 8.213/91). O referido parágrafo foi acrescentado pela Lei nº 9.528, de 10/12/97 e regulamentado pelo Decreto nº 4.032, de 26/11/91.

3 - A estratégia de implementação do projeto previa a articulação e o trabalho intersetorial com o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, especialmente pela vinculação do Inmetro, enquanto instância de certificação, e do BNDES; com o Ministério do Trabalho e Emprego, enquanto instância de auditoria fiscal da legislação trabalhista; com o Ministério da Previdência Social, especialmente em virtude do SAT; com o Ministério do Meio Ambiente e o Sisnama, pela interface da avaliação de impacto ambiental; e outros ministérios estratégicos, como os do Transporte e da Agricultura.

4 - Disponível em <<http://www.justica.gov.br/DPDC/clipping/2004/mar%C3%A7o/310304.htm>> Acesso em 13/12/2006.

5 - Selo verde - ver

<http://www.google.com.br/search?as_q=selo+verde&hl=pt-BR&num=100&btnG=Pesquisa+Google&as_epq=governo&as_oq=&as_eq=&lr=&as_ft=i&as_filetype=&as_qdr=all&as_occt=any&as_dt=i&as_sitesearch=&as_rights=&safe=images>

6 - Sisnama - ver nota no capítulo 8.

7 - Sistema Brasileiro de Certificação - ver <<http://www.inmetro.gov.br/qualidade/comites/sbc.asp>>

8 - Ministério da Ciência e Tecnologia - micro e pequena empresa. Disponível em:

<<http://www.mdic.gov.br/arquivo/sdp/proAcao/micPeqEmpresa/insApoInoMpm/InstrApoioInovaMPME.pdf>> Acesso em 15/12/2006.

9 - Lei 9317, de 5/12/1996. Dispõe sobre o regime tributário das microempresas e das empresas de pequeno porte, institui o Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte - Simples e dá outras providências.

10 - Ilha das Flores (1989), de Jorge Furtado - para ver o filme acesse

<http://www.portacurtas.com.br/pop_160.asp?Cod=647&Exib=4897>

11 - Para maior detalhamento ver

<http://www.abrasil.gov.br/avalppa/RelAvalPPA2002/content/av_prog/265/prog265.htm>

Conclusão

E eis que o que sustenta essa ciranda sem fim de nunca se chegar ao gesto perfeito é a possibilidade de se chegar todos os dias ao gesto aperfeiçoado □ □ □ □

□ Este é um pequeno trecho de um poema que eu fiz, em 1996, inspirado em Mário Vidal e suas ergonomias ensandecidas. Chama-se *Poema Epistemológico da Práxis Ergonômica*. Retrata a impossibilidade de fazer as coisas completamente ao gosto, mas fazê-las no limite da aproximação do desejo de vê-las completamente feitas.

Sei que esta tese é impregnada de uma certa insanidade, como a santa insanidade ergonômica do Mário Vidal e nem vou discorrer sobre a santa loucura dos quantos tentam. Seria muita pretensão comparar-me.

Mas, quero assumir que a intenção de chegar até aqui foi a de tentar que as coisas aqui escritas não virem apenas um título engavetado. Pois que esse é o propósito: chegar ao gesto aperfeiçoado, sabendo que não se chega ao gesto perfeito, para que ela possa servir de alguma coisa para alguns dos tantos que pensam essas políticas públicas que andamos tangenciando até aqui.

Não cabe falar em desenvolvimento sustentável sem olhar para o mundo do trabalho, desvendá-lo, revelá-lo, denunciá-lo, transformá-lo. Essa é a questão de fundo.

Não cabe falar em saúde do trabalhador sem olhar para cima, para baixo, para dentro, para fora. É muito pouco achar que saúde do trabalhador é apenas saúde do trabalhador. Falamos disso todo o tempo. Saúde do trabalhador, da forma como foi gestada e parida, é utopia. E pobre de nós se já não tivermos a utopia. Como andar, Galeano? Escrevendo esta tese tentei refletir sobre a pobreza de já não se ter a utopia.

Não cabe falar em políticas públicas sem observar seu desenvolvimento contemporâneo na linha da focalização para os contingentes de despossuídos. Políticas residuais incluem os cidadãos na política, mas não incluem a política nos cidadãos.

Que conclusão poderia concluir, se não há conclusão possível para nada, pelo menos a conclusão definitiva? Mas, concluamos no limite do desejo, tentemos, se utopia há.

Os que falamos, todos os aqui citados, e os não citados por (perdão) inépcia minha, falamos de desejos, fundamentalmente desejos, pois, desejos de que as coisas sejam diferentes.

Diferentes do que aí estão. É disso que falamos todo o tempo.

Se já não há tempo para reparar erros nesta conclusão, e nem é esse o propósito, vamos à síntese. Síntese?

O SUS é um sistema? Não é, como o entendemos segundo sua concepção doutrinária e sua inscrição constitucional. O Estado brasileiro cuida dessas coisas? Não cuida, da forma como todos os textos que embasam esta tese denunciam. O atual governo mudou nossas expectativas em relação a essas coisas? Fez o que esperávamos, pelo mínimo? Não mudou, não fez, por todas as expectativas sobre um governo de esquerda comprometido visceralmente com o mundo do trabalho e suas características tantas vezes predatórias para a vida humana. As teorias do desenvolvimento sustentável consideram o trabalho e suas questões, graves questões, aqui, pelo país adentro e pelo país afora? Não consideram, pois os textos analisados, nacionais e internacionais, sequer perpassam a questão da mudança dos processos organizacionais do mundo do trabalho como ponto chave a ser considerado na sustentabilidade. A Renast, da forma como está, vai nos levar a algum lugar? Não vai, pois a história se repete mais uma vez, sempre na linha de cuidar do efeito e menosprezar as causas no arranjo das políticas públicas. Nós, povo da saúde do trabalhador, veteranos ou jovens, acreditamos que as coisas estão bem encaminhadas? Não acreditamos, pois se assim o fosse as inúmeras referências bibliográficas, com o aval das ciências sociais e benzidas pelos cânones acadêmicos, verteriam outras palavras, que não as da crítica acerba a essas políticas. A área do meio ambiente e eco-derivações está preocupada com a saúde do trabalhador? Não está, pois se estivesse buscaria mais amiúde caminhos de aproximações e menos distanciamentos que geram e combustível para a cultura de fragmentos.

Não vi quase nada ser feito, efetivamente, com perspectivas de perenidade, nem onde poderia ser feito algo: Anvisa, Cgvam, Cosat, Renast etc.

Algo está errado. Espero que não seja esta tese. Pela ordem.

Vamos mudar o SUS. O SUS é pouco se continuar assim.

O Sistema Único de Saúde é uma bandeira da civilização (salve Arouca!) costurada na adversidade e empunhada na esperança. Não só com o propósito de melhorar atendimento médico ou ampliar a oferta de serviços. Acho. Ou não? Se for, deixemos como está, pois nada há a fazer. O sonho de um país saudável não é um Brasil

transformado em mega-hospital ou mega-ambulatório ou mega-acolhimento seja lá do que for de que se fale, antes que o SUS não dê mais as cartas. Desconfio que já não as esteja mais dando.

Nesta tese, vejo o SUS influenciando, mudando, participando, palpitando, pulsando, executando, fazendo, desfazendo, planejando, e tudo o mais que for necessário, sobre as questões de saúde que digam respeito ao trabalho, à produção, ao consumo, ao meio ambiente, ao desenvolvimento, ao que for que lhe diga respeito.

Não tem sentido ver companheiros de trincheira, indignados com a iniquidade da relação saúde-trabalho, posicionados do lado contrário ao do sistema público de saúde só porque foram colocados em outras instâncias do aparelho de Estado (Previdência, Trabalho e Emprego, Meio Ambiente, entre outros). O Estado brasileiro não se posiciona, mas se somos o Estado, seus agentes públicos, não nos posicionamos nós. Ou a saúde é o que a gente cheira ou a gente deixa de exalá-la.

Um país se faz com gente que anda (saúde) e que sabe por onde anda (educação). Não é o nosso caso, ainda, mas, queremos tentar. Creio que queremos todos.

Como disse o Jairo da Matta há pouco, em sua defesa do mestrado: "*tese, a gente não acaba, a gente pára*". Estou tentando parar. Vamos ver se essa conclusão dá conta disso.

A constatação de que o campo reformista da saúde - o remanescente movimento sanitário - não reconhece a saúde do trabalhador como campo da saúde pública, como a gente acha que deveria ser, entristece-nos e dá-nos fôlego. O fôlego é a possibilidade de refletir com as veias da indignação à mostra.

Loucura pensar a área de saúde do trabalhador como ponto de partida para políticas de Estado em desenvolvimento sustentável? Talvez, mas espero ser convencido para deixar de enlouquecer. Todos com quem aprendi o que trago na bagagem, de alguma forma falam um pouco disso - Anamaria, Raquel, Marcelo, Carlos, Lia, Lacaz, Beth, Jorge e quase todos os demais na trincheira. Portanto, mãos à obra (ou, *movimento!*, como diria a Raquel). Essa conclusão é um bom pretexto p'ra começar tudo de novo.

Falei, no início da tese, um pouco da minha trajetória para justificar o processo de ensandecimento. A partir daí assumi o SUS como o ponto de onde falo, por paixão e pelo

seu caráter semovente. O William, sábio orientador, me instiga: O SUS é tudo? E, nesta conclusão, arrisco: é quase. Entre SUSStos e SUSpiros SUSpeito que é quase (tudo).

Tivéssemos um SUS pleno e trans-setorial e um sistema educacional pleno e trans-setorial, não tenho dúvida de que o Brasil teria outra cara. Ao menos, estaria cuidando de suas crianças, o que não é pouco.

No decorrer da tese, o resgate da categoria trabalho e sua centralidade no mundo econômico-produtivo (e, portanto, do desenvolvimento), buscou refletir a percepção do movimento sanitário ao inscrevê-la como ponto relevante no âmbito do SUS e, portanto, da saúde pública. Nada mais fiz do que registrar um longo aprendizado que me foi esclarecedor. E, daí, constatando que entre nossos pares da saúde pública essa idéia fermenta na cabeça de poucos, assumi-a como ponto de honra na discussão.

Ora, se o trabalho é central, em se tratando de SUS, a saúde do trabalhador é central. Mas, não a saúde do trabalhador que estamos acostumados a ver, a do modelo medicocêntrico, e sim, uma outra vertente, poderia dizer berlingueriana (e caberiam outras anas), que vai se espraiar na sustentabilidade do planeta. Claro que não como panacéia, mas como variável a ser valorizadamente considerada, centralmente considerada.

Que país estará preparado para enfrentar a ideologia do desenvolvimento sustentável com as armas de uma utopia sanitária em amplo sentido, hoje, no mundo globalizado? Porque não o Brasil? As unhas de um desenvolvimento agrícola que devasta e desemprega, as unhas de um desenvolvimento industrial que polui e monopoliza, as unhas de um desenvolvimento econômico-financeiro que automatiza e usurpa têm que começar a ser aparadas em alguma parte do planeta. Não será a América do Sul (Brasil - Venezuela - Argentina - Uruguai - Bolívia - Chile - Equador, para ficar nos emergentes com alguma contra-hegemonia latente) um bom balão de ensaios (no bom sentido) para isso?

Previsões são sempre duvidosas, mas os acontecimentos recentes, já em 2007, apontam para uma revisão dos parâmetros da sustentabilidade do planeta. O noticiário escrito e falado, nacional e internacional, diariamente coloca o problema do aquecimento global e da poluição como questões mal equacionadas e timidamente enfrentadas pelos países em geral. O modelo de sustentabilidade começa a mostrar suas fragilidades. Algo

está para acontecer. Para o bem ou para o mal. Se for para o bem, um choque de recivilização passa pela mudança do modelo de desenvolvimento, em que mais cedo ou mais tarde o planeta vai botar o pé no freio. Desacelerar significa re-significar o trabalho, pois significa re-significar o modelo dos processos produtivos.

O sistema de saúde brasileiro, no contexto sul-americano, pode ajudar fortemente nisso, fazer a sua parte. Então, começamos nossa viagem por um sistema que não é sistêmico. Não será a hora de falar mais sobre isso? Por onde anda a pujança de um Conasems, que reúne 5.000 secretários municipais de saúde em seu congresso e não fala que o SUS é um sistema que tem dedo, dedos, milhares de dedos, milhões, se somarmos a massa de profissionais e agentes abrigados na máquina sanitária brasileira? Será que a transposição da gestão do sistema não pode ser tentada? Essa pergunta não é a tese que vai responder. Limitei-me a perguntar, mas com a certeza de que pode, e deve.

Se todas as emendas constitucionais efetuadas até agora foram para afrouxar direitos que a cidadã de Ulisses trouxe, porque não emendá-la para aprofundar e aprimorar direitos? Estamos à véspera de uma reforma trabalhista, ensaiada desde FHC e agora na espreita com Lula que, mais uma vez, afrouxará direitos, tudo indica. Muito simples: essa é a receita do Banco Mundial para os novos Estados-mercado. Não é a hora de sacudir?

A Super Receita, já aprovada pela Câmara dos Deputados, retira direitos dos trabalhadores e remete à justiça casos antes solucionados pela fiscalização do trabalho, tais como reconhecimento previdenciário de doença, trabalho infantil, trabalho escravo e trabalho sem carteira assinada.¹ Para onde estamos indo?

É evidente que o SUS não resolve essa questão, mas repensá-lo auxilia. Com mais de 220 mil agentes comunitários de saúde, mais de 26 mil equipes de saúde da família, com no mínimo 3 membros em cada equipe, mais de 5.300 municípios cobertos pela atenção básica², mais de 70 mil conselheiros de saúde cadastrados (90% do total)³, e um número sequer estimado de centenas de milhares de profissionais de saúde, o SUS é um grande exército com pouca munição e nenhuma pontaria.

Nessa linha, revisitar o conceito de saúde do trabalhador, ampliando-o na medida da categoria trabalho ampliada, e buscar alternativas de ação de vigilância em saúde,

também ampliada, para uma vigilância dos processos produtivos e do desenvolvimento, foram motes logísticos desta tese para esse grande exército.

Concluir me remete àquela síntese (?) em que vou buscar elencar as questões, que chamarei de categorias de análise, mais significativas como apontamentos para a política de Estado. Significativas, diria, no aspecto de gerar reflexões com o dedo apontado para o fazer.

Assim, pensar um SUS sistêmico, trans-setorializando e transpondo a gestão é, nesta tese, a condição para planejar e desenvolver políticas de Estado, abrangentes, no campo da produção e do desenvolvimento com interesse hegemônico na saúde pública. De que forma? Estabelecendo mecanismos de inteligência sistêmica, revendo paradigmas do enfoque sanitário, redimensionando o teatro de operações do SUS, inserindo-o nas diversas arenas de conflito de interesse da saúde, com capacidade decisória no *policy-making*. Enquanto concluo, Jean Baudrillard se ausenta definitivamente e assinala:

Desenvolvo uma teoria irônica que tem por fim formular hipóteses. Estas podem ajudar a revelar aspectos impensáveis. Procuo refletir por caminhos oblíquos. Lanço mão de fragmentos, não de textos unificados por uma lógica rigorosa. Nesse raciocínio, o paradoxo é mais importante que o discurso linear. Para simplificar, examino a vida que acontece no momento, como um fotógrafo.⁴

Hipóteses. Caminhos oblíquos. Fragmentos. Apontamentos. Apontar políticas de Estado significa entrar nas brechas que o desejo de mudar as coisas detecta. Um Estado em permanente transformação num mundo globalizado, que dele exige uma sintonia cada vez mais afinada com a ditadura do mercado global, é um Estado vulnerável, cada vez mais forte e cada vez mais vulnerável.

Com a reforma do Estado brasileiro em marcha harmônica com as diretrizes do Banco Mundial e organismos credores, suas políticas são a sua vulnerabilidade manifesta. Um "exército sanitário" melhor equipado e de melhor pontaria tem capacidade de ganhar posições em seu interior. Para ocupá-las, os cenários analisados observam alternativas, já que o SUS, embora caminhe e avance mais para dentro de si mesmo, possui uma razoável blindagem que o torna muito menos vulnerável. Bem menos, por exemplo, do que as áreas trabalhistas e previdenciárias. Estas, sim, cada vez mais vulneráveis, acompanhando a fraqueza do Estado brasileiro, em matéria de garantia de direitos. Enfim, nesse

contexto, são relevantes a robustez do SUS, sua capilaridade extensa, sua missão estratégica, suas estruturas de controle social consolidadas.

Capazes, pois, de o fazer expandir-se para outros aléns que sua vocação sistêmica permite e sua ossatura constitucional aguarda. Caso do desenvolvimento sustentável.

A agenda de construção do SUS parece tímida (ou intimidada) ao não colocar seus inumeráveis dedos nessa questão. Não há nada mais saúde *stricto sensu* do que a sustentabilidade. E o Estado brasileiro, ao sabor das ONG e de iniciativas pontuais e erráticas, vai colecionando brechas e brechas nessa modalidade que assombra o mundo e coloca o país à sombra do mundo. **O sistema de saúde brasileiro está se omitindo irresponsavelmente dessa missão de compartilhar em cada nível local o plano e a ação de carimbar o desenvolvimento sustentável com o selo da saúde pública.** Grifo para reiterar que sustentabilidade é saúde pública, embora não reconhecida como tal.

O empoderamento social, de que todos falam, de gregos a troianos, xodó do Banco Mundial, tem no controle social do SUS um campo fértil, vasto, promissor e, simplesmente...não semeado. O que falta?

A zona de sombra entre ideologia, ciência e ação política onde se localizam as teorizações sobre desenvolvimento sustentável denota a desfocalização da relação saúde-trabalho, a que atribuo um dos principais fatores de vulnerabilidade ideológica, teórica e de ação política no contexto da sustentabilidade. Na barca da sustentabilidade, trabalhadores podem ser feitos ao mar, enquanto ela vai a pique. Paradoxos.

Demais, há que se reconhecer que o pseudo-conceito de saúde do trabalhador embrenhando-se nos bastidores das relações trabalhistas, dentro dos muros das empresas, confundindo-se conceitualmente à saúde ocupacional, acaba sendo seu próprio algoz em confinar-se às masmorras do mundo estrito do trabalho. O encontro do conceito perdido é a chave da masmorra. Penso que esta tese seria bastante em si, se o resgate do conceito fosse feito pelo povo da saúde do trabalhador, uma das forças especiais do exército sanitário.

A remota pretensão do movimento operário italiano de que a saúde do trabalhador é a única que se libertando liberta também a saúde dos demais homens⁵ é uma bela fonte de inspiração para se continuar tentando. Utópica, portanto tão bela.

Daí, a um passo do desenvolvimento sustentável, a queda do muro de Berlim e a fusão europeia soterraram aprimoramentos *welfarianos* e demais aprimoramentos italianos do conceito perdido. Mas, utópica, porquanto tão bela, insistiremos, e vamos.

Vamos revolucionar a revolução da saúde? Reforma Sanitária foi o eufemismo comportado para fazer uma revolução na saúde dentro de uma ditadura militar. Sim, pois que a Nova República apenas abriu as comportas do dique que já tinha as águas prontas para rolar e por onde quer que fosse, não importa, se a sede era tanta. Revolução, pois bem, mais que reforma.

Mas, revolução que não segue é revolução que não vigora.

O SUS em retomando a Reforma Sanitária estará fazendo menos do que deve para consolidar barricadas. Assumamos, então a revolução da saúde. *Organizemo-nos* (já nos ensinava o menino nicaraguense, onde estará?).

Desenvolvimento sustentável sustenta-se numa ideologia de dominação, pois quando eu perguntava a todos a quem encontrava, durante o período em que escrevi a tese: *Como soa para você a expressão desenvolvimento sustentável?*, unânime era a resposta: *Soa bem*. Dominação, sustento, porquanto ao desfiar meu argumento "relativizante" as dezenas de pessoas inquiridas recuavam na resposta, ou, pelo menos, refletiam sobre ela.

O contrário se passa com a utopia sanitária, pois se na maioria das vezes SUS soa mal para tantos, a força do argumento restitui ao SUS a credibilidade que lhe falta. Isso é o que vejo em minhas aulas sobre SUS. Não que eu seja *expert* em argumento, o sistema é que é convincente, em si mesmo.

E uma das forças do argumento se baseia no direito à saúde, bastante distinto do direito trabalhista e previdenciário, universalidades que o digam. Todavia, ao direito também faltam arroubos mais justos e menos jurídicos. Temos todos que muito aprender, especialmente os que se posicionam em altos patamares inalcançáveis, como se mortais não fossem e quanto vulneráveis!

No mais, seguindo a conclusão, sigo ao ritmo da tese, selecionando categorias que possam explicar (?) ou suscitar compreensões como, por exemplo, "*as explicações de médio alcance*"⁶ que justificam a modéstia da produção de conhecimentos da relação

saúde-trabalho, reiterando a sua desfocalização teórica e política. Talvez, uma tragédia dos trabalhadores comuns se prenuncie num mundo "sustentável" que lhes dê as costas.

Por estar impossibilitada de entrar no mundo que decide os rumos do desenvolvimento econômico e sustentável, a sociedade é cooptada pelos "donos dos porcos" a participar - capital social - estabelecendo uma fachada de sociedade para que a decisão sobre os rumos do mundo continue fechada à sociedade. Estratégia paradoxal soberba que a esquerda do mundo sorve como iguaria e dela se envenena. Estratégia que anula o porrete da Tia Rufina.

A produção científica em saúde pública, bem mais do que em outros campos da saúde, é (ou deveria ser) uma produção de conhecimentos, no ensino e na pesquisa, para mudar comportamentos do *policy-making* em saúde. Saúde pública é essencialmente política pública. Em saúde pública, a ciência não tangencia a política, ela a emprenha, ou deveria. Vejo uma produção acadêmica na saúde pública, qualquer que seja, uma tese, uma dissertação, um artigo, um curso de extensão, com um *status* diferenciado para mudar o rumo das coisas da política pública de saúde. Daí, a preocupação com o esvaziar gavetas no mundo acadêmico, sua desarmonia caótica entre pesquisadores e sua incapacidade de gerar sistemas inteligentes de articulação interpesquisas, sua característica de buscar soluções direcionadas para problemas pontuais por fatores de interesse não propriamente políticos.

A ocupação de espaços do poder decisório no aparelho de Estado brasileiro por quadros da inteligência acadêmica, no período de gestação da Reforma Sanitária, foi um dos principais fatores de impulsão para sua viabilidade. Agora, nascido e crescido, o SUS carece de uma "recauchutagem" que o re-signifique e o coloque mais afinado com sua missão original, cada vez mais exigida pelos rumos que as coisas da saúde vêm tomando.

A visão absolutamente legalista e restrita do Poder Judiciário sobre a doutrina do SUS, e sua relevância como ordenador das políticas de Estado de interesse da saúde, exige uma urgente aproximação nas áreas de formação e produção de conhecimentos no campo de interseção entre Direito e Saúde. Não fazê-lo, é manter em funcionamento uma bomba relógio que explodirá, em algum momento não distante.

Portanto, trans-setorializar o SUS - trans-setorializar a saúde pública - significa municiar os níveis decisórios no âmbito dos poderes constituídos: executivo, legislativo,

judiciário com idéias, dados, conhecimentos e argumentos, em grande parte nascidos no âmbito da produção acadêmica. O movimento sanitário foi uma boa escola no sentido de apontar e desenvolver políticas de Estado que culminaram com a criação do SUS. Sigamos a mesma linha.

A contínua desconsideração da categoria trabalho dos planos e ações de saúde pública, especialmente no campo da vigilância, contribui para manter o mundo dos processos produtivos à margem dos seus importantes mecanismos de controle sanitário: o das informações e suas intervenções decorrentes. À Anvisa, por inércia institucional e miopia constitucional, só resta ser chamada às falas para se posicionar em relação à saúde do trabalhador e ambiental. Coisa que esperávamos acontecesse no governo Lula, não aconteceu, mas continuamos esperando. Enquanto isso não ocorre, estados e municípios seguem se omitindo a essas questões, com a desculpa de que a Anvisa não lhes "fornece" as regras do jogo nessas áreas.

O contínuo afastamento entre o campo ambiental e o aparelho sanitário vem gerando e vai gerar, cada vez mais, duplicação de recursos e de esforços, contribuindo para a cultura de fragmentos, no âmbito das políticas públicas afins.

O destemido posicionamento do SUS frente ao desenvolvimento sustentável, fulcro desta tese, lamentavelmente, ainda é um punhado de palavras espargidas ao seu longo. Quem sabe, pudera, teremos ainda no Brasil, um desenvolvimento SUSTentável que tenha a saúde pública como primado, com as prerrogativas da autoridade de mudar o rumo das coisas.

Então, nesse momento, o da SUSTentabilidade, o Estado na posição de defender a saúde como bem inegociável, poderá negociar numa posição de força que a sua própria fraqueza não terá como impedir.

A incapacidade de se imiscuir nos "negócios" de Estado, cujo interesse recaia fortemente na saúde pública, deixa o SUS a ver navios no poder de influir em seus determinantes. A ver navios e a ver aquela mesma barca da sustentabilidade. Seu timoneiro, um neo-Noé, não tão justo, já deve ter escolhido os que se salvarão, pelo menos enquanto ela não afunda de vez. Por certo, não são os trabalhadores os escolhidos.

Adentrar as inúmeras possibilidades de trabalhar políticas públicas em saúde, na linha dos mecanismos controle-estímulo, fazer política de saúde para fora dos muros dos

serviços de saúde (transpor a gestão) e turbinar o olhar epidemiológico sobre os territórios, sob o prisma da saúde pública, pode ser um bom começo para revolucionar a revolução da saúde.

A rigor, a Reforma Sanitária foi (e é) uma utopia, levada parcialmente à realidade, de transformar o paradigma da saúde medico/hospitalocêntrica em saúde pública *lato sensu*. Não aconteceu, e é nas entranhas da academia que se descobre isto, apreende-se o porquê disto e tenta-se retomar isto. Sustento que o desenvolvimento sustentável é um bom pretexto para isto.

Com tudo isso e por tudo isso, por se tratar de uma tese de apontamentos, considerando o objetivo principal da tese: **Estabelecer apontamentos para uma Política de Estado nas relações entre Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável**, a "cesta" de conclusões, propostas enfim, efetivamente busca ser capaz de contribuir para a política de Estado, a partir da análise e reflexão sobre as estruturas, já bem consolidadas, mas guardando a sua limitação sobre as conjunturas de um mundo globalizado em que nem sempre o país é soberano o suficiente para atender às reais necessidades de seu povo. O capítulo 1 tratou de buscar essas aproximações.

De modo sintético, as conclusões podem ser sistematizadas, desde os seus marcos teóricos até chegar à operacionalidade (teatro de operações), na forma do que vamos rotulando de uma **Política de Estado em Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável**, considerando um plano de inserção do SUS em seu lugar de destaque, tanto no interior das iniciativas em andamento, como foi visto em diversos capítulos, quanto na formulação de longo prazo, como, por exemplo, na constituição de um plano de metas em saúde pública dirigido a essas vertentes, com base nas diretrizes assinaladas especialmente na introdução e nos capítulos 1, 6, 7, 8 e 9.

No contexto das discussões trazidas na tese, uma política de Estado tem como seu primado a formulação das políticas e a gestão das práticas, no âmbito da saúde pública, efetivando a revisão do comportamento não sistêmico do SUS, a partir do entendimento de que o SUS carece de mecanismos de articulação e ingerência transversal nas diversas faces institucionais do aparelho de Estado, empresariais, sindicais e sociais implicadas nas categorias analisadas (trabalho, meio ambiente, desenvolvimento).

Nessa perspectiva, qualquer plano dependerá de se resgatar a missão constitucional do SUS de articular e agir sobre os vários determinantes sociais, políticos e econômicos embrenhados na construção da saúde, a partir de princípios operativos (linhas de ação), que sintetizo nos parágrafos finais.

É totalmente factível a introdução de mecanismos de controle-estímulo nos estatutos vigentes, em suas diversas variáveis, conforme foi visto no capítulo 9, e a criação de novos estatutos que contemplem a questão da saúde ampliada como parâmetro de exigência de contrapartida na concessão de credenciais para a ação, especialmente nas situações em que o Estado é comprador de produtos e serviços.

Não se percebe grandes obstáculos para a revisão normativa com ampliação e adequação de seus objetos de ação, caso das citadas normas de vigilância e da Renast (como foi visto nos capítulos 5, 6 e 7), e para a criação de novos instrumentos condizentes com a perspectiva sistêmica do SUS, integralizando políticas esparsas e ações difusas em órgãos distintos. Nesse caso, em que normativas mais perenes passam pela articulação com o Congresso Nacional, como co-partícipe da elaboração de um plano de políticas públicas nessa área, uma posição mais firme e convincente do Poder Executivo depende de uma base teórico-metodológica consistente, à semelhança do que ocorreu com o movimento sanitário na década de 1980, nos anos pré-constituente⁸. O furor normativo do Ministério da Saúde, de que nos falava Arouca, pode mudar de rumo, em direção a uma efetiva trans-setorialidade.

Do mesmo modo, não há obstáculos para a ampliação das instâncias de controle social do SUS, no tocante ao objeto das políticas de saúde, e a sua inter-articulação com outras instâncias da sociedade organizada e de controle social de outras políticas, como foi visto ao longo da tese. O próprio controle social demanda permanentemente elementos de formação e capacitação de conselheiros. O enfoque da promoção da saúde, agregado das variáveis saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, aliado ao esforço do processo educativo permanente trans-setorial é a sua principal estratégia. Nessa linha, sustento que a participação das crianças e jovens nas instâncias de controle social é ponto nevrálgico, conforme foi visto no capítulo 9.

O empoderamento e readequação das instâncias inter-institucionais, como foi visto no capítulo 5, caminhando para a busca de uma instância mais agregadora de saúde

em sua relação com o trabalho e o desenvolvimento sustentável, com estatura nacional e envergadura política no aparelho de Estado, localizada institucionalmente em nível hierárquico com poder decisório e livre trânsito trans-setorial, é uma possibilidade que depende de rearranjos na estrutura do Poder Executivo.

A implementação de uma gestão *interna corporis* das estruturas de saúde com foco mais ostensivo nas articulações intrassetoriais, especialmente entre as diversas modalidades de vigilância da saúde e entre as várias instâncias assistenciais, com ênfase para a atenção primária - Pacs/PSF não vem tendo o merecido espaço na pauta das comissões intergestores (CIB e CIT) e nos seus conselhos nacionais (Conass e Conasems). É compreensível a irrelevância do tema na agenda dos gestores, em virtude de demandas emergenciais no campo da assistência, mas uma política que se pretenda priorizar atividades preventivas, como nos ensina a Constituição Federal/88, não pode ser adiada *ad infinitum*. Que a ampliação desse debate ganhe força de pressão sobre a gestão é um compromisso que também nos deve a academia e o campo de produção de conhecimentos em saúde pública.

Além disso, não há mais tempo e tolerância quanto à revisão do papel regulador da Anvisa, no sentido de reconsiderar as vertentes de vigilância dos ambientes e processos de trabalho e do meio ambiente como sua atribuição agregada, conforme os dispositivos constitucionais de atribuição do SUS (capítulo 7).

A redefinição do papel da Renast, conforme foi visto no capítulo 6, agregando os elementos ampliados da relação saúde, trabalho, meio ambiente e desenvolvimento ao seu cardápio de atribuições e desenvolvimento de ações, por seu turno, situa-se no nível da operacionalização, e sua readequação não implica em grandes mudanças estruturais, mas, tão somente, gerenciais e metodológicas. Nessa linha, o foco estratégico de sua redefinição é o da formação de seus recursos humanos.

Por fim, a especial conclusão deste trabalho é tentar contribuir para a gestão trans-setorial junto à área de produção de conhecimentos, no âmbito dos aparelhos formadores - ensino e pesquisa. Uma vez que suas reflexões situam-se no âmbito acadêmico, sua modesta contribuição é encetar maiores articulações entre as categorias de análise saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, considerando a rapidez com que se vem construindo novos modelos teóricos de sustentabilidade e a grande proximidade entre o

mundo acadêmico e o mundo da política nesse contexto. Os capítulos 2, 3, 4 e 5 buscaram demarcar essas linhas. Ainda, nessa perspectiva, a constituição de espaços de interseção entre os campos de formação do direito e da saúde, ampliando-os na direção de um novo campo de formulações e ações conjuntas, que sejam capazes de novas formulações, novas ousadias, novas descobertas.

O difícil exercício da coerência foi confrontado entre as hipóteses, seus pressupostos teórico-conceituais e os objetivos deste trabalho. Creio ter chegado ao humilde gesto aperfeiçoado.

É o modesto ponto de chegada para novas partidas.

E, vida que segue, voltando às origens, acabei ficando com as crianças. O título do filme de Stanley Kramer, de 1971, "Abençoei as feras e as crianças" ("Bless the beasts and children"), poderia ser um título alternativo a esta tese. Crianças, por elas mesmas, e feras pelos que continuam tentando mudar o rumo das coisas, embora estejam enjaulados com suas idéias num mundo que perde a olhos vistos seu sentido de dignidade e justiça, perde a capacidade de tentar todos os dias o gesto aperfeiçoado.

Por amor a Bertold Brecht e fidelidade a ele, já que em minha dissertação de mestrado, razão de eu ainda estar por aqui, ele foi meu inspirador e guia dialético, concluo esta conclusão com ninguém mais do que senão ele mesmo.

Elogio da Dialética⁸

A injustiça passeia pelas ruas com passos seguros.
Os dominadores se estabelecem por dez mil anos.
Só a força os garante.
Tudo ficará como está.
Nenhuma voz se levanta além da voz dos dominadores.
No mercado da exploração se diz em voz alta:
Agora acaba de começar:
E entre os oprimidos muitos dizem:
Não se realizará jamais o que queremos!
O que ainda vive não diga: jamais!
O seguro não é seguro. Como está não ficará.
Quando os dominadores falarem
falarão também os dominados.
Quem se atreve a dizer: jamais?
De quem depende a continuação desse domínio?
De quem depende a sua destruição?

Igualmente de nós.
Os caídos que se levantem!
Os que estão perdidos que lutem!
Quem reconhece a situação como pode calar-se?
Os vencidos de agora serão os vencedores de amanhã.
E o "hoje" nascerá do "jamais".

...

Notas

1 - Disponível em

<<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/02/14/materia.2007-02-14.8536290715/view>>
Acesso em 09/03/2007.

2 - Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#acs>> Acesso em 09/03/2007.

3 - Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornais/11.pdf>> Acesso em 09/03/2007.

4 - *O Globo*, p. 21, 07/03/2007. Rio de Janeiro.

5 - Ver capítulo 3 "*la salud obrera es la única que liberándose, libera también la salud de los demás hombres*" (Basaglia et al, 1980:73).

6 - Ver capítulo 4: Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 2003:134.

7 - Ver Brasil, 2006d.

8 - Disponível em

<<http://www.culturabrasil.org/brechtantologia.htm#Perguntas%20De%20Um%20Operário%20Que%20Lê>> Acesso em 12/03/2007.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiquim, 2005. Associação Brasileira da Indústria Química - Relatório Anual. São Paulo: Abiquim.
- Abrasco, 1990. Saúde e Trabalho: Desafios Para Uma Política. Rio de Janeiro: Comissão de Saúde e Trabalho/Abrasco.
- Abrasco, 2006. 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. 11º Congresso Mundial de Saúde Pública. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/index.php>> Acesso em 06/10/2006.
- Almeida, GES, 2000. P'ra que somar se agente pode dividir? Abordagens integradoras em saúde, trabalho e ambiente [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.
- Almeida Filho, N, 2004. Sobre as relações entre complexidade e transdisciplinariedade em saúde *in Caderno de Textos*. Projeto-Piloto da VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Almeida, S, 2004. Entraves e Perspectivas na construção da política de Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro - RJ: Um caso emblemático: a Casa da Moeda do Brasil [Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador]. Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz.
- Althusser, L, 1974. Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado. Lisboa: Editorial Presença/Biblioteca de Ciências Humanas.
- Alves, S, 2000. Saúde dos Trabalhadores e suas famílias - uma estratégia para o SUS no contexto do processo produtivo. Brasília: Ministério da Saúde [mimeografado].
- Andrade, ET & Kassawara, ME, 2004. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: variações sobre um modelo idealizado [Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador]. Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz [mimeografado].
- Anfip, 2004. SAT - Seguro Acidente de Trabalho no Brasil. Brasília: Anfip - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social.
- Antunes, R, 1995. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez. Campinas, Unicamp.
- Antunes, R, 2003. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde* 1(2):53-61. Rio de Janeiro.
- Anvisa, 2005. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Seminário nacional sobre agrotóxicos, saúde e ambiente. *Relatório*. Olinda (PE), 6-7 out [mimeografado].
- Área Técnica de Saúde do Trabalhador/Astec/SAS, 2003. Reestruturação da Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde e o Processo de Implantação da RENAST - Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde [mimeografado].
- Arias, M & Vera, JM, 2002. Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional ¿Una ayuda para los países pobres? *Colección de Cuadernos Cristianisme i Justicia* - n.112 in Centre d'estudis Cristianisme i Justicia - Fundació Lluís Espinal. Disponível em <<http://www.fespinal.com/espinal/lilib/es112.rtf>> Acesso em 28/08/2006.
- Arouca, S, 1988. Trecho de discurso proferido durante a Assembléia Nacional Constituinte. Disponível em <http://www.saudecongonghas.mg.gov.br/ver_noticia.asp?noticia_cod=348> Acesso em 07/03/2007.

- Arouca, S, 2002. Entrevista in *Radis* nº 3, out. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Banco Mundial, 1997. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial - O Estado num Mundo em Transformação. Washington: Banco Mundial.
- Augusto, LGS, 2002. Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador: perspectiva de uma nova aliança in Brasil. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Anais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Augusto, LGS, 2005. O desafio da integração das vigilâncias no Brasil. *Revista Brasileira de Vigilância Sanitária* 1(1): 75-78. São Paulo.
- Augusto, LGS & Novaes, TCP, 1999. Ação médico-social no caso do benzenismo em Cubatão. São Paulo: uma abordagem interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública* 15 (4):729-738. Rio de Janeiro.
- Barbosa, LP, 2006. Significados do Terceiro Setor: de uma nova prática política à despolitização da questão social. *Sociedade e Cultura* 9(1):173-186. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás.
- Barcellos, C & Quitério, LAD, 2006. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública* 40(1):170-177. São Paulo.
- Barros, M, 1990. Gramática Expositiva do Chão (Poesia quase toda). Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- Barros, M, 1993. O livro das Ignoranças. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- Basaglia F, Giovannini E, Miniati S, Pintor L, Pirella A *et al*, 1980. La salud de los trabajadores - aportes para una política de salud. México: Editorial Nueva Imagen.
- Benjamin, C, 1990. Nossos verdes amigos. *Revista Teoria e Debate* nº 12.
- Berlinguer, G, 1978. Medicina e Política. São Paulo: Cebes-Hucitec.
- Berlinguer, G, 1983. A Saúde nas Fábricas. São Paulo: Cebes-Hucitec.
- Bidet, J, 1993. Teoria de la modernidad. Buenos Aires: Ed. Letra Buena/Ed. El Cielo por Asalto.
- BNDES, 2006. Desenvolvimento Social - Objetivos. Disponível em <<http://www.federativo.bndes.gov.br/social/default.asp>> Acesso em 15/12/2006.
- Bobbio, N; Matteucci, N; Pasquino, G, 2004. Dicionário de Política. Brasília: Editora UNB.
- Bobbio, N, 2006. Nem com Marx, nem contra Marx. São Paulo: Editora Unesp.
- Bocchini, B, 2006. Em dois anos, 11 catadores de cana morreram por suposta exploração excessiva de trabalho in Agência Brasil. Disponível em <<http://www.radiobras.gov.br/abrn/brasilagora/materia.phtml?materia=251920>> Acesso em 02/12/2006.
- Bolívar, S, 1819. Discurso de Bolívar ante el Congreso de Angostura. Disponível em <<http://www.efemeridesvenezolanas.com/html/angostura.htm>> Acesso em 10/08/2006.
- Bonciani, M, 1994. Contrato coletivo e saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate* (45):53-58. Rio de Janeiro.

Bonoli, G, 2001. Political Institutions, Veto Points and the Process of Welfare State Adaptation in Pierson, P (ed.). *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Bottomore, T (ed), 2001. Dicionário do pensamento marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Bourdieu, P, 1998. Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neo-liberal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Braga, JCS & Paula, SG, 1981. Saúde e Previdência - Estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec.

Braga, TS, 2005. A controvérsia acerca do setor informal: formas de participação na produção e definição de políticas públicas. *Conjuntura e Planejamento* 132: 27-34. Salvador: SEI.

Brasil, 1986. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Brasília: Relatório Final - Boletim Informativo.

Brasil, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> Acesso em 14/05/2006

Brasil, 1991. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 1993. Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador. Relatório Final. Brasília: Ministério da Previdência Social/Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho.

Brasil, 1993b. Portaria Interministerial nº 18, de 09/11/1993. Brasília: Ministério da Previdência Social/Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho.

Brasil, 1994. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde/Divisão de Saúde do Trabalhador.

Brasil, 1994b. Ministério do Trabalho. *Fórum Nacional sobre Segurança e Saúde do Trabalhador no Contrato Coletivo de Trabalho*. Brasília: Ministério do Trabalho.

Brasil, 1995. Presidência da República: Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, Presidência da Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

Brasil, 1997. Ministério do Trabalho e Emprego. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais *in Segurança e Medicina do Trabalho*. São Paulo: Editora Atlas.

Brasil, 1998. Lei nº 9.605 - Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. Publicado no DOU de 13/02/1998. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9605.htm>> Acesso em 11/11/2006.

Brasil, 1998b. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 01/07/1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 1998c. Portaria nº 3.908, de 30/10/1998. Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 1999. Portaria nº 1339, de 18/11/1999. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2001. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da Opas/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde org. Dias, EC; Almeida, IM; Buschinelli, JTP; Mendes, R. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2002. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2002b. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737, de 16/05/2001, publicada no DOU nº 96, seção 1e, de 18/05/2001. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2002c. Ministério da Saúde. Cadernos de Saúde do Trabalhador - Legislação. Brasília: Editora MS.

Brasil, 2002d. Ministério da Saúde. Portaria nº 1679, de 19 de setembro de 2002. DOU nº 183 - Seção 1, sexta-feira, 20/09/2002.

Brasil, 2002e. Ministério da Saúde. Informe Saúde, ano VI, nº 182, quarta semana de setembro de 2002, Brasília.

Brasil, 2002f. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27/fev/2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União 2002; 28 fev.

Brasil, 2003. Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003 / DOU de 29/5/2003 - Alterado. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10683.htm>> Acesso em 11/11/2006.

Brasil, 2004. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004: Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm> Acesso em 30/10/2006.

Brasil, 2004b. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2004c. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2004d. Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente - Plano Nacional. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego.

Brasil, 2005. Portaria Interministerial nº 800, de 03/05/2005. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2005b. NOB/RH-SUS. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2005c. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor - Sisosp. Brasília: MPOG. Disponível em <http://www.servidor.gov.br/publicacao/boletim_contato/bol_contato_05/arquivos_down/051021_apres_ministro.pdf> Acesso em 15/11/2006.

Brasil, 2005d. A Educação Permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Ministério da Saúde/Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento da Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2005e. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm> Acesso em 13/11/2005.

Brasil, 2005f. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens - Orientações para a Organização de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2006. Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991 - DOU de 14/08/91 (Atualizada até Agosto/2006). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>> Acesso em 06/12/2006.

Brasil, 2006b. Ministério da Integração Nacional. Política Nacional de Ordenamento Territorial - PNOT (versão preliminar para discussão). Recife (PE). Disponível em <<http://www.integracao.gov.br/desenvolvimentoregional/publicacoes/pnot.asp>> Acesso em 12/11/2006.

Brasil, 2006c. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2006d. A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Faleiros, VP; Vasconcellos, LCF; Silva, JFS; Silveira, RMG (org.). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2006e. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2006f. O que é a CTPP. Ministério do Trabalho. Disponível em <<http://www.mte.gov.br/empregador/segsau/ComissoesTri/ctpp/oquee/default.asp>> Acesso em 06/10/2006.

Brasil, 2006g. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira.

Brasil, 2006h. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 - DOU de 25/07/91 (Atualizada até Setembro/2006). Disponível em <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8212.htm#T6>> Acesso em 11/12/2006.

Brasil, 2006i. Medida Provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em <http://www.anamt.org.br/legislacao/downloads/medida_provisoria_316_110806.pdf> Acesso em 21/12/2006.

Brasil, 2006j. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Disponível em <<http://www.andes.org.br/imprensa/Uploads/LEI%2011079.pdf>> Acesso em 15/12/2006.

Brasil, 2006l. Projeto de Lei do Senado nº 219, de 2006. Disponível em <http://legis.senado.gov.br/pls/prodasen/PRODASEN.LAYOUT_MATE_DETALHE.SHOW_INTEGRAL?t=8520> Acesso em 21/12/2006.

Brasil, 2006m. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Estatuto da Cidade. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10257.htm> Acesso em 21/12/2006.

Brasil, 2006n. Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Lei dos crimes ambientais. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9605.htm>> Acesso em 21/12/2006.

Brasil, 2006o. Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981. Lei da Política Nacional do Meio Ambiente. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L6938.htm>> Acesso em 21/12/2006.

Brasil, 2006p. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Lei da Ação Civil Pública. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L7347orig.htm>> Acesso em 22/12/2006.

Brasil, 2006q. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Lei de Responsabilidade Fiscal. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LCP/Lcp101.htm>> Acesso em 25/12/2006.

Brasil, 2006r. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm> Acesso em 23/12/2006.

Brasil, 2006s. Lei nº 10.748, de 22 de outubro de 2003. Programa Nacional de Estímulo ao Primeiro Emprego para os Jovens - PNPE. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.748.htm> Acesso em 25/12/2006.

Brasil, 2006t. Lei nº 10.940, de 27 de agosto de 2004. Altera e acrescenta dispositivos à Lei nº 10.748, de 22/10/2003. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.940.htm#art> Acesso em 25/12/2006.

Breilh, J, 2001. Eficacia del poder, retroceso del derecho y degradación del trabajo: el escenario regresivo de la Salud Laboral en America Latina: Conferência de Abertura in *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº 10.

Breilh, J, 2003. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(4): 937-951. Rio de Janeiro.

Bresser-Pereira, LC, 1998. La reconstrucción del Estado en América Latina. *Revista de la CEPAL*, nº extraordinario, oct, p.105-110.

Bresser-Pereira, LC, 2000. A Nova Esquerda: uma visão a partir do Sul. *Revista de Filosofia Política, nova série*, 6 (2000):144-178. Porto Alegre:UFRGS/Departamento de Filosofia.

Briassoulis, H, 1999. Sustainable development and the informal sector: an uneasy relationship? *Journal of Environment & Development* 8(3):213-237.

Brundtland, GH, 1991. *Nosso Futuro Comum*. Rio de Janeiro: FGV.

Brüseke, FJ, 1994. O problema do desenvolvimento sustentável in Cavalcanti, C (org.) *et al.* *Desenvolvimento e Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável*. INPSO/FUNDAJ, Instituto de Pesquisas Sociais, Fundação Joaquim Nabuco, Ministério da Educação. Recife-Brasil, out 1994. 262 p. Disponível em <<http://168.96.200.17/ar/libros/brasil/pesqui/cavalcanti.rtf>> Acesso em 10/09/2006.

Buarque, C, 2002. Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde (conferência) in Brasil. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Anais*. Brasília: Ministério da Saúde.

Camacho, K, 2006. Nenhuma decisão da Conferência da Saúde do Trabalhador foi implementada, afirma ministério in *Agência Brasil (15/04/2006)*, Presidência da República. Disponível em <<http://www.radiobras.gov.br/saudedotrabalhador/materias.php?materia=262176&q=1&editoria=>>> Acesso em 02/10/2006.

Cameira, RF, 1999. *Sistemas Integrados de Gestão: perspectivas de evolução e questões associadas*. Rio de Janeiro: XIX Encontro Nacional de Engenharia de Produção - Enegep.

Cantarino, G in Brasil, 2006d. A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo org. Faleiros, VP; Vasconcellos, LCF; Silva, JFS; Silveira, RMG. Brasília: Ministério da Saúde.

Cárcoba, A, 2006. Desde lo personal a un premio colectivo. Discurso por ocasião do recebimento do "Premio Nacional '28 de Abril' a la Salud y Seguridad en el Trabajo". Espanha, 26 oct. Recebido por internet em 03/10/2006 <RST-LAC@LISTSERV.CEPIS.ORG.PE>

Carnoy, M, 1990. Estado e teoria política. Campinas (SP): Papirus.

Carvalho, J, 2006. Só não desvia dinheiro hoje quem não quer. Rio de Janeiro: O Globo, seção O País, domingo, 26/11/2006, p 3-4.

Carvalho, AI, 2003. Política de Saúde e Organização Setorial do País. Documento preparado para o Curso de Especialização à Distância Auto-Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: EAD/Ensp/Fiocruz. Disponível em <http://www.ead-ensp.fiocruz.br/cursos/autogestao/ags/apresentacao/autogestao/contexto/tema4/tema4_c.html> Acesso em 17/07/2004.

Cavalcanti, C, 2003. Meio ambiente, Celso Furtado e o desenvolvimento como falácia. *Ambiente e Sociedade*. Campinas, 6 (1):73-84.

Carvalho, AI, 2006. O Sistema Único de Saúde e sua relação com o judiciário. Palestra proferida in Direito, Saúde e Meio Ambiente, 27/10. *Fórum Permanente de Debates sobre o Direito Ambiental*. Emerj/Fiocruz [comunicação oral].

Castells, M, 1998. O Estado-rede e a reforma da administração pública. *Reforma Gerencial* - Revista do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília, nº2, p.27-28.

Castro, H; Giannasi, F; Novello, C, 2003. A luta pelo banimento do amianto nas Américas: uma questão de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(4): 903-911. Rio de Janeiro.

Chauvier, J-M, 2005. Revisitando a Perestroika in *Le Monde Diplomatique* - Edições mensais, jun 2005. Disponível em <<http://diplouol.com.br/2005-06,a1124>> Acesso em 12/09/2006.

CNI-Sesi, 1999. Manual de operacionalização do programa Sesi Indústria Saudável. Brasília: Sesi-DN (Departamento Nacional) [mimeografado].

CNI-Sesi, sd. Sesi Indústria Saudável: um processo de qualidade no trabalho para empresas brasileiras [mimeografado].

Coimbra, JAA, 2000. Considerações sobre a interdisciplinaridade in Philippi Jr., A; Tucci, CEM; Hogan, DJ, Navegantes, R. *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais*. São Paulo: Signus.

Colombo, S, 2004. Aspectos conceituais do princípio do poluidor-pagador. *Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*, vol. 13:16-51, jul-dez 2004. Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Disponível em <<http://www.remea.furg.br/edicoes/vol13/art2.pdf>> Acesso em 21/12/2006.

Colombo, S, 2005. O princípio da precaução no Direito Ambiental. *Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*, vol. 14:122-131, jan-jun 2005. Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Disponível em <<http://www.remea.furg.br/edicoes/vol14/art10.pdf>> Acesso em 21/12/2006.

Conass, 2002. Nota Técnica ST/Conass nº 17/2002. Saúde do Trabalhador - 124ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde: Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Conceição, PSA; Nascimento, IBO; Oliveira, PS; Cerqueira, MRM, 2003. Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. *Cadernos de Saúde Pública* 19(1): 111-117. Rio de Janeiro.

Conselho Brasileiro de Manejo Florestal - FSC Brasil, 2006. Disponível em

<<http://www.fsc.org.br/index.cfm?fuseaction=conteudo&IDsecao=166>> Acesso em 14/12/2006.

Conselho Nacional de Saúde, 1997. Resolução nº 220, de 06/03/1997. Brasília. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res22097.htm>> Acesso em 03/10/2006.

Conselho Nacional de Saúde, 1999. Resolução nº 296, de 02/09/1999. Brasília. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso296.doc>> Acesso em 03/10/2006.

Conti, L, 1991. *Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente*. São Paulo: Hucitec.

Corazza, RI, 2005. Tecnologia e Meio Ambiente no debate sobre os Limites do Crescimento: notas à luz de contribuições selecionadas de Georgescu-Roegen. *Revista Economia - ANPEC*, 6 (2):435-461. Brasília: UNB.

Cordeiro, R; Sakate, M; Clemente, APG; Diniz, CS; Donalisio, MR, 2005. Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002. *Revista de Saúde Pública* 39(2): 254-60. São Paulo.

Corrêa, MJM, 2002. Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Estado do Rio Grande do Sul/Secretaria de Saúde. Of. PAIST nº 110/02 [mimeografado].

Cosat, 2002. O Ministério da Saúde e a Saúde do Trabalhador. Brasília: Cosat - Área Técnica de Saúde do Trabalhador/Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde [mimeografado].

Cosat, 2002. Multiprojetos Concêntricos de Saúde do Trabalhador no SUS. Documento apresentado na Oficina para a construção de metodologia de articulação interprojetos. Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz (08/03/2002) [mimeografado].

Costa DF, Carmo JC, Settimi MM, Santos UP, 1989. Programa de Saúde dos Trabalhadores - A experiência da Zona Norte: Uma alternativa em Saúde Pública. São Paulo: Hucitec.

Costa, EA, 2003. Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde *in* Brasil. Ministério da Saúde. *Direito Sanitário e Saúde Pública* (Aranha, MI, org.). Brasília: Ministério da Saúde.

Costa, JLR, 1984. Actividades de salud ocupacional en la red de servicios de salud. Experiencias de Campinas y Paulínia *in* Seminário/Taller Actividades de Salud Ocupacional en la red de Servicios de Salud. Campinas (SP) [mimeografado].

Costa, PP, 2006. Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da Educação Permanente em Saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Costa, NR, 1996. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. *Dados* 39 (3): 479-511. Rio de Janeiro.

Costa, RCR, 2002. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*, nº 18: 49-71. Rio de Janeiro.

CUT, 2001. Texto do Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente *in Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº10.

CUT, 2002. Posição da CUT sobre a proposta de Portaria (SAS) que institui a estruturação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador na Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS. São Paulo [mimeografado].

Dallari, DA, 2000. *Elementos de teoria geral do Estado*. São Paulo: Saraiva.

Dias, EC, 1994. A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia? [Tese de Doutorado]. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Dias, EC; Assunção, AA; Guerra, CB; Prais, HAC, 2002. Processo de trabalho e saúde dos trabalhadores na produção artesanal de carvão vegetal em Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 18(1):269-277. Rio de Janeiro.

Dias, EC & Hoefel, MG, 2005. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva* 10(4): 817-828. Rio de Janeiro.

Diesat, 1989. Insalubridade - Morte Lenta no Trabalho. São Paulo: Oboré.

Dodge, R *in* Brasil, 2006d. A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Faleiros, VP; Vasconcellos, LCF; Silva, JFS; Silveira, RMG (org). Brasília: Ministério da Saúde.

Drumond, F & Galvão, S, 2002. Correspondência de encaminhamento do Informe Saúde 182. Brasília: Área Técnica da Saúde do Trabalhador/Astec/SAS [mimeografado].

Drumond, J *in* Brasil, 2006d. A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Faleiros, VP; Vasconcellos, LCF; Silva, JFS; Silveira, RMG (org.). Brasília: Ministério da Saúde.

Ensp, 2005. Ensp em Movimento: Oficina de Vigilância e Saúde do Trabalhador (que visa adequar os cursos de pós graduação lato sensu à realidade do SUS, a partir da determinação de competências). Escola de Governo/Ensp/Fiocruz [mimeografado].

Escorel, S, 1999. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Escorel, S, 2006 *in* Brasil, 2006d. A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Faleiros, VP; Vasconcellos, LCF; Silva, JFS; Silveira, RMG (org.). Brasília: Ministério da Saúde.

Esping-Andersen, G, 1990. The three worlds of welfare capitalism. Princeton: Princeton Press.

Faleiros, VP, 1992. O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez.

Faria, LR, 1995. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis. Revista de Saúde Coletiva* 5 (1):109-127. Rio de Janeiro.

Faveret Filho, P & Oliveira, PJ, 1990. A universalização excludente - Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas - IPE A* nº 3:139-162. Rio de Janeiro.

Ferraz, F, 2004. Evolução Histórica do Direito do Trabalho. Disponível em <<http://www.advogado.adv.br/estudantesdireito/anhembimorumbi/fabioferraz/evolucaohistorica.htm>> Acesso em 6/8/2006.

Ferreira, ABH, 1986. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

Ferreira, AJ, Wardine, JF; Freire, LMB, 2004. Avanços e retrocessos nas ações de controle social na área da saúde do trabalhador: Um estudo do Conset - RJ. Trabalho apresentado ao Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FGV - Fundação Getúlio Vargas/Instituto de Documentação, 1987. Dicionário de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas.

Finkelman, J (org.), 2002. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Fiori, JL, 2003. O Duplo movimento. *Carta Capital*, ano IX, nº 225, jan 2003.

Fischer, RM & Falconer, AP, 1998. Desafios da parceria governo e terceiro setor. *Revista de Administração* 33 (1):12-19. São Paulo.

Fleury, S, 1995. Paradigmas da Reforma da Seguridade Social: Liberal Produtivista *Versus* Universal Publicista in Eibenschutz, C (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Fleury, S in Brasil, 2006d. A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Faleiros, VP; Vasconcellos, LCF; Silva, JFS; Silveira, RMG (org.). Brasília: Ministério da Saúde.

Floriani, D, 2000. Marcos conceituais para o desenvolvimento da interdisciplinaridade in Philippi Jr., A; Tucci, CEM; Hogan, DJ, Navegantes, R. *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais*. São Paulo: Signus.

Foladori, G, 2001. Limites do desenvolvimento sustentável. Campinas (SP): Ed.Unicamp.

Franco Netto, G & Carneiro, F, 2002. Vigilância Ambiental em Saúde no Brasil. *Ciência e Ambiente* v. 25, p. 47-58. Rio Grande do Sul.

Freire, LMB, 1998. Saúde do Trabalhador e Serviço Social - Possibilidades pelo avesso do avesso [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica/Serviço Social.

Freitas, CM, 2005. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública* 21(3):679-701. Rio de Janeiro.

Freitas, N, 2000. Sistema de gestão em segurança e saúde no trabalho e a participação dos trabalhadores. São Paulo: CUT [mimeografado].

Freud, S, 1974. O Mal Estar na Civilização. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Frey, K, 2003. Desenvolvimento sustentável local na sociedade em rede: o potencial das novas tecnologias de informação e comunicação. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba, 21, nov.2003:165-185.

Fukuyama, F, 1999. Social Capital and Civil Society. Prepared for delivery at the IMF Conference on Second Generation Reforms - oct. 1, 1999. Disponível em <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/seminar/1999/reforms/fukuyama.htm#I>> Acesso em 02/09/2006.

Fundacentro, 2006. Geisat. Atuação. Disponível em <http://www.fundacentro.gov.br/CTN/geisat_legislacao.asp?D=CTN> Acesso em 05/10/2006.

Funtowicz, S & Ravetz, J, 1997. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 4(2): 219-230.

Funtowicz, S & De Marchi, B, 2000. Ciencia posnormal, complejidad reflexiva y sustentabilidad in Leff, E, ed. La complejidad ambiental. México DF: Siglo XXI, p. 54-84.

Furtado, 1989. Ilha das Flores. Documentário [curta-metragem]. Disponível em <http://www.portacurtas.com.br/pop_160.asp?Cod=647&Exib=4897> Acesso em 22/12/2006.

Furtado, C, 1974. O Mito do Desenvolvimento Econômico. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Furtado, C, 1998. El nuevo capitalismo. *Revista de la CEPAL*, número extraordinário, oct 1998 p.17-20.
- Gabetto, JM, 1992. Tomografia computadorizada de alta resolução na silicose dos jateadores de areia [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da UFRJ.
- Galeano, 2004. Uselo y tirelo: el mundo visto desde una ecología latinoamericana. Buenos Aires: Booket.
- Gallopin, Gilberto, 2003. Sostenibilidad y desarrollo sostenible: un enfoque sistémico. Cepal: Serie Medio Ambiente y Desarrollo 64. Santiago-Chile.
- Galvão, LAC, 1989. Onde Vivemos, Onde Trabalhamos e o que Consumimos faz Mal à Saúde? Uma Contribuição à discussão sobre o Trabalho Epidemiológico na Área de Produção e Saúde: Ambiente, Trabalho, Consumo [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.
- Georgescu-Roegen, N, 1995. La d'écroissance: Entropie-Ecologie-Economie. Édition électronique. Présentation et traduction de MM. Jacques Grinevald et Ivo Rens. Nouvelle édition, 1995. [Première édition, 1979]. Paris: Éditions Sang de la terre, 1995, 254 p. Disponível em <http://classiques.uqac.ca/contemporains/georgescu_roegen_nicolas/dcroissance/la_dcroissance.pdf> Acesso em 07/09/2006.
- Gerschman, S, 2004. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Giraldo, L, 2003. Saúde e Vigilância Ambiental: um tema em construção. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. vol.12 n° 4. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.
- Gordon, TJ, 1994. The Delphi Method. AC/UNU Millennium Project. Disponível em <http://www.futurovenezuela.org/_curso/5-delphi.pdf> Acesso em 23/10/2006.
- Goulart, F in Brasil, 2006d. A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Faleiros, VP; Vasconcellos, LCF; Silva, JFS; Silveira, RMG (org). Brasília: Ministério da Saúde
- Graça, L, 1999. Europa: uma tradição histórica de protecção social dos trabalhadores (Parte I) in *Promoção da Saúde no Trabalho: A Nova Saúde Ocupacional?* Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, C/A -Cadernos Avulsos, 1, 96 p. Disponível em <<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos25.html>> Acesso em 14/10/2005.
- Guattari, F, 1990. As Três Ecologias. Campinas (SP): Papyrus Editora.
- Guedes, JS in Brasil, 2006d. A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Faleiros, VP; Vasconcellos, LCF; Silva, JFS; Silveira, RMG (org.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Guimarães, R (org), 1978. Saúde e Medicina no Brasil - Contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal.
- Hardin, G, 1968. The Tragedy of Commons. *Science* 162:1243-1248.
- Herrera, AO; Scolnick, HD; Chichilinsky, G; Gallopin, GC; Hardoy, JE; Mosovich, D; Oteiza, E; Romero, GL; Suárez, CE & Talavera, L, 2004. ¿Catastrofe o Nueva Sociedad? Modelo mundial latinoamericano 30 años después (2ª ed.). IIED-AL - Instituto Internacional de Medio Ambiente y Desarrollo/IDRC - Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, 2004. 156 p.

Hobbes, T, 1984. *Leviatã ou matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil*. São Paulo: Abril Cultural. Coleção Os Pensadores.

Hoefel, MG; Dias, EC; Silva, JM, 2005. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST in 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Coletânea de textos*, Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência Social.

Hopwood, B; Mellor, M & O'Brien, G, 2005. Sustainable Development: Mapping Different Approaches. *Sustainable Development* 13, 38–52 (2005). Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).

Hypolito, CM & Pamplona, EO, 1999. *Sistemas de Gestão Integrada: Conceitos e Principais Considerações em uma Implantação*. Rio de Janeiro: XIX Encontro Nacional de Engenharia de Produção - Enegep.

Ibase - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas, 1983. *Saúde e Trabalho no Brasil*. Petrópolis (RJ):Vozes.

IBGE, 2002. Perfil dos Municípios Brasileiros - Meio Ambiente 2002. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=363&id_pagina=1> Acesso em 06/12/2006.

IBGE, 2005. *Economia Informal Urbana 2003*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IBPT, 2006. Carga tributária brasileira atinge 37,82% do PIB em 2005, crescendo 1,02 ponto percentual. Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário. Disponível em <http://www.deleon.com.br/cargatributaria_2005.doc> Acesso em 21/12/2006.

InfoRedeST, 2000. *Cosat - Informativo em Rede - Saúde do Trabalhador no SUS*, nº 4. Brasília: Ministério da Saúde [mimeografado].

Jacques, H in Brasil, 2006d. *A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Faleiros, VP; Vasconcellos, LCF; Silva, JFS; Silveira, RMG (org). Brasília: Ministério da Saúde

Jaeger, ML, 2001. Texto apresentado pela representante do CONASS in *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº 10.

Jung, CG, 1987. *Psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.

Jung, CG, 1988. *Aspectos do drama contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.

Jung, CG, 1996. *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira.

Kerstenetzky, CL, 2005. Políticas Sociais: focalização ou universalização? Textos para discussão TD 180, out, UFF / Economia. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense. Disponível em <http://www.assistenciasocial.rj.gov.br/downloads/biblioteca/Politicassociais_Focalizacao%20ou%20Universalizacao.pdf> Acesso em 24/10/2006.

Kliksberg, B & Tomassini, L, 2000. *Capital social y cultura: claves estratégicas para el desarrollo*. Banco Interamericano de Desarrollo.

- Kliksberg, B, 2002. América Latina: uma região de risco, pobreza, desigualdade e institucionalidade social; tradução de Norma Guimarães Azeredo. Brasília: Cadernos UNESCO Brasil. Série desenvolvimento social 1.
- Kliksberg, B, s/d. Entrevista disponível em <http://www.riovoluntario.org.br/imprensa/b_kliksberg.html> Acesso em 27/08/2006.
- Kuhn, T, 1972. The structure of scientific revolutions. Chicago University Press, Chicago.
- Kupfer, D, 2006. Os dois alvos móveis do desenvolvimento produtivo in *Valor econômico*, 3 mai. Disponível em <<http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/kupfer030506.pdf?PHPSESSID=e1647b725c7aad99eebdf0cdeca9001d#search=%22Valor%20Econ%C3%B4mico%20Kupfer%20%22Os%20dois%20alvos%20m%C3%B3veis%22%22>> Acesso em 30/08/2006.
- Labra, ME, 2001. Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. *Ciências em Saúde Coletiva* 6 (2):361-376. Rio de Janeiro.
- Labra, ME, 2005. La reinvencción neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de salud in Informe alternativo sobre la salud en America Latina - Observatorio Latinoamericano de Salud. Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud - Ceas.
- Lacaz, FAC, 1992. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Texto de Apoio. Curso Pré-congresso. III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Porto Alegre: Abrasco.
- Lacaz FAC, 1997. Saúde dos Trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública* 13 (Supl. 2): 7-19.
- Lacaz, FAC, 2000. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva* 5(1):151-161. Rio de Janeiro.
- Lacaz, FAC, 2002. Desenvolvimento, Ambiente, Trabalho e Saúde in Brasil. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Caderno de Textos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Lacaz, FAC, 2005. Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória in Brasil. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Textos de Apoio*, Coletânea nº 1. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência Social.
- Lacaz, FAC, 2005b. Controle Social e Saúde do Trabalhador in 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador - São Paulo. Trabalhar sim, Adoecer não. *Relatório Final*. Disponível em <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/cms/0019/rel_final_3CMST.pdf> Acesso em 03/10/2006.
- Lacaz, FAC; Machado, JHM; Porto, MFS, 2002. Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Relatório Final. Brasília: Opas [mimeografado].
- Laurell, AC, 1995. La Logica de la Privatización en Salud in Eibenschutz, C (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Laurell, AC & Noriega, M, 1989. Processo de Produção e Saúde - Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec.
- Larrain, M, 1999. El Consenso de Washington: ¿Gobernador de Gobiernos? Disponível em <<http://members.tripod.com/~propolco/4sem/washington.htm>> Acesso em 31/08/2006
- Latour, B, 1999. O curto-circuito da economia in *Folha de São Paulo* (caderno Mais!), de 7/2/1999, p.5-3.

- Leff, E, 2000. Complexidade, Interdisciplinaridade e Saber Ambiental in Philippi Jr., A; Tucci, CEM; Hogan, DJ, Navegantes, R. *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais*. São Paulo: Signus.
- Leroy, J-P; Bertucci, AA; Acselrad, H; Pádua, JA; Schlesinger, S & Pacheco, T, 2002. Tudo ao mesmo tempo agora: desenvolvimento, sustentabilidade, democracia: o que isso tem a ver com você? Petrópolis-RJ: Vozes.
- Lesbaupin, I, 2000. Poder local x exclusão social. A experiência das prefeituras democráticas no Brasil. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Lesbaupin, I & Mineiro, A, 2002. O Desmonte da nação em dados. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Lima, JC, 2001. A teoria do capital social na análise de políticas públicas. *Política e Trabalho* nº17:46-63.
- Lima, LQ, 1997. Alternativas tecnológicas ao jateamento de areia seca: a busca da incorporação de novos elementos na avaliação das exposições [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.
- Lima, LQ, 1997. Alternativas tecnológicas ao jateamento de areia seca: a busca da incorporação de novos elementos na avaliação das exposições. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.
- Lima, LQ & Machado, JMH, 1994. A Silicose entre os trabalhadores da indústria naval in IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife (PE).
- Lima, NT; Gerschman, S; Edler, FC; Suárez, JM (org), 2005. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lima, RB, 2001. O princípio da participação em gestão ambiental: a fronteira entre gerir e gestar. Brasília: Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília [mimeografado].
- Lino, D, 1995. Meio Ambiente e Saúde e as Condições de Trabalho in *Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho – Conteúdos Básicos Para Uma Ação Sindical*. São Paulo: CUT.
- Locke, J, 2005. Segundo Tratado sobre o Governo. São Paulo: Martin Claret.
- Lotufo, M, 2005. Informações do âmbito de gestão estadual. Análise da gestão em Secretarias Estaduais de Saúde in Brasil. Ministério da Saúde. *Gestores do SUS - olhares e vivências*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Lowy, M, 1991. Ideologia e Ciências Sociais – Elementos para uma Análise Marxista. São Paulo: Cortez Editora.
- Lucchese, G, 2001. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.
- Luckács, G, 1974. História e Consciência de Classe. Porto: Publicações Escorpião.
- Luz, MT, 1979. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro: Graal.
- Machado, JMH, 1996. A heterogeneidade da intervenção: alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.
- Machado, JMH, 1997. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública* 13(Supl. 2):33-45. Rio de Janeiro.

Machado, JMH, 2004. Ação transversal intersetorial - entre o racional e o conjuntural. Texto contribuição da Abrasco para o Encontro Preparatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. São Paulo, nov 17-18 [mimeografado].

Machado, JMH; Costa, DF; Cardoso, LM; Arcuri, A, 2003. Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador relacionados à exposição ao benzeno no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(4):913-921. Rio de Janeiro.

Machado, JMH & Porto, MFS, 2003. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 12 (3). Brasília.

Machado, JMH; Porto, MFS; Lima, LQ, 1994. As alternativas tecnológicas e a saúde do trabalhador na indústria naval in IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife (PE).

Machado, JMH; Ribeiro, FSN; Vasconcellos, LCF, 1992. Busca ativa de casos e diagnóstico radiológico em Silicose in: II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Belo Horizonte (MG).

Machado, PAL, 1991. Direito Ambiental Brasileiro. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

Maimon, D, 1994. Responsabilidade ambiental das empresas brasileiras: realidade ou discurso? in Cavalcanti, C (org.) *et al.* Desenvolvimento e Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável. INPSO/FUNDAJ, Instituto de Pesquisas Sociais, Fundação Joaquim Nabuco, Ministério da Educação, Recife-Brasil, out 1994. 262 p. Disponível em <<http://168.96.200.17/ar/libros/brasil/pesqui/cavalcanti.rtf>> Acesso em 10/09/2006.

Mannheim, K, 1966. Ideologia y Utopia – Introducción a la Sociología del Conocimiento. Madrid: Aguilar Sa de Ediciones.

Mannheim, K, 1986. Ideologia e Utopia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara.

Marcuse, H, 1981. Idéias sobre uma Teoria Crítica da Sociedade. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Martins, ED, 1999. A mídia e a saúde do trabalhador: a experiência de um sindicato na luta pela saúde - um estudo de caso [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Martinez-Alier, J, 2005. Metabolic profiles of countries and ecological distribution conflicts. United Nations University, Tokyo, 25 Nov., and Inst. of Economic Growth, University Of Delhi, 7 Dec. 2004, revised In June 2005.

Marx, K & Engels, F, 1974. A Ideologia Alemã. São Paulo: Martins Fontes.

Marx, K & Engels, F, 1990. Manifesto do Partido Comunista. Petrópolis: Ed. Vozes, 3ª ed.

Mattos, UAO; Porto, MFS; Freitas, NBB, 1995. Novas Tecnologias, Organização do Trabalho e seus Impactos na Saúde e no Meio Ambiente in *Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho – Conteúdos Básicos Para Uma Ação Sindical*. São Paulo: CUT.

Mauro, CA; Carvalho, PF; Costa, JLR, 2002. A questão ambiental demandando novas formações sócio-espaciais in Brasil. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Anais*. Brasília: Ministério da Saúde.

Mazmanian, DA & Sabatier, PA, 1989. Implementation and Public Policy. New York/London: Lanham.

Meadows, D; Meadows, D, Randers, J & Behrens, W, 1972. Limites do crescimento: um relatório para o Projeto do Clube de Roma sobre o dilema da humanidade. São Paulo: Perspectiva.

Médici, AC, 1995. Saúde: modelos de gestão descentralizada. Alternativas para o Brasil *in* Velloso, JPR, Albuquerque, RC & Knoop, J (coord.). *Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Altos Estudos – Instituto Latino-Americano de Desenvolvimento Econômico e Social.

Meirelles, LA; Ribeiro, FSN; Vasconcellos, LCF, 1995. Um Modelo Participativo de Intervenção em Saúde do Trabalhador - O Caso Ilustrativo da Casa da Moeda do Brasil. Trabalho apresentado no XV Congresso Nacional de Engenharia de Produção. São Carlos - São Paulo.

Melo, AISC, 1993. Contracena de diferentes: a saúde do trabalhador como prática social e a percepção dos trabalhadores [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social/Pontifícia Universidade Católica.

Melo, MS *in* Berlinguer, G, 1983. A Saúde nas Fábricas. São Paulo: Cebes-Hucitec.

Mendes, EV (org.), 1993. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Mendes, EV, 1996. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec.

Mendes, EV, 1996. O sistema único de saúde um processo social em construção *in* CADRHU - Texto de Apoio-Unidade, p.45-64. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoi/ACF9371.pdf> Acesso em 26/07/2006.

Mendes, G, 2004. Atendimento bancário fora da lei. *Jornal da Alerj* ano II nº 34, 24-30 mar. Rio de Janeiro: Alerj.

Mendes, R, 1982. Salud Ocupacional - Un area prioritaria en la salud de los trabajadores. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana* 93(6), dic. Trabajo presentado en el VI Congreso Interamericano de Prevención de Riesgos Profesionales. Caracas, Venezuela, oct 1981.

Mendes, R, 1986. Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: Contribuição para a Definição de uma Política [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Mendes, R, 2003. Produção Científica Brasileira sobre Saúde e Trabalho, Publicada na Forma de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado, 1950-2002. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. 1 (2):87-118. Belo Horizonte (MG).

Mendes, R & Campos, ACC, 2004. Saúde e Segurança no Trabalho Informal: Desafios e Oportunidades para a Indústria Brasileira. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* (2) 3:209-223. Belo Horizonte (MG).

Mendes, R & Dias, EC, 1991. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública* 25(5): 341-349.

Mendes, R & Waissmann, W, 2003. Aspectos históricos da Patologia do Trabalho *in* Mendes, R (org.) *Patologia do Trabalho*. São Paulo: Editora Atheneu.

M'Gonigle, RM, 1999. Ecological economics and political ecology: towards a necessary synthesis. *Ecological Economics* (28):11-26.

- Minayo, MCS, 1992. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.
- Minayo-Gomez, C & Thedim-Costa, SMF, 1997. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública* 13(Supl. 2):21-32. Rio de Janeiro.
- Minayo-Gomez, C & Thedim-Costa, SMF, 2003. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(1):125-136.
- Ministério da Saúde, 2000. Projeto Empresa Saudável - Termo de referência/Cosat/Dape/SPS. Brasília: Ministério da Saúde [mimeografado].
- Ministério da Saúde, 2000b. Empresa Saudável. Projeto desenvolvido em parceria com a Opas. Brasília: Área Técnica de Saúde do Trabalhador/Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde [mimeografado].
- Ministério da Saúde, 2002. Gesthos - gestão hospitalar - capacitação à distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde (Módulo II - Gestão Contemporânea nas Organizações de Saúde). Brasília: Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde: Projeto Reforsus.
- Ministério da Saúde, 2002b. Saúde do Trabalhador para um Novo País. Brasília: Cosat. Documento encaminhado à equipe de transição do governo Lula [mimeografado].
- Ministério da Saúde, 2005. Protocolo de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat). Texto em discussão. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPE/Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: Cosat [mimeografado].
- Miranda, AC, 1997. A vigilância em saúde na indústria naval: o caso dos trabalhadores em atividade de pintura em um estaleiro do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.
- Monken, M & Barcellos, C, 2005. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública* 21(3):898-906. Rio de Janeiro.
- Montesquieu, CS, 1996. O espírito das leis. São Paulo: Martins Fontes.
- National Medical Association, 2002. Health Parity for African Americans: "The Slave Health Deficit" in *National Colloquium on African American Health*. Disponível em <<http://nmanet.org/images/uploads/Racism%20in%20Medicine.pdf>> Acesso em 07/08/2006.
- Netz, JA & Mendes, JMR, 2006. O massacre dos trabalhadores bancários e a ação sindical: sobre jornadas, metas excessivas, pressão, medo, práticas gerenciais autoritárias *versus* práticas preventivas. *Boletim da Saúde* (20) 1: 25-34. Porto Alegre (RS): Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul/Escola de Saúde Pública.
- Nicolescu, B, 1997. Projeto Ciret-Unesco - Evolução Transdisciplinar da Universidade. Congresso Internacional: Que Universidade para o amanhã? Em busca de uma evolução transdisciplinar da universidade. Locarno (Suíça). Disponível em <<http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/locarno/locapor4.htm>> Acesso em 26/10/2006.
- Nicolescu, B, 1998. The Transdisciplinary Evolution of the University, Condition for Sustainable Development in *Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires* (Ciret), nº 12, feb. Disponível em <<http://nicol.club.fr/ciret/bulletin/b12/b12.htm>> Acesso em 27/10/2006.

Nobre, 2001. A Prática Atual de Saúde do Trabalhador - Nós Críticos in *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº 10.

Nogueira, DP, 1984. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. *Revista de Saúde Pública* 18:495-509. São Paulo.

Noronha, EG, 2003. "INFORMAL", ILEGAL, INJUSTO: percepções do mercado de trabalho no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* (18) 53:111-129. São Paulo.

Nunes, MTG, 2005. A Lei das Parcerias Público-Privadas no Brasil. Disponível em <http://www.ahkbrasil.com/upload_arq/Veirano%20Advogados%20-%20A%20Lei%20das%20Parcerias%20P%C3%BAblicas-Privadas%20no%20Brasil%20-%202024.11.05.pdf> Acesso em 15/12/2006.

Oddone , I; Marri, G; Gloria, S; Briante, G; Chiatella, M; Re, A, 1986. Ambiente de Trabalho - A luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec.

O'Donnell, G, 1977. Apuntes para una teoría del Estado. Buenos Aires: Cedes (Documento Cedes, 9, 49p.).

Offe, C, 1989. Trabalho e Sociedade - Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "Sociedade do Trabalho". Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

OIT, 1994. Negociações Coletivas. São Paulo: LTr; Brasília: OIT.

OIT, 2006. Panorama Laboral 2006 - América Latina y el Caribe. Lima: OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

Oliveira, F, 1989. A economia da dependência imperfeita. Rio de Janeiro: Graal.

Oliveira, JAA & Teixeira, SMF, 1985. (Im)Previdência social. 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis (RJ): Vozes-Abrasco.

Oliveira, LSB, 1994. A Intervenção do Estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 1980 [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Oliveira, LSB, 1994. Negociação coletiva na indústria naval: uma experiência (ainda) carente de maiores resultados. Rio de Janeiro: DRT [mimeografado].

Oliveira, LSB; Pinto, VRS; Silva, JFS; Brito, MMBL; Gutierrez, PR; Vasconcellos, LCF, 2000. Projeto Empresa Saudável - Desenvolvimento do projeto. Brasília: Ministério da Saúde [mimeografado].

Oliveira, LSB & Pinto, VSR, 2000. Projeto Empresa Saudável - Desenvolvimento do projeto (2). Brasília: Ministério da Saúde [mimeografado].

Oliveira, LSB; Ribeiro, FSN; Vasconcellos, LCF, 1991. DEPRO - Declaração das Empresas quanto ao Processo de Produção relacionado às questões de Saúde e Meio Ambiente. Trabalho apresentado no 2º Congresso Argentino de Patologia do Trabalho, Buenos Aires/Argentina. Apresentado sob a forma de Projeto de Lei à Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, nº 724/91 [mimeografado].

Oliveira, MD, s/d. ONGs, sociedade civil e terceiro setor em seu relacionamento com o Estado no Brasil. Disponível em <http://www.rits.org.br/idac.rits.org.br/ongs/idac_ongs_1.html> Acesso em 18/08/2006.

Oliveira, MHB, 1996. Política Nacional de Saúde do Trabalhador (1980-1993) - Uma Análise a Partir do Direito e da Legislação Específica [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Oliveira, MHB & Vasconcellos, LCF, 1992. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil - Muitas Questões sem Respostas. *Cadernos de Saúde Pública* 8(2):150-156. Rio de Janeiro.

Oliveira, MHB & Vasconcellos, LCF, 2000. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. *Saúde em Debate* 24 (55):92-103. Rio de Janeiro.

Oliveira, MHB & Vasconcellos, LCF, 2005. Direito e Saúde - possibilidades de um novo campo na luta pela saúde do trabalhador in Brasil. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Textos de Apoio*, Coletânea nº 1. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência Social.

Oliveira, MHB; Vasconcellos LCF; Oliveira, LSB; Ribeiro, FSN, 1995. Análise da Política de Saúde do Trabalhador nos anos 80. Rio de Janeiro: Relatório de Pesquisa do CNPq [mimeografado].

Oliveira, MHB; Vasconcellos LCF; Oliveira, LSB; Ribeiro, FSN, 1997. Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública* (13)3:425-433. Rio de Janeiro.

Oliveira, PAF, 2006. Algumas curiosidades do modelo brasileiro de combate ao trabalho infantil. *Inclusão Social* 1 (2):92-95, abr-set. Brasília: Ibict.

Oliveira, PRA, 2005. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP in 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Textos de Apoio - Coletânea nº 1. Brasília: Ministério da Saúde/Cosat.

Oliveira, RMR, 2001. A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Oliveira, SG, 1996. Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador. São Paulo: LTr.

Opas, 1992. Año de la Salud de los Trabajadores. *Boletín de la Oficina Panamericana de Salud*, 113 (3). Washington, DC: Opas.

Opas, 1999. Atenção Primária Ambiental. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde. Divisão de Saúde e Ambiente. Programa de Qualidade Ambiental.

OMS - Organización Mundial de la Salud, 2002. 55ª Asamblea Mundial de la Salud WHA55.11: Novena sesión plenaria, Punto 13.3 del orden del día 18 de mayo de 2002. A55/VR/9. Disponível em <www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5549.pdf> Acesso em 28/02/2005.

OMS/Unicef, 1978. Declaração de Alma Ata in Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set.

Ortiz, AR; Iamashita, CE; Baytista, E; Leite, GL; Kehrig, RT; Coelho, SMKT, 1996. A Proposta da Reforma do Aparelho de Estado e suas possíveis implicações no SUS, Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública/Departamento de Prática de Saúde Pública. São Paulo: *Série Monográfica*, nº 5.

Palermo, FKO, 2005. A reestruturação do Sistema Único de Saúde através das parcerias público-privadas. *Revista Brasileira de Vigilância Sanitária* 1(4): 270-287. São Paulo.

Paraguassú, L, 2006. Com só 0,55% da meta cumprida, Primeiro Emprego é abandonado. *O Estado de São Paulo*, Nacional, 24 de abril. São Paulo.

Pereira, JCR & Otani, K, 1983. A Saúde Ocupacional como atividade de Saúde Pública: uma experiência *in Anais do II Congresso Paulista de Saúde Pública e I Congresso Nacional da Abrasc*. São Paulo.

Pignati, WA; Machado, JMH; Cabral, JF, 2007. Acidente rural ampliado: o caso das "chuvas" de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde - MT. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 12 (1): 863-872. Rio de Janeiro.

Pinheiro, TMM, 1996. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: A Vigilância do Conflito e o Conflito da Vigilância [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas.

Pinheiro, TMM; Ribeiro, FSN; Machado, JMH, 2005. Vigilância em Saúde do Trabalhador *in 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Coletânea de textos*, Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência Social.

Pinto, VSR, 2000. Privatização do Seguro Acidente de Trabalho: Uma proposta de avaliação do grau de prevenção [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ.

Piola, SF; Vianna, SM; Vivas-Consuelo, D, 2002. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública* 18(Suplemento):181-190. Rio de Janeiro.

PNES, 2001. Programa Nacional de Eliminação da Silicose. Documento preliminar. Brasília: OIT [mimeografado].

Pnud - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2005. Informe sobre Desarrollo Humano 2005. Disponível em <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanol/pdf/HDR05_sp_complete.pdf> Acesso em 14/01/2007.

Polanyi, K, 1947. Nuestra Obsoleta Mentalidad de Mercado. Artigo publicado originalmente em *Commentary* 13, 1947. Esta versão provém de Polanyi, Karl. *Economie primitive, arcaiche e moderne*, Giulio Einaudi ed. Turin, 1980. Disponível em <<http://www.red-vertice.com/fep/textos/Teoria4.pdf#search=%22Karl%20Polanyi%20%22Commentary%2013%2C%201947%2C%20109-117%22%22>> Acesso em 27/08/2006.

Polanyi, K, 1980. A Grande Transformação: as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Campus.

Popper, K, 1975. A lógica da pesquisa científica. São Paulo: Cultrix/Edusp.

Portes, A, 2000. Capital social: origens e aplicações na sociologia contemporânea. *Sociologia*, set, nº 33, p.133-15.

Porto, MFS, 1991. Aspectos conceituais sobre risco tecnológico. Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz [mimeografado].

Porto, MFS, 2001. Saúde, trabalho e ambiente nos territórios da exclusão: elementos para uma promoção da saúde transformadora no Brasil. *Bahia Análise & Dados SEI* (10) 4: 245-252. Salvador (BA).

Porto, MFS, 2005. Saúde do Trabalhador e o Desafio Ambiental: Contribuições do Enfoque Ecosocial, da Ecologia Política e do Movimento pela Justiça Ambiental. *Ciência & Saúde Coletiva*,10: 829-839.

- Porto, MFS, 2006. Conflitos sócioambientais na lógica da Justiça Ambiental. Apresentado no 1º Seminário Internacional Direito e Saúde ENSP/FIOCRUZ, 21/06/2006. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arq2571.ppt> Acesso em 11/09/2006.
- Porto, MFS & Almeida, GES, 2002. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(2):335-347.
- Porto, MFS & Freitas, CM, 2003. Vulnerability and industrial hazards in industrializing countries: an integrative approach. *Futures*, 35: 717-736.
- Possas, C, 1981. Saúde e Trabalho - A crise da Previdência Social. Rio de Janeiro: Graal.
- Poulantzas, N, 1977. Poder Político e as Classes Sociais. Lisboa: Dinalivro.
- Prefeitura Municipal de Cantagalo, 1995. Projeto de Regulamento do Programa Municipal de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro: Câmara Municipal de Cantagalo.
- Prieto, C, 1996. Karl Polanyi: Critica del mercado, critica de la economía. *Política y Sociedad*, nº 21.
- Pró-Cidadania, 2006. Necessidade de Controle das Organizações do 3º Setor. Disponível em <<http://www.procidadania.org.br/noticias/index.php?id=51>> Acesso em 15/11/2006.
- Przeworski, A, 1989. Capitalismo e Social Democracia. São Paulo: Companhia das Letras.
- Putnam, R, 1993. The prosperous community: social capital and public life. *The American Prospect*, nº 13.
- Putnam, R, 1996. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Ramazzini, B, 2002. As Doenças dos Trabalhadores. São Paulo: Fundacentro.
- Rattner, H, 2003. Indicadores Sociais e Planificação do Desenvolvimento. *Revista Espaço Acadêmico*, nov. Disponível em <<http://www.espacoacademico.com.br/030/30rattner.htm>> Acesso em 12/09/2006.
- Rêgo, MA; Machado, JMH; Lacaz, FAC; Facchini, LA, 2001. Investigação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador in *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº 10.
- Rêgo, MA; Mendonça, ACO; Sá, ACS; Lopes, DMC; Moura, FP; Alcântara, TQN, 2005. Saúde do Trabalhador nos Congressos Brasileiros de Epidemiologia. *Revista Baiana de Saúde Pública* 29 (1): 69-79, jan-jun. Salvador.
- Ribeiro, FSN, 1995. A Vigilância como Prática de Cidadania ou de Tutela? Trabalho elaborado para o Fórum Permanente do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro [mimeografado].
- Ribeiro, FSN, 2000. Metodologia Progressiva e Integrada de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS - Uma Proposta de Trabalho. Documento da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro [mimeografado].
- Ribeiro, FSN, 2004. Exposição ocupacional à sílica no Brasil: tendência temporal, 1985 a 2001 [Tese de Doutorado]. São Paulo: Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Ribeiro, FSN; Ramos Junior, A; Pinheiro, T; Buschinelli, T, 2001. Vigilância em Saúde do Trabalhador - o que está por vir... *in Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº 10.

Ribeiro, FSN & Vasconcellos, 1995. Controle social em saúde do trabalhador - a prática do discurso e o discurso na prática. Trabalho apresentado no I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. Curitiba (PR), 7-9 nov.

Ribeiro, FSN & Vasconcellos, LCF, 1996. A Saúde do Trabalhador no Contexto da Globalização Econômica do Cone Sul - Mercosul. *Documento preparado para a Oficina de Trabalho "Integração Regional em Saúde do Trabalhador no Contexto do Mercosul"*. Rio de Janeiro: Uerj.

Ribeiro, FSN; Vasconcellos, LCF; Machado, JMH, 1997. Controle Social No SUS: A Construção de um espaço democrático a partir da Saúde do Trabalhador *in V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Águas de Lindóia (SP).

Ribeiro, HP, 1997. Lesões por esforços repetitivos (LER): Uma doença emblemática. *Cadernos de Saúde Pública* 13 (Supl. 2):85-93. Rio de Janeiro.

Ribeiro, HP & Lacaz, FAC (org), 1984. De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo: Diesat.

Ribeiro, HP, 2002. Estratégias de avanço na construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador: o velho e o novo dessa política *in Brasil, 2002*. Ministério da Saúde, *Anais da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde.

Riedel, U, 1995. Estudo sobre contrato coletivo de trabalho. *Cadernos Debate Diap* - Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar nº 1. Brasília: Diap.

Rifkin, J, 1995. O fim dos empregos. São Paulo: Makron Books.

Rigotto, RM, 2001. Dez anos de Saúde do Trabalhador no SUS! *in Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº 10.

Rigotto, RM; Conceição, P; Miranda, AC; Ieno, GL; Pinto, N, 2001. Capacitação em serviço, graduação e pós-graduação em Saúde do Trabalhador *in Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº 10.

Rigotto, RM, 2003. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6 (4). Brasília.

Rigotto, RM, 2004. O "progresso" chegou. E agora? As tramas da (in)sustentabilidade e a sustentação simbólica do desenvolvimento [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Ceará.

Rigotto, RM, 2005. Saúde dos Trabalhadores e Ambiente: por um desenvolvimento sustentável? Desenvolvimento sustentável: o que é? *in Brasil*. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Textos de Apoio*, Coletânea nº 1. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência Social.

Robinson, WI, 1998. La globalización capitalista y la transnacionalización del Estado. Trabalho apresentado no "Taller Transatlántico sobre 'Materialismo Histórico y la Globalización' - Universidad de Warwick, abr 1998. Disponível em <<http://www.rcci.net/globalizacion/2000/fg138.htm>> Acesso em 12/11/2006.

Rohde, GM, 1994. Mudanças de Paradigma e Desenvolvimento Sustentado in Cavalcanti, C (org.) et al. Desenvolvimento e Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável. INPSO/FUNDAJ, Instituto de Pesquisas Sociais, Fundação Joaquim Nabuco, Ministério da Educação. Recife-Brasil, out 1994. 262 p. Disponível em <<http://168.96.200.17/ar/libros/brasil/pesqui/cavalcanti.rtf>> Acesso em 10/09/2006.

Romeiro, AR, 2001. Economia ou economia política da sustentabilidade? Texto para Discussão. IE/UNICAMP n. 102, set.

Rousseau, J-J, 1999. Do Contrato Social. São Paulo: Nova Cultural.

Sabroza, P, s/d. Vigilância em Saúde. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf>> Acesso em 23/10/2006.

Sachs, I, 1993. Estratégias de transição para o século XXI in Bursztyn, M (org.). *Para pensar o desenvolvimento sustentável*. São Paulo: Brasiliense.

Sady, JJ, 2006. A respeito do "Dia Nacional da Conciliação" - 13/12/2006. Diap - Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (on-line). Disponível em <<http://www.diap.org.br/default.asp?codigo1=9257#9257>> Acesso em 14/12/2006.

Salamon, L, 1998. A emergência do terceiro setor - uma revolução associativa global. *Revista de Administração* 33 (1):5-11. São Paulo.

Sampaio, N, 2006. Bancos terão que cumprir lei da fila. *O Globo* 4ª feira, 13/12/2006. Seção Economia / Defesa do Consumidor. Rio de Janeiro.

Santana, VS, 2006. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. *Revista de Saúde Pública* 40 (N Esp):101-11. São Paulo.

Santos, A & Bittencourt, RR, 2005. Perspectivas para a construção de uma nova consciência coletiva que conceba a vigilância sanitária como rede: Redevisa. *Revista Brasileira de Vigilância Sanitária* 1(2): 133-140. São Paulo.

Santos, BS, 2002. Os processos da globalização in *A Globalização e as Ciências Sociais* / Boaventura de Souza Santos (org.). São Paulo: Cortez.

Santos, L, 2000. Saúde do Trabalhador - Conflito de competência: União, Estados e Municípios - Interface Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde - Representação do Brasil/Organização Mundial da Saúde.

Santos, LAC, 1985. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais* 28 (2):193-210. Rio de Janeiro.

Santos, M, 2003. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva* 8(1):309-314.

Santos, NR, 2001. Exposição do Representante do Conselho Nacional de Saúde in *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº 10.

Santos, UP; Wunsch Filho, V; Carmo, JC; Settimi, MM; Urquiza, SD; Henriques, CMP, 1990. Sistema de vigilância epidemiológica para acidentes de trabalho: experiência na Zona Norte do Município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública* 24: 286-93,1990. São Paulo.

Santos, WG, 1998. Décadas de Espanto e Uma Apologia Democrática. Rio de Janeiro: Rocco.

Sato, L, 2001. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 17(1):147-152. Rio de Janeiro.

Schneider, A, 2005. Resende, Rio de Janeiro: Plano Municipal de Ordem Pública. *Divulgação em Saúde para Debate, Série Conasems - Saúde e Paz* 33, p.16-30. Rio de Janeiro.

Schmidt, MLG & Godinho, PH, 2006. Um breve estudo acerca do cotidiano do trabalho de produtores rurais: intoxicações por agrotóxicos e subnotificação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 31 (113): 27-40. São Paulo: Fundacentro

Schwartzman, S & Schwartzman, FF, 2004. O Trabalho Infantil no Brasil. Texto preparado por solicitação do Escritório da Organização Internacional do Trabalho no Brasil. Disponível em <http://www.schwartzman.org.br/simon/pdf/trab_inf2004.pdf> Acesso em 26/12/2006.

Schwartz, Y, 2004. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. *Trabalho, Educação e Saúde* 2(1): 33-55. Rio de Janeiro.

SES/RJ, 1990. Resolução da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - SES/RJ nº 605 de 27/12/90.

Sesi, s/data. Indústria Saudável [mimeografado].

Siqueira, ED, 2004. Memórias póstumas de uma categoria em transformação: a formalização do trabalho informal. *Organizações Rurais e Agroindustriais* (6) 2: jul-dez, Lavras. Disponível em <<http://www.dae.ufla.br/revista>> Acesso em 23/12/2006.

Silva, DJ, 2000. O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental in Philippi Jr., A; Tucci, CEM; Hogan, DJ, Navegantes, R. *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais*. São Paulo: Signus.

Silva, DTC, 1999. Processos de vigilância em Saúde do Trabalhador: relato de um ceireiro de experiências em Barra do Piraí [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Silva, JFS, 2002. Parecer emitido pela equipe técnica da Cosat/SPS sobre a proposta de Portaria SAS que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde do Trabalhador - Cosat [mimeografado].

Silva, JM; Carmo, JC; Ávila, CM; Pozzi, MPS, 2001. Informação e Comunicação em Saúde do Trabalhador in *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº 10.

Silva, JFS, 2002. Apresentação in Brasil. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Anais*. Brasília: Ministério da Saúde.

Silva, LM, 2003. Negociação coletiva em saúde do trabalhador: segurança em máquinas injetoras de plástico. *São Paulo em Perspectiva* 17(2): 23-31.

Silva, ZP & Coroa, ML, 2005. Vigilância sanitária: um histórico discursivo. *Revista Brasileira de Vigilância Sanitária* 1(1): 3-15. São Paulo.

Siqueira Neto, JF, 1994. Relações de trabalho e a perspectiva de adoção do contrato coletivo de trabalho no Brasil in Ministério do Trabalho. *Fórum Nacional sobre Segurança e Saúde do Trabalhador no Contrato Coletivo de Trabalho*. Brasília: Ministério do Trabalho.

Soares, F; Soares, S; Medeiros, M; Osório, RG, 2006. Cash transfer programmes in Brazil: impacts on inequality and poverty. UNDP - United Nations Development Programme/International Poverty Centre, working paper number 21, june 2006.

Sobrinho, ZP, 1999. Trabalho: uma instituição condenada à morte? *in Coletânea doutrinária*. Caxias do Sul (RS): Editora Plenum.

Souza, CAV, 2000. Análise de acidentes de trabalho em indústrias de processo contínuo: estudo de caso na Refinaria de Duque de Caxias, RJ [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Souza, MMC, 1999. A transposição de teorias sobre a institucionalização do welfare state para o caso dos países subdesenvolvidos. Texto para discussão nº 695. Rio de Janeiro: Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Sposati, A, 2002. Regulação social tardia: característica das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio *in VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Lisboa, Portugal, 8-11 oct. Disponível em <http://www.assistenciasocial.rj.gov.br/downloads/biblioteca/biblioteca_2/Regulacao%20Social%20Tardia.pdf> Acesso em 26/10/2006.

Stahel, AW, 1994. Capitalismo e Entropia: Os aspectos ideológicos de uma contradição e a busca de alternativas sustentáveis *in Cavalcanti, C (org.) et al.. Desenvolvimento e Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável*. INPSO/FUNDAJ, Instituto de Pesquisas Sociais, Fundação Joaquim Nabuco, Ministério da Educação. Recife-Brasil, out 1994. 262 p. Disponível em <<http://168.96.200.17/ar/libros/brasil/pesqui/cavalcanti.rtf>> Acesso em 10/09/2006.

Stiglitz, J, 2005. Entrevista concedida à *Revista Desafios do Desenvolvimento* IPEA/PNUD, Edição 14, set. 2005. Disponível em <<http://www.desafios.org.br/Edicoes/14/artigo13463-1.asp?o=s>> Acesso em 04/09/2006.

Tambellini, AT, 1978. O Trabalho e a Doença *in* Guimarães, R (org). Saúde e Medicina no Brasil - Contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal.

Tambellini, AT, 1986. Em direção a uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Brasília: Ministério da Saúde/1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador [mimeografado].

Tambellini, AT, 1988. Avanços na formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: As atividades subordinadas à área das relações produção e saúde. Texto originalmente apresentado à I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (Brasília - 1986). Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz [mimeografado].

Tambellini, AT & Câmara, VM, 1998. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva* 3(2):47-59. Rio de Janeiro.

Teich, DH, 2002. A Terra pede socorro. *Revista Veja* (35) 33:80-87, 21 ago 2002.

Teixeira, CF, 1999. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(2):287-303. Rio de Janeiro.

Teixeira CF; Paim JS; Vilasboas, AL, 1998. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 7(2):7-28. Brasília.

Teixeira, SMF, 1985. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. *Cadernos de Saúde Pública*, dez, vol.1, nº 4:400-417. Rio de Janeiro.

Terra, S, 2000. Saúde Pública/Promoção da Saúde/Qualidade de Vida *in Tema/Radis nº 19: Cidades Saudáveis*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

Toledo, A, 1998. Economía de la biodiversidad. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Red de Formación Ambiental para América Latina y el Caribe. Serie Textos Básicos para la Formación Ambiental N° 2, México.

Tor, D, 2006. Sistema Integrado Gestión Ambiental, Seguridad y Salud Ocupacional. Montevideo (Uruguay): Sociedad de Ecología Médica y Social. Disponível em <http://www.ergonomia.cl/d_tor.html> Acesso em 14/12/2006.

Turci, SRB, 1994. Avaliação toxicológica, clínica, laboratorial e citogenética de soldadores da indústria naval [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

UNEP - United Nations Environmental Program, 2002. Global Environmental. Outlook.3 - Past, Present and Future Perspectives. London: Earthscan Publications.

Uriarte, OE, 1994. Negociação coletiva na América Latina: situação atual e alternativas propostas *in* Ministério do Trabalho. *Fórum Nacional sobre Segurança e Saúde do Trabalhador no Contrato Coletivo de Trabalho*. Brasília: Ministério do Trabalho.

Valência, A, 2000. Cidades Saudáveis - Projeto e Movimento *in Tema/Radis nº 19: Cidades Saudáveis*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

Valente, LA & Settimi, MM, 1998. Considerações e Propostas sobre a Política de Saúde do Trabalhador na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo *in Revista do Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália "Proteção à saúde nos ambientes de trabalho"*. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo/Secretaria de Estado da Saúde.

Vargas Netto, JG, 2005. A Saúde do Trabalhador ante os vários enfoques de desenvolvimento sustentável *in* III Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador (15/10/2005 – São Paulo) Disponível em <http://www.cip.saude.sp.gov.br/CEREST/Notas_e_comunicacoes/pal_joaogvargas.htm> Acesso em 03/10/2006.

Varillas, W, 2005. El trabajo infantil peligroso en América Latina *in* Informe alternativo sobre la salud en América Latina - Observatorio Latinoamericano de Salud. Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud - Ceas.

Vasconcellos, LCF, 1991. Sonata para Ideologia e Arquétipo. Trabalho apresentado ao mestrado em Saúde Pública da Ensp. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz [mimeografado].

Vasconcellos, LCF, 1994. Os Caminhos do Caminho: a municipalização como estratégia de consolidação da saúde do trabalhador no setor saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Vasconcellos, LCF, 1995. Negociação Coletiva em Saúde do Trabalhador: Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde como Estado Participante. *Texto preparado para o Fórum Permanente do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador*. Rio de Janeiro [mimeografado].

Vasconcellos, LCF, 1995b Revendo o papel da previdência social na questão de saúde do trabalhador: alguns pontos para reflexão. *Documento preparado para a reunião do Grupo de Trabalho sobre o Seguro Acidente de Trabalho no Ministério da Previdência Social*. Brasília, 24 de janeiro de 1995 [mimeografado].

Vasconcellos, LCF, 1996. A fiscalização das condições, dos ambientes e dos processos de trabalho, em sua relação com a saúde dos trabalhadores - Reflexões sobre a competência do Sistema Único de Saúde - SUS.

São Paulo: Documento preparado para a reunião temática da Cist/CNS - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde [mimeografado].

Vasconcellos, LCF, 1999. Relações saúde-trabalho na infância e juventude. *Texto preparado para a Cátedra Internacional de Juventude, Educação e Emprego em Tempo de Globalização*, 28-29 dez. Rio de Janeiro: UNIRIO - Fundação MUDES/Instituto Brasileiro da Juventude [mimeografado].

Vasconcellos, LCF, 2000. Breves Reflexiones acerca de lo que se debe tener en cuenta para una Política Nacional de Salud de los Trabajadores. *Salud de los Trabajadores* 8(2):133-137. Maracay - Venezuela.

Vasconcellos, LCF, 2000b. Rede Nacional de Saúde do Trabalhador. Texto para debate. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Cosat [mimeografado].

Vasconcellos, LCF, 2001. Saúde do Trabalhador: Sugestões para o debate nas Conferências Estaduais Preparatórias para a Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília [mimeografado].

Vasconcellos, LCF, 2002. A Construção de aplicativos de saúde nos sistemas político-institucionais capazes de dar sustentabilidade ao desenvolvimento sustentável. Anteprojeto de Tese de Doutorado apresentado à UNB/Centro de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: UNB [mimeografado].

Vasconcellos, LCF, 2005. Ementas: Curso básico de capacitação de Vigilância em Saúde do trabalhador & Curso de preparação para multiplicadores para capacitação em Vigilância em Saúde do Trabalhador. Brasília/Rio de Janeiro: Cosat/Fiocruz [mimeografado].

Vasconcellos, LCF *in* Brasil, 2006d. A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Faleiros, VP; Vasconcellos, LCF; Silva, JFS; Silveira, RMG (org.). Brasília: Ministério da Saúde.

Vasconcellos, LCF & Oliveira, LSB, 2001. A saúde do trabalhador no contexto do processo de terceirização no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde do Trabalhador & Meio Ambiente* 1(2):4-11. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Vasconcellos, LCF & Pignati, WA, 2006. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. *Ciência & Saúde Coletiva* 11(4):1105-1115. Rio de Janeiro.

Vasconcellos, LCF & Ribeiro, FSN, 1995. A Pesquisa Epidemiológica no Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador - Panorama Atual do Estado do Rio de Janeiro. Trabalho apresentado na Oficina de Trabalho de Saúde do Trabalhador do III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Salvador. [mimeografado].

Vasconcellos, LCF & Ribeiro, FSN, 1997. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública* 13(2):269-275. Rio de Janeiro.

Vasconcellos, LCF; Ribeiro, FSN; Souza, CAV; Matos, RPC; Pinto, VRS, 1997. Gestão ambiental e Controle Social - Uma perspectiva para o Mercosul. Trabalho apresentado no 17º Enegep - Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Gramado (RS).

Vasconcellos, LCF & Silva, JFS, 2004. Uma década de saúde do trabalhador no setor saúde: tempo de construção, avanços e desafios. *Saúde em Debate* 28(68):191-205. Rio de Janeiro.

Velloso, MP; Valadares, JC; Santos, EM, 1998. A coleta de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro: um estudo de caso baseado na percepção do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva* 3(2):143-150. Rio de Janeiro.

- Verthein, MAR & Minayo-Gomez, C, 2000. A construção do "sujeito-doente" em LER. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 7(2):327-45. Rio de Janeiro.
- Viana, ALD'a & Dal Poz, M, 1998. A reforma do setor saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 8 (2):11-48. Rio de Janeiro.
- Vilas, CM, 2000. Estado y mercado en la globalización: la reformulación de las relaciones entre política y economía. *Revista de Sociologia e Política* n° 14: 29-49. Curitiba (PR).
- Vilas, CM, 2000b. Más allá del "Consenso de Washington"? Un enfoque desde la política de algunas propuestas del Banco Mundial sobre reforma institucional. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, n° 18, oct 2000. Caracas: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.
- Vilela, RAG; Iguti, AM; Almeida, IM, 2004. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública* 20(2):570-579. Rio de Janeiro.
- Waissmann, W, 2000. A "Cultura de Limites" e a desconstrução médica das relações entre saúde e trabalho [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.
- Williamson, J, 2000. What Should the World Bank Think about the Washington Consensus? *The World Bank Research Observer*, 15 (2):251-64.
- Wisner, A, 1994. A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro.
- Wolfensohn, J, 2002. Banco Mundial: Tiempo para la acción. Discurso ante la Junta de Gobernadores. Washington, DC, 29 de septiembre de 2002. Disponível em <<http://www.bancomundial.org/reuniones/anuales/pressrel.htm>> Acesso 24/08/2006.
- Wünsch Filho, V; Settimi, MM; Ferreira, CSW; Carmo, JC; Santos, UP; Martarello, NA; Costa, DF, 1993. Sistema de informação para a ação: subsídios para a atuação prática dos Programas de Saúde dos Trabalhadores a nível local. *Cadernos de Saúde Pública* 9(2):136-148. Rio de Janeiro.
- Wünsch Filho, V, 2004. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2 (2):103-117. Belo Horizonte (MG).
- WWF, 2006. Living Planet Report. Gland (Suíça): World Wild Fund for Nature.
- Yanes, L, 2003. El trabajo como determinante de la salud. *Salud de los Trabajadores* 11:1-22. Maracay (Venezuela).