

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA

Adriana Kelly Santos

*Análise do processo comunicativo mediado por impressos: o ponto de vista dos atores dos
Programas de Saúde do Trabalhador.*

Dissertação apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.

Área de concentração: Saúde, Trabalho e
Ambiente

Orientadora: Prof^a. Dr^a Brani Rozemberg

Rio de Janeiro, 2003

Às pessoas de raro valor, que pelo testemunho de amor, humanidade e fé transformam a realidade em que vivem e contribuem para uma vida mais justa e digna. A meus pais Ivo e Laura, à irmã Ione e à amiga Brani.

Essa conquista é para vocês!

Agradecimentos

À Dr^a. Brani Rozemberg, pela disponibilidade e compromisso dedicados à presente investigação. Obrigado pelo carinho e amizade com que me orientou.

Aos trabalhadores da construção civil aqui representados pelos senhores Manoel Teles, Leônidas e Alberto, exemplos de luta pela dignidade no trabalho e na vida.

Ao Dr. Minayo, pela generosidade, amizade e por palavras, essenciais, nos momentos difíceis e alegres. Obrigada fiel amigo.

À Dr^a. Silvia Jardim, pela oportunidade de ter trabalhado em seu programa de pesquisa, pois foi fundamental para que hoje esse projeto seja uma realidade concreta de trabalho.

A Dr^a. Inesita, pelo carinho e atenção disponibilizados na correção deste trabalho. Sua contribuição abriu novas/outras possibilidades no diálogo com a realidade.

Aos meus irmãos e sobrinhos pelo companheirismo em todos os momentos de minha vida, em especial, a Gi, Seba, Rafaela, Priscila e Vanessa pela amizade incondicional. Aos sobrinhos Helga e Rodrigo, pela paciência e disponibilidade durante a realização desse trabalho.

Aos amigos de Minas Gerais, por acreditarmos nos sonhos e na possibilidade de viver o inesperado contando com a presença amiga e sincera de quem gostamos. Em especial, agradeço a Maria Neves e Célia Moura pelas atitudes carinhosas e de confiança.

Às instituições que contribuíram com o envio de impressos e pelas entrevistas concedidas.

À Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, pela bolsa concedida.

Resumo

O estudo analisa o processo comunicativo das instâncias públicas que intervêm na relação entre saúde e trabalho. Utilizamos como mediação os impressos (cartazes, cartilhas e folders) produzidos pelas instâncias dos Ministérios da Saúde e do Trabalho para a realização de uma pesquisa de recepção de mensagens por trabalhadores para os quais tais impressos se dirigem. Optamos pela triangulação de técnicas metodológica por meio dos seguintes métodos: análise documental, entrevistas semi-estruturadas com os formuladores de mensagens, a participação em eventos da área da Saúde do Trabalhador e os grupos focais com os trabalhadores da construção civil para o estudo de recepção de mensagens. Objetivamos oferecer subsídios para que o campo da Saúde do Trabalhador possa aprimorar as práticas comunicativas adotadas e favorecer a reflexão dos níveis de participação dos trabalhadores nas práticas implementadas por essa área.

Através da confrontação da bibliografia existente com as entrevistas com gestores dos PST realizamos uma revisão do histórico das ações de saúde do trabalhador. Para conhecer a comunicação impressa dos programas analisamos 80 impressos sendo (55%) de folders, (31%) de cartilhas e (14%) de cartazes produzidos no período de 1994 a 2002. Identificamos que 68% dos impressos são dirigidos para os *trabalhadores em geral* e apenas 32 % se dirigem para algum *público específico*. As temáticas abordadas referem a notificação; a divulgação institucional; aos direitos dos trabalhadores; aos agravos a saúde e às medidas de segurança/prevenção de acidentes/doenças no trabalho. As intenções dos formuladores de mensagens são as de informar, orientar e prescrever normas e padrões de comportamento ao leitor. Avaliamos 11 impressos junto a trabalhadores da construção civil e identificamos: a importância de especificar a audiência; as contradições entre os pontos de vistas dos interlocutores no processo comunicativo relativas as temáticas saúde e controle social, as diferenças na escolha de formatos e estilos dos impressos.

Discutimos que o pólo emissor apresenta uma concepção instrumental de educação/comunicação e suas práticas educativas destinam-se a transmissão de conhecimento de forma linear e verticalizada. Os sujeitos do processo comunicativo ocupam lugares distintos e claramente demarcados. A saúde é discutida de maneira ampliada pelo pólo receptor enquanto o pólo emissor se restringe a reproduzir os discursos oficiais das práticas sanitárias e do modelo biomédico. Os níveis de participação dos

trabalhadores são restritos e mediados por superestruturas: os conselhos de saúde dos trabalhadores. Concluímos que há um distanciamento entre os núcleos comunicativos e sugerimos a inclusão do pólo receptor no processo de produção de materiais educativos/informativos como uma estratégia para ampliar os níveis de participação dos trabalhadores nas ações de saúde do trabalhador.

Abstract

This study analyzes the communicative process of the public instances that intervenes in the relation between health and work. The object of the present study are printed materials (posters, tutorials and folders). Which are produced by the instances of the work and health Ministries for the accomplishment of a research involving the message reception by workers to who such materials are designed. We opted by the triangulation of methodological techniques by means of the following methods: documentary analysis; half structured interviews with health professionals who elaborated the materials; the participation in events of the worker's health care are and focus groups with workers of the civil construction for the study of message reception. This study aims to offer subsidies so that the worker's health care could improve communicative practices and favour the reflection on the levels of the worker's participation in the implementation of policies in this area.

Through the confrontation of the existing bibliography with the PST managers interviews, we developed a revision in the records of worker's health care policies. In order to recognize the printed materials of the programs we analysed 80 of them: 55% of folders, 31% do tutorials and 14 % of posters produced in the period from 1994 to 2002. We identified that 68% of the printed material are addressed to workers in general and only 32% are addressed to specific public. The thematic regards the notification; the institutional marketing; the rights of the workers the aggrating situation of health an security measures to prevent accidents an illnesses at work. The health professional intentions when elaborating the material are to inform, guide an prescribe norms and behavior standards for the reader. We evaluated 11 printed materials with the workers of civil construction and it was identified the importance to specify the audience; the contradictions among the interlocutor's point of view within the communicative process – regarding health and social control thematic; the differences in choice of format an style of printed materials.

We identified and analised that the emitting nucleus not only presents on instrumental conception of education an communication, but also its educational practices are addressed to the transmission of knowledge in linear an verticalized way. The subjects of the communicative process occupy distinct places which are clearly demarcated. Health

is discussed in a extended way by the receptive scope, while the emitting nucleus is restricted to the reproducticon of the official speeches of sanitarial practices an the biomedical model. The worker's level of participation are restricted and mediated by superstructures: worker's health care councius. We concluded that there is a gap among the communicative nucleus and we suggest the inclusion of receptive scope in the process of educational material production as a strategy to extend the levels of the worker participation in worker's health care policies.

Sumário

1. Apresentação	1
2. Objetivos.....	6
2.1. Objetivos gerais	6
2.2. Objetivos específicos.....	7
3. Hipóteses	7
CAPÍTULO I - Pressupostos Teórico-metodológicos	11
1. Pressupostos teóricos.....	12
1.1. A noção de saúde.....	12
1.2. A educação em saúde	15
1.3. O conceito de representação social.....	19
1.4. A comunicação e saúde	21
2. Pressupostos metodológicos.....	26
CAPÍTULO II – Procedimentos Metodológicos.....	29
2.1. A dinâmica da realidade: descrição do passo a passo metodológico	30
2.1.1. O levantamento dos Programas de Saúde do Trabalhador existentes no Rio de Janeiro e em São Paulo e de materiais impressos.....	30
2.1.2. A análise documental	31
2.1.3. Entrevistas semi-estruturadas	32
2.1.4. Participação em eventos do campo da Saúde do Trabalhador.....	33
2.1.5. Estudo de recepção de mensagens.....	36
2.1.3. Forma de apresentação dos resultados e discussão	39
CAPÍTULO III - Do Campo da Saúde do Trabalhador aos Programas de
Saúde do Trabalhador	40
3.1. A configuração do campo da Saúde do Trabalhador.....	41
3.2. Programas de Saúde do Trabalhador.....	47
3.2.1. O que são os Programas de Saúde do Trabalhador ?.....	47

3.2.2. Experiências de implantação dos PST no Rio de Janeiro.....	50
3.2.3. Experiências de implantação dos PST em São Paulo.....	53
3.2.4. A importância da constituição das equipes na configuração dos PST	55
3.2.3. Desafios e impasses na configuração dos PST.....	57
3.2.3.1. O processo de institucionalização dos PST: “Quem faz o que?”	57
3.2.3.2. As ações realizadas nos PST: conquistas e desafios.....	60
3.3. A implementação do controle social: a participação dos trabalhadores nos PST	70

CAPÍTULO IV - A Prática Comunicativa nos Programas de Saúde do.....

Trabalhador 81

4.1. A perspectiva emissional: as dimensões do processo comunicativo..... 82

4.2. Mapeamento do processo de busca dos materiais: na trilha dos impressos dos PST 90

4.3. Análise dos produtos: visibilidade da prática comunicativa por impressos..... 94

4.3.1. Formato, autor e ano..... 94

4.3.2. A segmentação do público: a ‘ *Quem* ’ se dirigem os impressos ? 96

4.3.3. Os problemas em foco: temáticas eleitas e as intenções em jogo 100

4.3.3.1. Notificação 101

4.3.3.2. Divulgação..... 104

4.3.3.3. Direitos do trabalhador 106

4.3.3.4. Riscos de acidentes/doenças e medidas de segurança/prevenção relacionadas com o trabalho 108

CAPÍTULO V- Para que servem os impressos: o “ponto de vista” dos trabalhadores da construção civil 117

5.1. Situando o processo investigativo 118

5.2. Resultados da avaliação da prática comunicativa por impressos: o “olhar” e o “saber” dos trabalhadores da construção civil..... 120

CAPÍTULO VI - Conclusões..... 151

<i>Referências Bibliográficas</i>	160
<i>Anexo I</i>	168
<i>Programas de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro</i>	168
<i>Programas de Saúde do Trabalhador do Estado do São Paulo</i>	169
<i>Anexo II</i>	171
Instâncias Produtoras de Impressos	171

1. Apresentação

A construção deste trabalho teve início pela inserção da autora como “técnica” em um dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) existentes no Estado do Rio de Janeiro. Nesse cenário é que se colocava o desafio de inter-relacionar teoria e prática. Isso permitiu uma reflexão crítica contextualizada e a construção dos significados dessa experiência e, assim, a realidade foi transformada em perguntas, iniciando-se o processo de investigação empírica.

A *imersão no campo*, possibilitou a confrontação de alguns dos pressupostos teóricos da área de estudos da Saúde do Trabalhador com as experiências dos PST. Principalmente, os que se referem à busca pela intersetorialidade e a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos da intervenção nos processos de trabalhos.

Consideramos que o olhar de quem está no *mundo do vivido* (Schutz *apud* Minayo, 1995), ou seja, o da experiência, favorece o cuidado e o critério na coleta das informações, no inter-relacionar teoria e prática e, especialmente, no dialogar com os atores sociais ligados ao fenômeno investigado.

Esta pesquisa investiga os processos comunicativos, mediados por impressos, das instâncias públicas que apresentam uma prática orientada para a promoção da saúde no trabalho. Utilizamos os impressos (cartilhas, folder, cartazes), produzidos por essas instâncias, para realizar uma pesquisa de recepção de mensagens pelos trabalhadores para os quais os impressos foram produzidos.

Privilegiamos em nossa análise os materiais elaborados pelas seguintes instâncias: 1) a do Ministério da Saúde, representada pela produção de departamentos de algumas unidades da Fundação Oswaldo Cruz -Fiocruz que atuam no âmbito da saúde do trabalhador; 2) a da Secretaria de Políticas Públicas de Saúde – Departamento de Ações Programáticas e Estratégias na Área Técnica de Saúde do Trabalhador – Cosat; 3) a de Programas de Saúde do Trabalhador nos níveis estadual e municipal dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro; 4) a do Ministério do Trabalho, por meio de materiais da Fundacentro.

Nosso objetivo ao desenvolver um estudo de recepção de mensagens na Saúde do Trabalhador foi o de oferecer subsídios teórico-metodológicos para que esse campo possa aprimorar suas reflexões e ações no âmbito dos processos comunicativos em suas práticas e debates referentes ao binômio saúde-trabalho, junto à população. Pretendemos, ainda, obter elementos, a partir da análise dos impressos e da pesquisa de recepção, para favorecer a reflexão dos níveis de participação dos trabalhadores existentes nas práticas implementadas pelos Programas de Saúde do Trabalhador.

Nessa perspectiva, verificamos qual a ênfase dada às questões relacionadas a saúde-trabalho pelos pólos comunicativos do campo da Saúde do Trabalhador. Assim, levantamos material para análise da imagem implícita que os formuladores de impressos têm dos trabalhadores aos quais se dirigem e que proposta de sociedade/homem se encontra latente nas mensagens desses impressos. Ainda confrontamos a concepção que trabalhadores apresentam sobre o seu trabalho e sua saúde com as mensagens contidas nos impressos a eles dirigidos.

O referencial teórico que utilizamos está fundamentado em autores que problematizam os estudos de recepção de mensagens que tratam a questão do receptor enquanto sujeito, como os de Fausto-Neto, (1995;1999); Sousa (1995); Martín-Barbero (1995); Araújo (2003). Partimos ainda da perspectiva dialógica de Freire (2001) para entender as práticas comunicativas/educativas propostas pelas instâncias que discutem a temática saúde-trabalho.

Fundamentamo-nos também nas investigações do campo da Saúde do Trabalhador a partir dos estudos de Mendes e Dias (1991); Lacaz (1996; 1997); Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997); Dias (1994) entre outros, especificamente, quanto ao pressuposto teórico-metodológico da participação do trabalhador nas transformações do universo do trabalho.

Utilizamos a técnica da triangulação metodológica Rozemberg (1995); Minayo (2000); Triviños (1987) para coleta e tratamento dos dados. Os métodos escolhidos para a realização da investigação são: a participação em eventos promovidos pelo campo da Saúde do Trabalhador; as entrevistas semi-estruturadas com os formuladores de impressos; a análise documental e os grupos focais com trabalhadores para o estudo de recepção das mensagens dos impressos.

Iniciamos este estudo apresentando nossos objetivos e hipóteses. No primeiro capítulo apresentamos os pressupostos teórico-metodológicos que fundamentam a pesquisa, pois esta investigação tem como subsídio o trabalho de campo, realizado no período de dois anos. No capítulo II apresentamos os procedimentos metodológicos. No capítulo III inter-relacionamos os pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador com o processo de institucionalização da atenção a saúde do trabalhador no SUS, discutindo os principais desafios e conquistas a partir do diálogo entre a literatura científica e o ponto de vista dos atores inseridos nos programas.

No quarto capítulo apresentamos os processos comunicativos das instâncias públicas atuantes no binômio saúde e trabalho a partir da análise e discussão das categorias empíricas levantadas na análise documental e nas entrevistas com os formuladores de mensagens. Situamos o tratamento dado à comunicação e as principais concepções acerca das práticas de comunicação/educação em andamento nos programas. No capítulo V tratamos do estudo de recepção de mensagens por trabalhadores da construção civil confrontando as perspectivas entre os pólos emissor e receptor e identificando as semelhanças e as contradições existentes. No último capítulo dedicamo-nos às conclusões.

2. Objetivos

2.1. Objetivos gerais

- a. Oferecer subsídios teórico-metodológicos para que o campo da Saúde do Trabalhador possa aprimorar suas reflexões e práticas comunicativas adotadas, ampliando o debate sobre os processos comunicativos em andamento.
- b. Obter elementos, a partir da análise dos impressos, para favorecer a reflexão sobre formas e níveis de participação dos trabalhadores nas práticas implementadas pelo campo da Saúde do Trabalhador.

2.2. Objetivos específicos

- a. Verificar que instâncias produzem materiais educativos/informativos e quais respondem à demanda por seus materiais.
- b. Mapear e categorizar a produção de impressos através da análise documental.
- c. Problematizar o processo comunicativo das instâncias públicas que operam o binômio saúde e trabalho.
- d. Analisar os impressos produzidos por instâncias públicas que investigam e intervêm nas relações entre trabalho e saúde.
- e. Sondar o ponto de vista que os formuladores de impressos têm dos trabalhadores aos quais se dirigem e que proposta de sociedade/homem se encontra ali implícita.
- f. Investigar as relações estabelecidas entre os dois núcleos comunicativos: o dos formuladores de mensagens e o dos trabalhadores para os quais tais impressos são produzidos.
- g. Confrontar algumas concepções que os trabalhadores da construção civil (representando o núcleo receptor) apresentam sobre seu trabalho e sua saúde com as mensagens contidas nos impressos.
- h. Identificar a concepção que fundamenta as práticas de comunicação/educação dos PST.

3. Hipóteses

Questões norteadoras e a construção das hipóteses deste estudo

Algumas contradições fizeram-se presentes no percurso da construção do nosso objeto de pesquisa, colocamo-las aqui sob a forma de questões norteadoras, uma vez que são perguntas que antecederam nossas buscas teóricas e o trabalho de campo. Vamos a elas.

1. Quais as relações entre os atores dos Programas de Saúde do Trabalhador ?

Nessa investigação sobre os processos comunicativos entre atores da Saúde do Trabalhador priorizamos compreender as relações entre os atores sociais dessa área.

O interesse na temática surge com a realização da monografia: “A comunicação em saúde por impressos junto a serventes e merendeiras: processo e produto”, no curso de Especialização em Saúde do Trabalhador (Santos, 2000 *et al*). Nessa oportunidade confirmamos a importância dos *espaços dialógicos* entre trabalhadores e pesquisadores para a promoção de saúde no trabalho.

Quando confrontamos a realidade do processo comunicativo dos PST com a experiência realizada na monografia (Santos *et al*, 2000), observamos um impasse relacionado ao tipo de participação dos trabalhadores na dinâmica dos PST. Consideramos a partir dessa interação que, no processo comunicativo dos PST, há uma tendência a demarcar claramente os papéis dos atores. De um lado, os técnicos que entendem como sua atribuição deter o conhecimento e as informações sobre a saúde da classe trabalhadora. De outro, os trabalhadores vivendo em situações de trabalho que oferecem riscos a sua saúde. Eles as conhecem, mas são estimulados a delegar aos outros (técnicos de saúde tanto da empresa quanto do Sistema Único de Saúde (SUS), empregador, entidades representantes da classe trabalhadora) o saber sobre sua saúde.

Nesse sentido, a hipótese central que preside esse estudo, é a de que, no processo comunicativo dos PST, pelo modo de qualificar os trabalhadores, os técnicos possam estar favorecendo o distanciamento em relação aos trabalhadores, dificultando a criação e sustentabilidade de espaços dialógicos. E como consequência, torna-se mais restrito o nível de participação, principalmente, no que se refira à participação efetiva do trabalhador como sujeito do processo de transformação social. Tal situação nos remete à pergunta: “Quem são os sujeitos no processo comunicativo da saúde do trabalhador ?”

2. Educação junto aos trabalhadores ?

Na etapa de revisão de literatura verificamos, através do levantamento bibliográfico da produção científica referente ao tema que a maior parte das pesquisas no campo da Saúde do Trabalhador se detém em geral na análise e intervenção em ambientes de trabalho que oferecem riscos à saúde dos trabalhadores. Não encontramos no Brasil nenhum estudo

descritivo referente ao processo de comunicação entre os trabalhadores e as instâncias públicas que tratam do binômio saúde-trabalho. Em 2000, realizamos uma iniciativa dessa natureza com trabalhadores do Sindicato de Profissionais de Educação do Rio de Janeiro (Santos *et al*, 2000).

No âmbito da presente dissertação, ao realizarmos o levantamento bibliográfico nas bases de dados Mediline, Bireme e Lilacs, em 2001, utilizando os termos “informação”, “comunicação” ou “educação” e “saúde do trabalhador”, verificamos que a grande maioria dos estudos prioriza a “informação” para os trabalhadores visando transmitir conhecimentos, formar opiniões e modelizar atitudes e comportamentos (Kelly-Santos & Rozemberg, 2002).

Dessa forma, nossa hipótese é que os espaços destinados aos debates e a prática de comunicação/ educação em saúde no campo da Saúde do Trabalhador ainda são restritos e pontuais e, em sua grande maioria apresentam uma tendência a responder à lógica da transportabilidade de informações/conteúdos, que se apoia na utilização dos recursos midiáticos como um instrumental técnico responsável pela transmissão de informações e conhecimento ao leitor, privilegiando o saber do polo emissor em detrimento daquele de seus públicos (Fausto-Neto, 1995, 1999; Rozemberg, 1995, Rozemberg *et al*, 2002; Sousa, 1995).

Sendo assim, no decorrer da pesquisa, para identificar a concepção que fundamenta as práticas de comunicação/educação nos PST, levantamos a questão: “Comunicação/educação x instrução junto aos trabalhadores ?”

3. Saúde ou doença do trabalhador ?

Nesse projeto interessamos em sondar a idéia de saúde que está presente cultura da Saúde do Trabalhador. A partir de nossa aproximação com o campo de estudos e com os programas de Saúde do Trabalhador observamos que, em sua grande maioria as discussões que sustentam essa temática têm como ponto de partida a doença. Assim, uma outra hipótese desse estudo, é a de que as instituições que tratam sobre a saúde do trabalhador

partem da discussão dos efeitos de produtos, ambientes e condições de trabalho que geram agravos à saúde dos trabalhadores. Isto é, prioriza-se a doença como foco e a intervenção nos locais de trabalho para promover a “saúde”.

Assim, indagamos “até que ponto os PST alcançam um debate ampliado sobre as questões de saúde relacionadas com o universo do trabalho tal como preconizado pelo campo da Saúde do Trabalhador ?”

1. Pressupostos teóricos

Nesta seção definiremos alguns conceitos que nos serviram de ancoragem em nossas reflexões, entre eles: noção de saúde; de educação em saúde; de representação social e de comunicação e saúde..

1.1.A noção de saúde

Nossa investigação como parte do campo da Saúde Coletiva integra a possibilidade de um exercício interdisciplinar diante da problemática da saúde. Ressaltamos que o objetivo de nos referirmos ao campo da Saúde Coletiva é que esse campo vem, ao longo dos anos, problematizando a noção de saúde, contribuindo largamente para a produção de sentidos e de práticas ampliados de saúde. Vários autores se dedicam às investigações no campo da Saúde Coletiva. Destacamos os estudos de Campos (2000); Minayo (1991,1992,1996); Paim (1998,2000); Canesqui (1995), entre outros (*apud* Melo, 2002; Figueiredo, 2002).

A partir de Campos (2000) entendemos que a Saúde Coletiva se constituiu em um movimento contra-hegemônico na maneira de se pensar e se produzir saúde, na medida em que se fundamenta na análise histórica dos determinantes sociais, biológicos e subjetivos para a intervenção no processo saúde-doença.

Nesse sentido, a Saúde Coletiva contribui para a ruptura do paradigma biomédico de concepção mecânica e reducionista frente ao processo saúde-doença que teria como ponto de partida a doença, a fragmentação do indivíduo e a intervenção médica, apoiada em um sofisticado refinamento técnico/tecnológico para produzir a cura do “corpo doente” (Queiroz, 1986). Assim, nas palavras de Minayo (1998:375) o modelo biomédico “*tende a colocar em relevo a causação natural das doenças, dificultando qualquer expressão mais holística da saúde. O corpo humano é considerado na medicina acadêmica como uma máquina e cada órgão como uma peça. O papel do médico é de atacar a doença, isto é, de consertar os defeitos de um mecanismo enguiçado. Ao concentrar-se em elementos cada vez menores e divididos do corpo, o médico perde de vista o doente e todo o processo de inter-relação sócio-cultural, psicossocial e espiritual que permeia qualquer doença*”.

Dessa forma, a Saúde Coletiva pode ser caracterizada como um núcleo de saberes e práticas que integra diversos campos do conhecimento científico (entre eles, os das ciências médicas e das ciências sociais e políticas) e avança segundo Botazzo (*apud* Figueiredo, 2002: 113) “*em seu conjunto – e como campo polar – a saúde coletiva incorpora o sujeito cognoscente (movimentos sociais, movimentos sanitários), o Estado (relações de poder, políticas de saúde, políticas de produção e consumo etc), a desmedicalização da saúde, a dissolução das fronteiras disciplinares e o desarranjo de sua hierarquia*”. Para Campos (2000), o movimento da Saúde Coletiva contribuiu ao campo da saúde ao articular o campo de conhecimento científico e os serviços tendo como eixo central a “*noção de produção social de saúde* (2000:220)”.

A partir dessas reflexões consideramos o sentido da “*produção social de saúde*” central para que possamos problematizar a saúde, por nós, entendida como um *valor*, sendo o conceito de valor subordinado à ordem subjetiva e inter-relacionado com as relações sociais.

Para dizer sobre a dimensão subjetiva da noção saúde, retomamos em Canguilhem (*apud* Caponi, 1997) a saúde com um conceito *vulgar*, uma *questão filosófica*, pois somente o sujeito pode falar sobre o que é saúde para si, à medida que ele conhece suas enfermidades em relação aos seu modo de viver. Mais adiante discute que a saúde está ligada à noção do *corpo subjetivo*, *o corpo vivo e singular*, que marca a relação do homem com o meio, e é nessa interação que as condições de vida impostas pelo meio podem ser as causas para os diferentes agravos à saúde, sendo esse o âmbito em que deveriam se delinear as estratégias de intervenção pública. Em contrapartida, existem os aspectos relacionados ao estilo de vida escolhido por cada sujeito, os *modos de cada um viver*, ou seja, o âmbito do privado. A interação entre o público e o privado representa a possibilidade de *conquistar a saúde*, assim, a saúde passa a ser entendida como um *estado*, em que o *sujeito apresenta a capacidade* de adoecer e recuperar-se.

Dessa forma, para Canguilhem (*apud* Caponi,1997:3) “*la salud entendida entonces por referencia a la posibilidad de enfrentar situaciones nuevas, por el margen de tolerancia (o de seguridad) que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades del medio.[...] y la conquista y ampliación de esos medios es una tarea al mismo tiempo*

individual y coletiva (13)”. Assim, nesse ponto conferimos à noção saúde um caráter subjetivo mas inter-relacionado com as relações e a ordem social.

A partir de Campos (2000) tentamos articular o social e o subjetivo, pois o autor retoma a saúde como um *valor de uso*. Esse resgate a nosso ver é algo importante e valioso, pois dá à saúde um valor diferente do mercadológico - *saúde como um produto*, consiste em devolvê-la à dimensão concreta, ou seja, é partir do valor que cada sujeito atribui a sua saúde em relação as situações concretas de vida, quer seja - “às condições globais de vida (alimentação, habitação, repouso, educação e participação decisória nos vários níveis da vida social)... portanto, às condições em que se dá a produção social”(Luz apud Lefèvre, 1991: 20).

Segundo Campos (2000:228) “a saúde, mesmo quando entendida como um bem público, ou seja, quando lhe é socialmente retirado o caráter de mercadoria, como acontece no Sistema Único de Saúde, já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca, mesmo nestes casos, ela conserva o caráter de valor de uso”.

Nesse raciocínio Sposati e Lobo (1992:367) correlacionam a saúde como um valor de uso, defendendo-a como um direito na medida em que “o direito a saúde é mais que o consumo de saúde”[...] “é mais do que a democratização do consumo da assistência médica”. As autoras problematizam a saúde-consumo materializada nos medicamentos, na tecnologia, na assistência, enfim no complexo industrial que se tornou à saúde.

Desse modo, em concordância com as perspectivas acima, consideramos que a vivência de um estado de saúde é mais que o consumo da saúde, na medida em que o sujeito diante das situações concretas da vida apresenta possibilidades de mediatizar essa dialética. Consideramos que a mediação entre valor de uso e valor de troca existe quando se problematiza a saúde como um direito. Nesse ponto se coloca a importância da participação efetiva do sujeito na construção da saúde como um direito dos cidadãos. Segundo Minayo (apud Melo, 2002:137) o conceito de cidadania implica na participação de diferentes membros de uma sociedade em suas decisões, garantindo a todos a igualdade de direitos e deveres, por meio de uma construção coletiva. Enfim, a “cidadania se traduz em princípios éticos de liberdade, dignidade, respeito às diferenças, justiça e solidariedade”.

Dessa forma, em nossa investigação buscamos discutir os processos comunicativos das instâncias públicas que operam o binômio saúde e trabalho à luz de tais perspectivas.

1.2. A educação em saúde

Nessa seção definiremos o conceito de educação aqui adotado e uma síntese dos principais pressupostos das práticas em educação em saúde.

A concepção de Freire (2001) é a de que o processo educativo é uma prática crítico-transformadora da realidade. Nela, o sujeito, considerado em sua condição subjetiva, política, social e cultural, partindo da problematização das situações e experiências que vivencia e dotado de capacidade crítico-transformadora, apresenta-se como o sujeito de sua própria ação frente à realidade.

A visão dialógica humanista de Freire coloca em questão debates essenciais para o funcionamento das sociedades, entre eles os conceitos de homem-sujeito, o de cultura e o da educação. Para ele, a educação tem sentido se parte de uma relação dialética com o contexto social em que o homem vive, por isso, é importante conhecer o lugar, os costumes, os modos de pensar e viver para situar o homem-sujeito em seu tempo e espaço, isto é, em seu contexto concreto de vida (Freire,1980).

Nesse sentido, a dimensão de sujeito é essencial, pois só o homem é dotado da capacidade de conhecer, refletir e interagir com as suas situações de vida para construir a si mesmo, porque é pela ação que o homem chega a ser sujeito. A cultura então é o resultado dessa interação entre o homem e seu contexto e com outros homens. Assim, nas palavras de Freire (1980:38)“*o homem é criador de cultura, ele é também “fazedor”da história. Na medida em que o ser humano cria e decide, as épocas vão se formando e reformando*”.

Dessa forma, a análise de Freire, fundamentada na concepção da dialética marxista, insere o homem em um constante movimento de interpretação e transformação da realidade conferindo-lhe a capacidade de pensar e produzir conhecimento. Assim a educação assume um caráter crítico-reflexivo e rompe com o pensamento hegemônico tradicional fundamentado na linearidade, na transmissão de conhecimento, na concepção do homem

como um depositário do saber técnico e carente de informação, reduzindo-o à condição de objeto (Freire, 1980).

Nas palavras de Freire (2001:78) a *“educação como prática da liberdade não é transferência ou a transmissão do saber nem da cultura; não é a extensão ou a transmissão do saber nem da cultura; não é extensão de conhecimentos técnicos; não é o ato de depositar informes ou fatos nos educando; não é a perpetuação dos valores de uma cultura dada; não é o esforço de adaptação do educando a seu meio. Para nós, a educação como prática da liberdade é, sobretudo e antes de tudo, uma situação verdadeiramente gnossológica. Aquela que o ato cognoscente não termina no objeto cognoscível, visto que se comunica a outros sujeitos, igualmente cognoscente”*.

Perspectivas de educação em saúde

Segundo Melo (1984); Assis (1998) e Silva (2001) a prática de educação em saúde, desde sua origem, esteve a serviço das sociedades capitalistas, na medida em que sua concepção se fundamentava na difusão das idéias higienistas que tinham como princípio fixar os conceitos de saúde, instituir bons hábitos, prescrever normas de condutas e medidas de saúde com o objetivo de controlar as doenças e fomentar o crescimento econômico.

A educação em saúde então instituída de acordo com Assis (1998) pode ser entendida como uma *estratégia de controle social* regulada pelo Estado visando à adaptação dos indivíduos à ordem vigente. Sua atribuição principal pautava-se na, segundo Vilela (*apud* Assis, 1998:5) *“divulgação das normas de conduta moral, social e de higiene capazes de tornar os indivíduos mais propensos a aceitar suas condições de vida e trabalho e mais aptos a suportá-las”*. Assim, essa prática institui-se adotando um caráter “disciplinador” e “culpabilizador”, por meio do poder de “milícia” exercido pelos educadores sanitários, devido à subordinação e à reprodução do discurso hegemônico da *polícia sanitária*. De modo que a educação em saúde assume uma *“missão civilizadora”* (Melo,1984).

O modelo de educação proposto para a realização desses objetivos fundamenta-se, segundo Loewe (*apud* Assis, 1998) na perspectiva técnico-instrumental, objetivando modificar a cultura e o conhecimento dos indivíduos sobre as práticas que possam ser nocivas à saúde. A transmissão de informação, de caráter diretivo, passa a orientar regras de comportamentos e mudar hábitos, valores e crenças da população. Esse mesmo autor identifica nessas práticas a “infallibilidade” dos técnicos e dos serviços e a tendência a responsabilização do indivíduo pelo processo de saúde-doença. Para Silva (2001) as práticas educativas sanitárias difundiam idéias de que a doença estivesse associada à falta de informação e de higiene, resultante de *comportamentos desviantes*, evidenciando o *caráter moralizador* (Bodestein, *apud* Silva, 2001:13) adquirido na prática de educação em saúde da época.

A educação em saúde ao longo dos tempos incorporou outros saberes e práticas. Assis (1998) discute os vários enfoques que surgiram como propostas de rupturas com o modelo tradicional. A autora, a partir de Tones (1987) descreve os enfoques por ele discutidos: o educativo, o preventivo, o radical e o enfoque de desenvolvimento pessoal.

Em seu estudo de revisão Assis (1998) menciona ainda o enfoque crítico que apresenta uma visão ampliada de educação em saúde, na medida em que inclui em sua prática o caráter histórico e os determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença. Um dos referenciais teórico-metodológicos que utiliza é Paulo Freire, que tem como um dos princípios a troca de conhecimento e o desenvolvimento de atitudes dialógicas entre os técnicos de saúde e a população, buscando soluções coletivas para os problemas relacionados com o processo saúde-doença, de modo a favorecer a “*formação de uma consciência crítica voltada para transformação do social*” (Assis, 1998:8)”. Práticas de educação em saúde com esse enfoque têm sido desenvolvidas; citamos, por exemplo, as pesquisas sobre participação popular, tendo como principal expoente os estudos de Valla (1995,1998, entre outros).

Um fato importante destacado por Assis (1998) no caminho de um questionamento das práticas educativas em saúde foi a oficina de trabalho realizada pela Divisão Nacional de Educação em Saúde em 1989, que se propôs a discutir o papel da educação em saúde no

âmbito nacional do sistema de saúde. Seleccionamos uma das definições explicitadas no texto de Assis (1998:12), que se refere ao ponto de vista de Lefèvre com relação a educação em saúde “ *o campo de pesquisa, a estrutura conceitual e as práticas (interpessoais, de profissionais com usuários e no interior dos vários segmentos da população) que têm como TEMA a saúde dos indivíduos e das coletividades e como ESCOPO o desenvolvimento, nestes profissionais e indivíduos, da **consciência sanitária** (grifo nosso)*”. Sendo essa entendida por: “*um estado cognitivo, atitudinal e diretamente comportamental, ligado ao entendimento e a intervenção nos fatores de natureza política, cultural, social e psicológica, direta ou mediatamente associados (causalmente ou não) com o bem estar destes indivíduos e coletividades*”.

Nesse sentido, a educação em saúde amplia-se de maneira considerável enquanto campo de atuação teórico-metodológico, na medida em que tem as relações sociais e políticas como pano de fundo para a problematização do processo saúde-doença. Para tal coloca como imprescindível a participação efetiva do sujeito nas discussões dos problemas que afetam a coletividade de forma a favorecer a construção de atitudes crítico-reflexivas na busca pela saúde.

Um outro ponto de vista sobre educação em saúde que consideramos pertinente, é o de Briceño-Leon, que apresenta sete proposições para uma educação sanitária: “(1) *La educacion no es solo o que se imparte em programas educativos, sino em toda la acción sanitária;* (2) *La ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino un lleno a ser transformado;*(3) *No hay uno que sabe y outro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas;* (4) *La educación debe ser dialógica y participativa;* (5)*La educación debe reforzar la confianza de la gente em si misma;* (6)*La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo-logro;* (7) *La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva (Briceño-Leon, 1996:7-30)*”.

Nesse sentido, as práticas de educação em saúde podem ser entendidas numa perspectiva política pois toda ação pedagógica passa pela politização das relações sociais de produção e de vida e também de suas próprias condições de reprodução de modo a

favorecer “a ampliação do nível de consciência das comunidades sobre as condições de produção e de reprodução de sua vida”(Minayo,s/d:3).

De acordo com Rozemberg (1995), consideramos que a centralidade da prática educativa em saúde está na valorização das experiências e da escuta do sujeito com suas histórias, valores, crenças, costumes e relações sociais, sendo essa a condição de se fazer da ação pedagógica uma possibilidade de troca de conhecimento e de aproximação entre as diferentes realidades vividas pelos núcleos educador/educandos, favorecendo a produção de um novo/outro saber diante da realidade investigada. De modo que esse saber possa ser assumido como uma perspectiva concreta na solução dos problemas da vida real.

Sendo assim, na presente pesquisa em especial na vivência do trabalho de campo, esforçamo-nos para integrar em nossas reflexões e postura os princípios propostos por Freire (1980, 2001) por considerá-los como uma mediação no processo que vivenciamos, pois ora nos deram conforto afetivo, ora nos serviram como uma rica fonte teórica no desafio de construir um conhecimento sobre os processos comunicativos na saúde do trabalhador. Outras fontes de igual importância são as idéias de Minayo (1998, 2000), Rozemberg (1995) e Briceño-Leon (1996) na possibilidade de compreender as práticas educativas em saúde.

1.3. O conceito de representação social

A necessidade de definir o conceito de representação social parte de nossa opção metodológica que se fundamenta na escuta e interpretação dos discursos de trabalhadores inseridos em instâncias públicas que atuam nas relações entre saúde e trabalho e de trabalhadores da construção civil, a fim de compreender o processo comunicativo entre esses atores.

Consideramos nessa construção de sentidos o lugar privilegiado da *palavra*, na medida em que constitui o elemento fundamental para compreender as relações, pois “*é o modo mais puro e sensível de relação social*” (Bakhtin *apud* Minayo,1995:103). Por isso, elas *representam* nas diferentes formas de discurso os modos de pensar e viver das

sociedades em cada época histórica. De acordo com Bakhtin “*a palavra é arena onde se confrontam os valores sociais contraditórios*”(apud Minayo,1995:103).

Dessa forma, entendemos que o conceito de representações sociais nos é útil na medida em que toma a palavra como a expressão das condições de existência, assim conferimos à palavra o *poder* de dizer sobre a realidade investigada. Mas qualquer palavra *se diz ao e/ou é dita por um sujeito*. Esse, por sua vez, ocupa um lugar e vive em um tempo específico, ou seja, vive em um contexto particular, o qual refere a inserção do sujeito nas relações sociais de produção. Em decorrência dessa inter-relação entre sujeito e relações sociais os conceitos são construídos e partilhados por grupos, ou seja, em situações de vivência coletivas.

A partir desse entendimento trabalhar com o conceito de representação social nos permite, segundo Rozemberg (1995:4), refletir sobre as “*condições comuns de existência e de enfrentamento de problemas específicos enquanto coletividade*”.

Para Minayo *et al* (apud Melo, 2002) as representações sociais têm como objetivo a organização das imagens e dos significados de um determinado objeto, servindo de referência para entender os modos de comportamentos e de comunicação social entre os indivíduos em uma realidade sociocultural comum.

Nas palavras de Minayo (1995:108) “*as Representações Sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam [...] e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada, porém é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e interação social. [...] Possuem núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade. [...] Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz a partir das estruturas e das próprias categorias de pensamento coletivo ou dos grupos.*”

A clareza com que Minayo integra os conceitos de autores como Durkheim (1978), Weber (1985), Schutz (1982), Marx (1984), Gramsci (1981), Lukács (1974), Bourdieu (1973) e Bakhtin (1986) na definição acima, fez com que reproduzíssemos esse trecho de

forma literal, por acreditarmos que ele compreende uma visão de profundidade sobre o conceito. Assim, utilizamos esses referenciais na interpretação dos resultados obtidos no trabalho de campo, ou seja, buscamos, a partir dos relatos dos sujeitos investigados, constituir as representações acerca da inter-relação entre trabalho e saúde por meio da problematização do processo comunicativo mediado por impressos.

1.4. A comunicação e saúde

Nessa seção buscamos definir comunicação considerando-a como uma prática social que se constitui em um terreno de possibilidades e impasses. Apresentamos as concepções e modelos que fundamentam as práticas comunicativas em saúde. Em seguida situamos as perspectivas do estudo de recepção de mensagens.

Temos em Freire (2001) que os processos comunicativos são eminentemente processos educativos. Dessa forma, partimos da concepção da comunicação/educação enquanto uma prática crítico-problematizadora das relações sociais. Na medida em que os sujeitos, educador-educando, são sujeitos “cognoscentes” diante de objetos (situações concretas de vida) por eles interpretados, isto é, são dotados de capacidade crítico-transformadora diante da realidade. “*O homem é um ser da práxis, da ação e da reflexão* Freire (2001:28).” Mas toda práxis acontece em uma dada cultura, de modo que cada sujeito na interação com o outro constrói seus valores, crenças, costumes, modos de pensar os fenômenos da vida, de viver seus afetos e reinterpretá-los constantemente. Assim, sujeito-cultura-diálogo são fatores essenciais para o estabelecimento de uma educação/comunicação crítico-humanizadora.

Para Freire (2001) o diálogo é a base essencial para toda ação comunicativa/educativa e é necessário construir espaços que possibilitem a ação dialógica que se constitui pela troca de experiências e vivências da realidade de cada sujeito sobre suas condições de vida. Assim a “*comunicação é a co-participação dos sujeitos no ato de pensar.... implica numa reciprocidade que não pode se rompida. O que caracteriza a comunicação enquanto este comunicar comunicando-se, é a que ela é diálogo, assim como o diálogo é comunicativo. A educação é comunicação, diálogo, na medida em que não é*

transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” (Freire apud Peres, 1999:25).

Com essa contundente definição, Freire aponta para um caminho de possibilidades no qual a realidade é central para se produzir o conhecimento, e o sujeito como um ser histórico e comunicativo, a partir da relação dialética que estabelece com os elementos da realidade, apresenta condições de modificá-la.

Uma outra definição de comunicação que nos auxiliou foi a de Bordenave (1982) Esse autor de uma forma didática enumera todas as condições em que acontece a comunicação e os elementos constitutivos desse ato. A comunicação é relacional, permite as pessoas compartilharem e trocarem idéias, sentimentos e valores caracterizando-se em um processo contínuo de interpretação da realidade, ou seja, a comunicação é um processo histórico, social e culturalmente construído, de modo que passado, presente e futuro se inter-realcionam e produzem os modos de pensar e viver das sociedades (Bordenave,1982).

Sendo assim, consideramos que a comunicação se constitui no modo de cada sociedade pensar e produzir sua realidade em um dado momento histórico e sob os determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais.

Nesse sentido, passamos agora para a definição de dois modelos comunicativos, ainda hoje paradigmas das práticas educativas em saúde.

Temos o modelo Matemático ou Informacional idealizado por Shannon e Weaver. Esse modelo surge no período pós-guerra quando a preocupação se centrava na difusão de informação em massa. O objetivo central era que as informações fossem transmitidas de maneira segura, sem nenhuma distorção. Assim, o processo de comunicação era constituído basicamente de dois núcleos da emissão e o da recepção, outras dimensões (por exemplo os elementos da cultura, sociais e subjetivos, entre outros) eram consideradas como *ruído*, isto é, são elementos que favorecem a distorção da mensagem entre os núcleos comunicativos. De modo que a boa comunicação se pauta na centralidade das capacidades comunicativas do emissor na “transmissão” da mensagem e na capacidade de decodificação do receptor. O modelo propicia o desenvolvimento de metodologias pautadas na “linearidade” e “unidirecionalidade” entre os pólos comunicativos e na “transmissibilidade” de informações e/ou prescrições (Araújo,1998).

Ainda segundo Araújo (1998) esse modelo aplicado no âmbito das políticas públicas favorece a visão de uma sociedade estática e passiva diante dessas políticas. Favorece a centralização da palavra no Estado ou em outros segmentos sociais que detém o poder, como o econômico. A sociedade é então pensada e produzida a partir da lógica de uma divisão entre aqueles que pensam e aqueles que obedecem, ou seja, uma maneira mecânica e instrumental de conceber as relações sociais.

Um outro modelo, o de Comunicação & Desenvolvimento, surge no início da década de 1950 e ganha mais força nas décadas seguintes é subsidiário dos mesmos princípios do modelo anterior. Sua preocupação central era dar respostas aos problemas do subdesenvolvimento pois seu objetivo central consistia em impulsionar o desenvolvimento da sociedade. O projeto desenvolvimentista foi lançado pelos americanos e legitimado pela Unesco.

As práticas de comunicação, nesse cenário, fundamentam-se na difusão de informação, pois a informação era considerada como um instrumento para suprir as carências do pólo receptor, na medida em que se considerava que os problemas existem porque as pessoas não são bem informadas. Esse processo consiste em transferir informações por parte do emissor para, despertar aspirações, mostrar as vantagens do progresso, e gerar conhecimento/attitudes no núcleo receptivo; para isso, há um maciço uso de técnicas e aparatos tecnológicos. Assim, a difusão de informação sobre procedimentos e condutas a serem adotados pela população torna-se o *alvo* dos projetos comunicacionais (Araújo,1998; Cardoso, 2002).

A implantação desses modelos de comunicação acontece tanto no cenário internacional como no nacional. No caso do Brasil, na década de 1960, surge um movimento de esquerda que possibilitou uma visão crítica desses modelos hegemônicos de se fazer comunicação. É nesse cenário que Paulo Freire introduz sua proposta dialógico-humanista, como uma perspectiva teórico-metodológica de transformação das relações sociais. Todavia consideramos que as possibilidades de sua implantação tiveram maior aceitação em outros países, como no Chile, do que no contexto brasileiro.

Segundo Araújo (1998, 2003) e Cardoso (2000) encontramos ainda hoje as idéias dos modelos informacional e desenvolvimentista no âmbito das estratégias da

comunicação em saúde. Um exemplo vivo disso é a concentração de recursos disponibilizados para campanhas de saúde pública que, em geral, visam “atingir” as massas, “incutir” no público determinadas atitudes e procedimentos com a expectativa de respostas concretas da população. Atribui-se ao poder de difusão de informações em massa a capacidade de modificar situações relacionadas com o comportamento das pessoas: por exemplo, as campanhas contra o dengue, pois nelas há uma responsabilização da população frente aos cuidados e procedimentos a serem adotados, desconsiderando as questões sociais, políticas e econômicas que determinam tal epidemia.

Perspectiva dos Estudos de Recepção

De acordo com Fausto-Neto (1999) os estudos de recepção de mensagens partem de três modelos, um de origem norte-americana pautado na corrente funcionalista que apresenta uma lógica de pensamento cartesiana. Essa abordagem orienta suas ações na linearidade, modelização e conscientização da oferta da mensagem, sendo capacidade unicamente do emissor produzir e prever os efeitos no receptor. As instituições midiáticas apresentam-se como instâncias capazes de oferecer aos indivíduos e aos grupos o que pensar no cotidiano, selecionando e priorizando o que devem consumir. Uma outra característica é o caráter de transportabilidade, ou seja, uma estrutura de mediação entre emissor-receptor, responsável pela transmissão de informações, ideologias, de forma segura, isto é, sem ruídos.

Esse modelo comunicacional privilegia a esfera psicossocial nos estudos de comportamento. Utiliza-se dos mídias como instrumentos para fomentar o sistema socioeconômico vigente e servir como estratégias de regulação social. Nessa mesma lógica, os indivíduos e os grupos são utilizados como instrumentos, uma vez que as instituições midiáticas, ao buscarem conhecer as carências, desejos, necessidades desses, visam regular o funcionamento da estrutura receptiva (Sousa, 1995).

Um outro modelo é a escola de Frankfurt, de fundamentação marxista, que surge na década de 1960, orientando suas pesquisas para a investigação da *indústria cultural*. Debatia, enfaticamente, o poder de alienação dos mídias na sociedade, uma vez que as instituições midiáticas teriam a função de reproduzir as ideologias e determinações

produzidas pelas instâncias que estão a serviço da classe dominante, favorecendo o sistema capitalista na expansão mercadológica (Sousa, 1995).

Essas escolas se encontram em termos conceituais e práticos, quando colocam, num mesmo nível a problemática dos efeitos e da reprodução das ideologias da classe dominante às classes dominadas. Apresentam uma tendência a privilegiar a racionalidade técnica, como um instrumento de dominação/alienação subjetiva. Assim, procuram identificar, na recepção, o alvo de estratégias do projeto emissional (Fausto-Neto, 1999; Sousa, 1995).

Dessa forma, os modelos comumente adotados nas avaliações das ofertas de mensagens tendem a atender às determinações previstas pela própria lógica da emissão. Por isso, estrutura-se questionários fechados, restringindo a capacidade investigativa do campo de análise da estrutura receptiva diante das mensagens ofertadas.

De acordo com Fausto-Neto (1999) e Pitta (1995), as campanhas, em especial as de saúde, são pensadas em cima desse paradigma comunicacional, pois são dirigidas a todos os indivíduos indistintamente, sem considerar suas condições cognitivas, seu aparato semântico, a classe social e suas singularidades, isto é, há uma concepção muito elástica de público. Elaboram-se questões direcionadas à atitude, à compreensão e à motivação da esfera receptora na exposição da mensagem, em detrimento de efetivar pesquisas que tratem com mais aprimoramento dos aspectos ligados à subjetividade, à intencionalidade singular do núcleo receptivo.

Em nossas investigações, partiremos dos estudos de recepção de mensagens - aqui entendido como uma outra abordagem de investigação - que privilegiam o lugar do pólo receptor na avaliação do processo comunicativo. Fundamentamo-nos nos estudos de Fausto-Neto (1995, 1999); Sousa (1995) e Martín-Barbero (1995), mais especificamente no âmbito da Saúde Pública, nossa referência são as investigações de Rozemberg (1994, 1995, 1998, 2001). Estudos dessa natureza vêm revelando-se de interesse crescente no campo da saúde coletiva.

Os estudos de recepção, que têm como ponto central o lugar da esfera receptiva, partem do pressuposto que emissor/receptor ocupam lugares distintos no processo comunicativo, porém, ambos são dotados de poderes quanto à produção de sentidos frente

às ofertas das mensagens. Seus papéis são alternados quando colocados numa *situação de interlocução*, emissor atua no papel de receptor e vice-versa (Fausto-Neto,1999).

O autor considera que nesse processo há uma *desregulagem comunicativa* entre esses núcleos, pois emissor-receptor apresentam valores, crenças, costumes, modos de pensar e viver distintos que são colocados em confronto. Instituído-se um campo de *disputa de sentidos*, onde, por meio do ato discursivo, se colocam em jogo as situações de enunciações distintas, com competências discursivas peculiares, as quais têm origem em práticas sociais de cada esfera comunicativa.

Dessa forma, a recepção de mensagens é um processo de *negociação de sentidos*, à medida que emissor e receptor interatuem como sujeitos que ressignifiquem suas histórias e conhecimentos, *produzindo novos sentidos* às mensagens ofertadas (Fausto-Neto,1999).

No campo de investigação científica, a função do pesquisador orienta-se na observação, ou seja, na análise das regras, dos sentidos, das práticas discursivas presentes nos dois pólos comunicativos, com igual atenção. Numa etapa subsequente, cabe ao observador, nomear, interpretar e correlacionar os sentidos produzidos.

2. Pressupostos metodológicos

Nossa opção em apresentar os procedimentos metodológicos no segundo capítulo da dissertação, decorre da necessidade de descrever algumas etapas do trabalho de campo, (realizado no período de dois anos), que foi fundamental no esforço de articulação dos pressupostos teóricos do campo da Saúde do Trabalhador com a realidade efetiva dos Programas de Saúde do Trabalhador.¹

Nesse estudo, optamos pela utilização da metodologia de pesquisa qualitativa, conforme Minayo (2000:105), por esse tipo de abordagem priorizar a interação entre os sujeitos investigados e os pesquisadores, considerando a realidade e a experiência/vivência de cada um desses pólos, tendo em vista a contextualização e as transformações do fenômeno social investigado.

¹ Referimo-nos, nessa dissertação de modo geral aos Programas de Saúde do Trabalhador, entretanto estão incluídas como veremos outras instâncias públicas que tratam do binômio saúde e trabalho.

Nesse sentido, compartilhamos com (Minayo,2000:10), que as pesquisas qualitativas são *“capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”*.

Desse modo, no percurso de nossa investigação, consideramos que a problemática fornecida pela realidade realimenta as condições da análise e do aprimoramento teórico. Assim, buscamos descrever de forma criteriosa o conhecimento construído em torno do nosso objeto. Além de fazer do momento da pesquisa uma possibilidade de desenvolver atitudes dialógicas, flexíveis e de abertura frente aos grupos investigados e ao universo teórico a ser percorrido.

Sendo assim, nessa pesquisa, a articulação entre teoria e prática opera como um suporte no aprofundamento da visão crítica do processo comunicativo no campo da Saúde do Trabalhador, especificamente no nível operacional – o dos Programas de Saúde do Trabalhador, tendo em vista, que *“ a relação dialética entre teoria e realidade empírica se expressa no fato de que a realidade informa a teoria que por sua vez a antecede, permite percebê-la, formulá-la, dar conta dela, fazendo-a distinta num processo sem fim de distanciamento e aproximação ”* (Minayo, 2000:92).

Desse modo, em nossa investigação, utilizamos a técnica da triangulação metodológica, que consiste no uso de vários métodos e técnicas na coleta e análise dos dados, visando abranger, com o máximo de amplitude, a descrição e a contextualização do problema em estudo (Triviños,1987:138).

De acordo com Minayo (2000:102), a triangulação consiste *“no uso concomitante de várias técnicas de abordagens e de várias modalidades de análise, de vários informantes e pontos de vista de observação, visando à verificação e validação da pesquisa”*.

Trabalhamos com a combinação dos seguintes métodos: 1) análise documental de impressos sobre saúde do trabalhador; 2) entrevistas semi-estruturadas com atores centrais de PSTs do Rio Janeiro e de São Paulo; 3) participação em eventos promovidos pelo campo

da Saúde do Trabalhador; 4) estudo de recepção de mensagens por meio de grupos focais com trabalhadores da construção civil.

Em todas as etapas realizamos, paralelamente, registros sistematizados, no formato de um caderno de campo como proposto por Minayo (2000). Na análise de dados fundamentamo-nos em Bardin (1977) e nos estudos de Minayo (2000) e Rozemberg (1995) para realizar a análise de conteúdos.

Portanto, consideramos que o processo de investigação representa a possibilidade de integrar várias experiências e visões de mundo sobre uma mesma realidade. Além de favorecer nossa aproximação com os modos de pensar e viver das pessoas que fazem parte do universo pesquisado.

CAPÍTULO II – Procedimentos Metodológicos



Fonte: Impresso PST/INTER-65

“A realidade não pode ser modificada, senão quando o homem descobre que é modificável e que ele pode fazê-lo.”

Paulo Freire²

2.1. A dinâmica da realidade: descrição do passo a passo metodológico

2.1.1. O levantamento dos Programas de Saúde do Trabalhador existentes no Rio de Janeiro e em São Paulo e de materiais impressos

Essa etapa teve início no primeiro semestre de 2001 e serviu como fonte para o mapeamento dos programas existentes nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, bem como uma maneira de aproximação com a realidade da prática comunicativa adotada nos programas.

Na coleta dos materiais produzidos pelos programas dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho, dispomos de duas estratégias, utilizando o mesmo procedimento metodológico: a) a distribuição de uma carta de solicitação dos impressos produzidos pelos programas, que foi entregue pessoalmente, e b) o envio desse documento, por *e-mail*, às secretarias municipais de saúde (nos casos que não possuíamos o contato direto do PST) e para o Cosat setor do Ministério da Saúde.

Vale destacar que as secretarias de saúde, por meio da Assessoria de Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro e o Centro de Documentação e Informação em Saúde do Trabalhador- CDI, no Estado de São Paulo, não dispunham de uma listagem dos PST atualizada, na ocasião da coleta dos materiais, o que, de certa forma, contribuiu para restringir o universo pesquisado. A listagem fornecida pelas secretarias de saúde dos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo contendo a relação dos PST existentes nesses estados encontra-se no anexo I. A descrição dos resultados obtidos na coleta de dados será apresentada no capítulo IV.

² In Freire, 1980:40

2.1.2. A análise documental

A análise documental dos impressos produzidos pelos PST foi realizada no primeiro semestre de 2001. Consideramos essa etapa como o momento de descoberta frente ao material coletado, ato que implica a constituição das primeiras impressões e intuições acerca do universo pesquisado, por isso, significa um momento repleto de possibilidades, marcado por um dinamismo próprio. Assim, nesse percurso, adotamos o método da *leitura flutuante* proposto por Minayo (2000) para apreender a realidade e organizar os dados decorrentes do processo de construção do conhecimento sobre o fenômeno investigado.

Em relação as demais etapas de nossa pesquisa, a análise documental funcionou como uma fase exploratória, na medida em que utilizamos esse momento de aproximação inicial com os atores dos programas e com as instituições que contatamos, como uma estratégia de levantamento e constituição do corpo da pesquisa, como propõe Minayo (2000). Assim, por meio da interação com a realidade investigada, foi possível conhecer um pouco melhor os desafios e as dificuldades que os atores dos PST vivenciam no cotidiano, principalmente os relacionados com o processo comunicativo.

A análise dos impressos sobre Saúde do Trabalhador possibilitou levantar as categorias empíricas que posteriormente foram aplicadas na criação do roteiro da entrevista e no estudo de recepção com os trabalhadores. Entendemos as categorias empíricas, como *“aquelas construídas com a finalidade operacional, visando ao trabalho de campo [...] ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a prioridade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica”* (Minayo, 2000:94).

No processo de categorização empírica partimos de três categorias propostas por Rozemberg e Thedim-Costa (2001)³ para a análise dos impressos: a) o problema em foco (as temáticas contidas nos impressos); b) a direcionalidade (a quem se dirigem as mensagens dos impressos); e, c) a intenção dos formuladores de mensagens (análise dos conteúdos implícitos e explícitos das intenções do emissor).

³ Essas categorias integram o roteiro de análise de materiais educativos/informativos proposto e discutido pela Profa. Dra. Brani Rozemberg e pela Profa. Sônia Thedim Costa, na disciplina Tópicos Especiais em Comunicação em Saúde da Pós-graduação em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz.

Outro critério da análise documental foi a identificação dos autores e do ano de produção de cada impresso.

Nas seções onde nos referimos aos conteúdos dos impressos utilizamos a seguinte identificação: Programa de Saúde do Trabalhador, a sigla do estado de origem, seguida do número dado ao impresso, por exemplo, PST/RJ-O1. A numeração dos impressos segue em ordem crescente independente da instância produtora. Encontra-se no anexo II a listagem de impressos conforme indicado.

Dessa forma, a análise documental, apresentada no capítulo IV, permitiu o levantamento e o estudo dos pressupostos que sustentam a lógica do emissor, no processo de comunicação mediado.

2.1.3. Entrevistas semi-estruturadas

Na etapa que se seguiu, realizamos entrevistas, com formuladores de mensagens dos impressos produzidos pelos PST, que ocupam posições estratégicas de gestão e de coordenação, responsáveis pela concepção e execução de projetos no âmbito dos serviços de atenção à saúde do trabalhador. Na seleção desses entrevistados, consideramos como critério, aliado à posição que ocupam, o fato de participarem na elaboração de impressos informativos/educativos.

As entrevistas visam contextualizar os aspectos relacionados com a construção e implementação do campo da Saúde do Trabalhador no SUS, por meio dos Programas de Saúde do Trabalhador. Nelas partimos de três questões, a primeira que situa o histórico dos programas, a segunda que abre para os desafios e impasses vividos na atualidade e a última questão, que se refere ao processo comunicativo nos PST. Organizamos as respostas a essas questões, em eixos temáticos, procurando articular os depoimentos sobre o processo de constituição dos programas com os pressupostos teóricos do campo da Saúde do Trabalhador, especificamente, no que se refere à participação do trabalhador enquanto sujeito no processo de transformação de suas condições de trabalho e de vida. Apresentamos as idéias centrais de análise das entrevistas no capítulo III.

A partir desse procedimento, visamos verificar o imaginário que norteia as práticas de comunicação/educação em saúde existentes nos programas, o tipo de participação dos

trabalhadores nas ações propostas e o modo como os técnicos dos PST qualificam os trabalhadores aos quais tais programas se destinam.

Optamos por realizar três entrevistas com os formuladores de mensagens, representantes das seguintes instâncias: Assessoria de Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - AST-SES/RJ; Coordenadoria do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - Cerest/SP, ligado à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; Setor de Comunicação Social da Fundacentro, instituição pertencente ao Ministério do Trabalho.

A escolha da coordenadoria do Cerest/SP foi feita por essa representar ao mesmo tempo o pólo emissor referente à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e por ter participado na elaboração de um dos impressos, de nossa amostra, produzido pelo Ministério da Saúde, assim em uma única entrevista tivemos como levantar dados referentes aos processos comunicativos dessas duas instâncias.

Quanto ao setor de Comunicação Social da Fundacentro não realizamos a entrevista, porém, na oportunidade da coleta de materiais produzidos por essa instituição, na unidade de São Paulo, conversamos com uma das pessoas responsáveis pelo setor de educação que gentilmente nos apresentou um pouco da estrutura, do funcionamento e da concepção da prática de educação/comunicação adotada pela instituição. Todavia a entrevista não foi formalizada por questão de tempo hábil para sua inclusão nesta dissertação.

Na seção dos resultados os depoimentos das coordenadorias dos PST dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo estão referidos da seguinte maneira: E:01-PST/RJ e E:02-PST/SP, respectivamente.

Consideramos que tanto a análise dos impressos quanto as entrevistas realizadas nos PST foram fundamentais na construção do instrumento de pesquisa para o grupo focal com os trabalhadores.

2.1.4. Participação em eventos do campo da Saúde do Trabalhador

Devido à inserção da autora como técnica de um dos PST existentes no Estado do Rio de Janeiro, participamos de eventos promovidos pelo campo da Saúde do Trabalhador e por alguns PST estaduais e municipais; o que possibilitou a nossa aproximação com os

debates que orientam as práticas por eles desenvolvidas. Nos resultados apresentados utilizamos algumas observações e registros de campo referentes a participação de atores presentes nesses eventos.

Participamos das reuniões do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador- Consest e dos Fóruns de Municipalização.⁴ Tais eventos funcionam como espaços integradores e deliberativos, promovidos pela Assessoria de Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro- AST/SES. As reuniões acontecem na Secretaria Estadual de Saúde, no município do Rio de Janeiro, mensalmente.

A oficina de “Vigilância em Ambiente de Trabalho no Campo da Saúde do Trabalhador no SUS”,⁵ teve como principais objetivos: discutir a metodologia das ações de

⁴O Fórum de Municipalização tem por objetivo reunir os coordenadores ou representantes dos PST municipais com a Assessoria de Saúde do Trabalhador do Estado para o acompanhamento e discussão das ações desenvolvidas pelos programas, bem como elaborar projetos, definir e deliberar diretrizes para as ações de saúde do trabalhador de forma articulada com o Estado.

As reuniões do Consest funcionam como um espaço que aglutina técnicos de várias instâncias responsáveis pelas as ações de saúde do trabalhador, entre elas, os PST municipais, os representantes dos sindicatos de diversas categorias, o Ministério do Trabalho, as universidades, as instituições de pesquisa e a Secretaria Estadual de Saúde. O objetivo do Consest é “*elaborar, acompanhar a execução e avaliar a política de Saúde do Trabalhador, estabelecendo as estratégias das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de atenção integral aos trabalhadores*”(PST/RJ-02).

⁵ Essa oficina foi parte do VII Congresso Paulista de Saúde Pública: Saúde e Democracia, realizado em Santos/SP em setembro de 2001. Estiveram presentes representantes do Estado do Rio de Janeiro e dos municípios de Barra Mansa, Volta Redonda, Duque de Caxias e Rio de Janeiro; Estado de São Paulo e municípios de Jundiaí, Santo André, Moji Mirim, São Bernardo do Campo, Santos, São Paulo; Estados de Goiás e Rio Grande do Sul e Universidade Federal de Blumenau.

vigilância dos ambientes de trabalho utilizada pelos técnicos do SUS; construir estratégias metodológicas de forma conjunta na tentativa de estabelecer um procedimento comum para o desenvolvimento das ações de VST no SUS. Essa oficina foi importante para a nossa compreensão da abordagem das ações de vigilância atualmente adotadas no Estado do Rio de Janeiro e da importância dada a essas ações.

Ainda que não se trate de um estudo comparativo entre os PST existentes no Rio de Janeiro e São Paulo, foi nessa ocasião que visitamos os PST dos municípios de São Paulo e Santo André; e da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, especificamente, o Centro de Divisão em Informação-CDI, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest/SP e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Lapa – Cerest/Lapa. A partir do contato com representantes desses programas obtivemos informações sobre seu funcionamento, as principais atividades e projetos desenvolvidos, o que serviu de parâmetro para análise das atividades realizadas no Rio de Janeiro. De modo que também incluímos em nossos resultados algumas dessas informações que estão referidas da seguinte maneira: E:03-PST/SP.

Participamos também do I Fórum Regional de Saúde do Trabalhador do Médio Paraíba, evento que reuniu representantes do setor público, do setor privado e do movimento social⁶, da região do Médio Paraíba. Teve como objetivo fomentar a máxima participação dos PST no fórum fazendo desse evento um momento de troca de informações entre os programas e ainda fortalecer as ações de saúde do trabalhador no SUS daquela região.

As informações, na sessão de resultados, que se referirem aos técnicos de saúde estão assim referidas: E:04-PST/RJ. As falas dos trabalhadores estão representadas pela

⁶ Participantes do evento: a coordenação da Assessoria Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, os coordenadores e técnicos dos PST dos municípios de Resende, Pinheiral, Volta Redonda, Barra Mansa, Barra do Pirai e alguns representantes das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Porto Real e Rio Claro. Além de contar com os representantes dos sindicatos dos metalúrgicos, dos bancários, da construção civil e de representantes da Associação dos Leucopênicos.

letra T seguida de um número referente a cada trabalhador que se manifesta e o ano de 2001 (ano dedicado a essa etapa do estudo), por exemplo: T-01, 2001.

Buscamos, nessa etapa, compreender em que medida os atores dos PST tendo como parâmetro os pressupostos teórico-metodológicos que orientam o campo da Saúde do Trabalhador (a intersectorialidade, a investigação dos processos de trabalho e a participação dos trabalhadores) funcionam como orientadores na definição das ações de saúde do trabalhador e que temas ocupam maior relevância nos debates e nas propostas implementadas nos programas.

Como fonte complementar dos dados, essa participação em eventos levou-nos a uma melhor compreensão das ações desenvolvidas pelos programas, por exemplo, das ações planejadas, quais são aquelas que têm continuidade e por quê? A partir de qual critério são selecionadas as prioridades? Quais as temáticas que mobilizam as escolhas de um projeto? Buscamos ainda, entender de que forma são planejadas as intervenções de vigilância. Se por atendimento as demandas onde já ocorreram acidentes (a posteriori), no ato do acidente (emergencial), ou se as intervenções se antecipam aos eventos (preventiva).

2.1.5. Estudo de recepção de mensagens

Para a realização do estudo de recepção de mensagens por trabalhadores da construção civil contatamos o Dr. Prof. Carlos Minayo Gómez que desenvolve pesquisas sobre o setor produtivo da construção civil para intermediar nossa inserção nesse contexto, indicando-nos alguns sindicalistas para a formação do grupo de recepção. Foi quando conhecemos o Sr. Leônidas um sindicalista com sólida formação política que facilitou nossa entrada nos canteiros de obras e a formação dos grupos privilegiando-nos com sua participação nas seções dos grupos focais. Assim, a nossa aproximação ao campo da construção civil deve-se a todo esse apoio.

Um fator que também motivou nossa escolha por essa categoria de trabalhadores é a relevância histórica das relações de produção da construção civil que imprime suas marcas sobre as vidas das pessoas que estão inseridas nesse setor produtivo, entre elas, destacamos a desproteção social em que se encontram os trabalhadores acidentados e os familiares de trabalhadores vítimas de acidentes fatais. A evidência dessa situação é que, no período de

1997 a 2001, foram registrados 60 casos de acidentes fatais (dados referentes apenas aos trabalhadores que têm carteira assinada)⁷, o que indica a elevada taxa de subnotificação de acidentes no setor.

Diante desse quadro, apesar de nosso objeto de pesquisa não se referir à questão colocada acima, envolvemo-nos com a problemática vivida por trabalhadores da construção civil. Por isso, consideramos que estudos de natureza qualitativa, em especial os que priorizam o saber do trabalhador, por meio da obtenção de elementos relacionados com a vida concreta, possam contribuir para a problematização da realidade e realimentar o fluxo entre a pesquisa e a prática.

Nesse sentido, realizamos uma pesquisa de recepção de mensagens em que avaliamos os impressos produzidos pelas instâncias públicas atuantes no âmbito da saúde e trabalho a partir do ponto de vista dos trabalhadores para os quais tais impressos se dirigem. Utilizamos a técnica de grupos focais, como um método que possibilita o confronto das opiniões e dos conhecimentos construído pelo pólo receptor, com as prescrições e o ideário proposto pelos formuladores das mensagens contidas nos impressos. Realizamos uma fase exploratória de campo em dois canteiros de obras com grupos de trabalhadores e cinco encontros com os grupos de recepção propriamente ditos, ou seja, já organizados e agendados para participar da pesquisa. As sessões tiveram duração de uma hora uma vez por semana.

A escolha do grupo de trabalhadores para participar do processo de avaliação de materiais educativos/informativos se deu a partir: a) da seleção dos impressos que privilegiam a segmentação da audiência, isto é, escolhemos os que são produzidos para um público específico, no caso, priorizamos os que são dirigidos para os trabalhadores da construção civil, uma vez que essa categoria equivale a 8% no universo de materiais analisados; b) um outro critério foi que o grupo de recepção contivesse trabalhadores que tenham história de participação no sindicato da categoria, por representarem o controle social.

⁷ Fonte: dados de pesquisas realizadas no âmbito do projeto “Precarização do Trabalho e seus Impactos sobre a Saúde” sob a coordenação do Dr. Carlos Minayo Gómez, 2003.

Na seleção dos materiais educativos/informativos a serem avaliados optamos por incluir impressos dirigidos aos “trabalhadores em geral”, pelo fato de essa categoria representar 68% (ver capítulo IV) do universo de nossa amostra, a fim de avaliar e comparar as diferenças dos efeitos das mensagens com os impressos direcionados especificamente aos “trabalhadores da construção civil”, somando um total de onze impressos (sete da categoria trabalhadores em geral e cinco da categoria de trabalhadores da construção civil).

Foram avaliados os seguintes materiais: dois cartazes e um folder destinados a divulgação de programas; três cartilhas, uma referente a CIPA e as outras duas apresentando diversas mensagens, como: divulgação de programas, direitos dos trabalhadores, doenças/acidentes do trabalho, entre outros. Já os específicos para trabalhadores da construção civil foram: três cartilhas, uma referente ao cumprimento da NR18; a outra aborda a temática da dermatose profissional na construção civil; e, a terceira apresenta os direitos dos trabalhadores, medidas de segurança/prevenção de acidentes e divulgação institucional; dois folders sobre medidas de segurança/ prevenção no trabalho na construção civil.

Esses materiais educativos foram selecionados para favorecer as discussões quanto: a) ao tipo de formato (cartaz, cartilha e folders) preferido; b) ao estilo, gênero comunicativo (uso de imagens, a linguagem e o tipo de discurso); c) a diversidade das temáticas abordadas; d) a intersetorialidade como um elemento favorecedor na produção de impressos (a produção conjunta entre os PST dos níveis estadual e municipal do Estado do Rio de Janeiro, a da Fundacentro e as diversas categorias sindicais). Somando a esses critérios buscamos identificar junto aos trabalhadores os elementos considerados essenciais na elaboração desse tipo de recurso midiático, entre eles: a direcionalidade, as intenções dos formuladores de mensagens, a pertinência das temáticas abordadas nos impressos com a problemática vivida pelos trabalhadores e o tipo de participação dos trabalhadores nas ações de saúde do trabalhador, visando oferecer subsídios ao campo da produção de materiais educativos/informativos. Para isso, partimos de três perguntas: Para quem são feitos esses impressos ? O que discutem os impressos ? Para que servem os impressos ?

Os relatos dos trabalhadores, fruto dessa etapa de grupos focais estão referidos pela letra T seguida de um número diferente para cada fala e do ano 2002 (ano da realização dos grupos focais), por exemplo: T-01, 2002. Apresentamos os resultados dessa etapa da pesquisa no capítulo V.

2.1.3. Forma de apresentação dos resultados e discussão

A partir dos capítulos seguintes, a dissertação passa a integrar dados da literatura pesquisada aos do trabalho de campo realizado. Desse modo, procuramos discutir nossos resultados no próprio momento de sua apresentação, considerando o grande volume de material analisado. Reservamos para o último capítulo a retomada dos pontos principais na forma de conclusões.

CAPÍTULO III - Do Campo da Saúde do Trabalhador aos Programas de Saúde do Trabalhador



Fonte: Impresso PST/RJ-25

Contar a história da Saúde do Trabalhador, do ponto de vista dos atores que atuam no nível operacional do campo da Saúde do Trabalhador, de Programas de Saúde do Trabalhador, representa um desafio e, ao mesmo tempo, a possibilidade de favorecer um espaço de confronto entre as várias concepções referentes à temática saúde e trabalho.

Nesse sentido, as interpretações e explicações desses atores fundamentam nossa investigação à medida que em suas narrativas encontramos as representações dos modos de pensar e agir dessa coletividade: os “técnicos”⁸ de saúde. Sendo a interpretação dos relatos discursivos nosso principal método para alcançar essas representações.

Dessa forma, procuramos identificar os enunciados que constituem as práticas discursivas da Saúde do Trabalhador. Considerando que “*as práticas discursivas formam saberes*” (Foucault *apud* Araújo, 2000:61), selecionamos as que apresentam maior recorrência em todos os documentos e contextos analisados (impressos, entrevistas e as falas coletadas nos eventos da saúde do trabalhador) como forma de construir um conhecimento sobre o processo comunicativo entre os atores da Saúde do Trabalhador.

Assim, esse capítulo está estruturado em três seções: na primeira parte, situamos a configuração do campo da Saúde do Trabalhador, em seguida, contamos a história dos Programas de Saúde do Trabalhador a partir das experiências relatadas por atores inseridos nos programas. E, por último, apresentamos a dinâmica da participação dos trabalhadores nas ações efetivadas nos programas.

3.1. A configuração do campo da Saúde do Trabalhador

O campo da Saúde do Trabalhador configura a possibilidade de ruptura com os modelos de atuação da Medicina do Trabalho⁹ e da Saúde Ocupacional¹⁰, os quais são

⁸Os trabalhadores que atuam nos programas do MS e MT serão tratados de técnicos pois dessa forma se autodenominam.

⁹ A Medicina do Trabalho de acordo com Mendes e Dias (1991) e Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997), emerge no contexto da Revolução Industrial. Apresenta como principal característica o fato de a prática médica estar circunscrita ao espaço fabril. Nas ações dessa vertente há uma concepção baseada na exclusividade do saber médico, eminentemente biologicista e individualizante, o qual se orienta pela concepção de que cada doença apresenta um agente etiológico. E essa unidirecionalidade é transposta para o recinto da fábrica, o que culmina em intervenções pautadas no isolamento de riscos específicos e na medicalização dos trabalhadores que apresentem sinais e sintomas referentes àqueles riscos relacionados.

delineados pelo predomínio do enfoque mecanicista, biologista e individualista na busca de estabelecer o nexos entre as causas de doenças/acidentes e o trabalho.

Nesse sentido, pode-se considerar que essas abordagens, devido ao caráter unívoco adotado, se tornam insuficientes para abarcar as novas questões pertinentes à relação saúde-trabalho impostas pelas transformações econômicas, políticas e sociais que ocorreram no mundo do trabalho a partir da década de 1970 até os dias atuais. Sinteticamente, citamos alguns fatores que apontam para essas mudanças:

No nível das transformações técnicas, econômicas e políticas, destacam-se as que se referem à introdução de novos mecanismos de circulação do capital que resultam na implantação de novas tecnologias aos processos de trabalho. Tem-se então, em termos macro, o movimento de terceirização da economia, a queda do setor secundário aliado ao crescimento do setor terciário e, no nível micro, tem-se uma crescente e acelerada implantação da automação e da informatização (Mendes e Dias, 1991).

Em termos sociais, temos, a partir da década de 1970, diversos movimentos no mundo, notadamente nos países europeus, organizando-se e ganhando força na luta pela melhoria das condições de vida, incluindo as de trabalho. Nesse âmbito, objetiva-se a luta dos trabalhadores pelo efetivo exercício dos direitos humanos fundamentais, como o direito da informação, da recusa ao trabalho quando esse apresenta danos à saúde e a consulta prévia ao trabalhador quanto à introdução de novas tecnologias no processo de trabalho (Mendes e Dias, 1991; Lacaz, 1997; Minayo-Gomez e Thedim- Costa, 1997).

¹⁰ A abordagem da Saúde Ocupacional segundo Mendes e Dias (1991); Lacaz (1996) e Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997) fundamenta-se na intervenção nos ambientes de trabalho, sob o enfoque da proteção, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores frente aos fatores causadores de risco no trabalho. Procura detectar os agentes que podem gerar agravos à saúde do trabalhador, recorrendo a investigação dos agentes químicos, biológicos e físicos presentes no ambiente, sendo importante controlá-los e monitorá-los. Institui técnicas e normas de segurança como uma maneira de garantir a prevenção dos acidentes e enfrentar as diversificadas condições de trabalho. Para isso, determina o uso obrigatório de Equipamentos de Segurança no Trabalho – (EPI/EPC), como uma forma de garantir a integridade física do indivíduo para o retorno rápido ao trabalho .

No caso do Brasil, o cenário configurou-se pela intensa mobilização social na luta pela saúde no trabalho, quando se levantaram várias frentes de questionamentos quanto aos danos à saúde, provocados pela organização do trabalho e dos ambientes, e, ainda, questionava-se a precariedade da legislação trabalhista frente às imposições do capital. Pela articulação dos movimentos sindicais, ocorre a criação do Cisat (Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho) que mais adiante se tornou o Diesat (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho) (Mendes e Dias,1991; Lacaz,1997; Minayo-Gomez e Thedim-Costa,1997).

No âmbito da Saúde Pública encontram-se várias críticas à prática de medicalização da população. Então busca-se, nas ações das políticas públicas em saúde, uma prática voltada à assistência primária objetivando a descentralização dos serviços de saúde e a ampliação das intervenções médicas orientadas à promoção da saúde. Nesse cenário, institui-se a Lei Orgânica de Saúde n. 8080/90 que determina aos municípios a implantação dos primeiros Programas de Saúde do Trabalhador, destinados a realizarem ações de saúde do trabalhador, conjuntamente com outras instâncias governamentais, as Delegacias Regionais do Ministério do Trabalho- órgão do Ministério do Trabalho, que até então se responsabilizavam por essas intervenções. Fatos importantes foram as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador ocorridas em 1986 e 1994 respectivamente (Mendes e Dias,1991; Lacaz,1997; Spedo,1998).

De modo geral, a partir dos questionamentos levantados pelos diversos setores da sociedade, na década de 1980 culmina a criação da área da Saúde do Trabalhador, caracterizada como um campo para o qual confluem o conhecimento científico (universidades e centros de pesquisas) e o conhecimento informal (os trabalhadores); a articulação das diversas instâncias jurídicas e políticas do setor saúde do Estado; a interação com os movimentos sociais (sindicatos e outras instâncias populares) para traçar diretrizes de intervenção no processo de saúde/doença relacionado com o trabalho (Mendes e Dias,1991; Lacaz,1997; Minayo- Gomez e Thedim-Costa,1997).

Nesse sentido, a Saúde do Trabalhador vem construindo historicamente as bases teórico-metodológicas que possam desdobrar-se em ações relacionadas ao *“processo de saúde e doença, dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho”* (Mendes e

Dias,1991:347). Essa vertente se caracteriza como uma área da saúde coletiva, que se destina a pensar e promover ações referentes à temática saúde-trabalho, incluindo-se as diversas formas de inserção no mundo do trabalho, ou seja, o mercado formal e o informal, uma vez que considera o trabalho como organizador da vida social.

A implementação desse campo fundamenta-se na Medicina Social Latinoamericana que propõe, segundo Lacaz (1996:23), *“uma visão do conceito de trabalho que incorpore a idéia de processo de trabalho, na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco e externo ao trabalhador, mas como uma categoria explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho”*.

Cabe ressaltar que o conceito de processo de trabalho é central para aproximar a compreensão dos fatores que circunscrevem as ações da saúde do trabalhador. Segundo Laurell e Noriega (1989:106) *“os elementos básicos de todo processo de trabalho são o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho e o próprio trabalho. A sua análise tem duas vertentes: uma técnica e outra social. ou seja, é preciso analisar não somente as características físicas, químicas e mecânicas do objeto de trabalho, mas também porque e como chega a sê-lo, isto é, sua vertente social”*.

A respeito do que foi exposto acima, complementamos que as intervenções, estruturadas pela análise do processo de trabalho ampliam de forma destacável a relação entre as conseqüências diretas e específicas do trabalho sobre a saúde pois levam em consideração a dimensão histórica e social do trabalho e seus efeitos sobre o processo saúde/doença (Lacaz,1996; Minayo-Gomez e Thedim-Costa,1997).

Nesse sentido, Laurell e Noriega (1989) propõem uma metodologia de intervenção dos processos de trabalho, que parte da análise da carga de trabalho¹¹, seguindo as etapas: a

¹¹ Temos em Laurell e Noriega o conceito de carga de trabalho: sendo importante ressaltar na “análise do processo de trabalho os elementos deste que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica. Uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexu biopsíquico da coletividade operária e confere a este um modo histórico específico de andar a vida” (1989:110).

primeira caracteriza-se por decompor as cargas de um lado, as físicas, as mecânicas, as químicas e as biológicas; de outro, as fisiológicas e psíquicas. Posteriormente, procura-se reconstituí-las de maneira a integrá-las novamente ao processo de trabalho. Assim, todos os saberes se juntam com o intuito de compreender o trabalho prescrito e o real referente a cada atividade de trabalho, para alcançar explicações mais complexas sobre os condicionantes de risco à saúde (Laurell e Noriega, 1989).

Um campo interdisciplinar

Quando se coloca como central a análise do processo de trabalho de uma coletividade, inscrevem-se as ações da Saúde do Trabalhador num terreno amplo, diversificado e fecundo, onde se fundamentam os diversos saberes para abarcar o dinamismo intrínseco à realidade. Sendo assim, busca-se, na sustentação de sua prática, desenvolver ações pautadas na *interdisciplinaridade* e na *intersectorialidade*, as quais constituem um dos fundamentos dessa vertente.

Nessa perspectiva, essa abordagem contempla a *prática dialógica* fundamentada na troca de saberes e na cooperação entre os atores que compõem esse cenário, a saber, os movimentos sindicais, os pesquisadores, os trabalhadores, as instâncias estaduais que possuem atribuições pertinentes à inspeção e vigilância do trabalho (MT-DRT), e o setor privado encarregado de boa parcela das oportunidades de trabalho em nosso país (Minayo - Gomez & Thedim-Costa, 1997; Machado, 1997).

Pode-se destacar, no leque de intervenções que demandam a prática interdisciplinar e uma ação que envolva diferentes instâncias institucionais, as ações de vigilância em saúde do trabalhador. De acordo com Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997) e Machado (1997) e Machado & Porto (2000), elas consistem na fiscalização dos ambientes e locais de trabalho para investigar as relações entre o processo de trabalho e os fatores que provocam riscos à saúde dos trabalhadores. Machado (1997:37) aponta que “*os componentes tecnológicos, epidemiológicos e sociais dessa ação interdisciplinar atuam como*

mediadores da relação entre processo de trabalho e saúde [...] considerando esses três componentes estruturais e a dinâmica dessa relação somos obrigados a pensar e agir interdisciplinarmente”.

Um outro pressuposto para a prática interdisciplinar refere-se à participação do trabalhador como um sujeito ativo no processo de transformações no âmbito do trabalho, pois o trabalhador *“como agente teria a capacidade de transformar e interferir em sua realidade de trabalho, através da reivindicação de direitos, como da participação no controle da nocividade do trabalho; da definição consensual de prioridades de intervenção e da construção de metodologias de intervenção sobre o real”* (Lacaz, 1996:24).

Um dos referenciais dessas idéias remete-nos à concepção do Modelo Operário Italiano - MOI¹² que se caracteriza pelo desenvolvimento de um novo paradigma de conhecimento, partindo da confrontação entre o saber formal dos pesquisadores e o informal dos trabalhadores; constrói uma nova abordagem de pesquisa sobre as condições de trabalho, viabiliza o fortalecimento do coletivo de trabalhadores e, o mais importante, busca a recuperação do significado do trabalho.

Segundo Laurell e Noriega (1989:87) *“o sujeito é o condutor do processo de investigação não o cientista, mas o grupo operário homogêneo auxiliado pelos*

¹² O MOI fundamenta-se em três pilares: o grupo homogêneo, a validação consensual e o princípio de não-delegação. Respectivamente, o primeiro pilar caracteriza-se pelo grupo de trabalhadores que estão submetidos à mesma experiência e condições de trabalho; o segundo, a validação consensual é o julgamento do coletivo pelo qual se valida a experiência do trabalhador referente às condições de trabalho; enquanto, no terceiro, o conceito de não-delegação apóia-se no princípio de não delegar apenas aos técnicos e especialistas o julgamento e o conhecimento sobre a nocividade das condições de trabalho (Oddone,1986).

especialistas [...] a principal fonte de conhecimento é a experiência operária coletiva. Delineia-se, contudo, um vínculo imediato entre o conhecer e o transformar”.

Portanto, as ações na área da saúde do trabalhador requerem uma articulação de saberes de instâncias políticas, de técnicos especializados e dos trabalhadores assegurando as intervenções tecnológicas nos processos de trabalho, assim como as transformações nas relações sociais e no contexto econômico. O pivô de suas idéias pauta-se na participação democrática dos diversos segmentos sociais que possam gerar ações, frente ao conflito capital-trabalho, com a finalidade de promover melhorias nas condições de vida e saúde da sociedade (CESTEH/ENSP,1986).

3.2. Programas de Saúde do Trabalhador

Nos parágrafos que se seguem procuramos situar os principais acontecimentos que marcam a constituição dos Programas de Saúde do Trabalhador -PST, a partir do ponto de vista dos técnicos de saúde. Nesse contexto procuramos definir o que são os PST, quais são suas principais propostas, como operacionalizam suas ações e para quem são dirigidas e, finalmente, buscamos localizar o lugar dado aos aspectos da participação dos trabalhadores nas práticas implementadas nos programas.

3.2.1. O que são os Programas de Saúde do Trabalhador ?

Os Programas de Saúde do Trabalhador - PST surgem inspirados nos princípios teórico-metodológicos do campo da Saúde do Trabalhador e no contexto da Reforma Sanitária, ganhando respaldo e força na institucionalização das ações descentralizadas de saúde. Os programas têm por objetivo garantir a atenção à saúde dos trabalhadores, por meio de ações preventivas, assistenciais e de promoção de saúde (Mendes e Dias, 1991; Dias, 1994; Lacaz, 1996, 1997).

Nesse sentido, mencionamos o que a Lei Orgânica de Saúde n. 8080/90, define como sendo das atribuições da Saúde do Trabalhador no SUS. Essa lei apresenta no Capítulo I, art. 6º, parágrafo 3º :

“Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho ou portador de doença profissional” (BRASIL,1990).

Tendo em vista o prescrito pela legislação, procuramos algumas definições dos PST, pelas mensagens dos impressos analisados, à medida que representam a concepção dos atores inseridos nos programas. Vejamos.

“É um Programa da Secretaria Municipal de Saúde (nome do município) que desenvolve ações com o objetivo de garantir o estado de saúde, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde do trabalhador submetido aos riscos e agravos advindos do processo de produção, das condições e do ambiente de trabalho” (PST/RJ-07).

“Somos um serviço da Prefeitura Municipal (nome do município) e fazemos parte do SUS (Sistema Único de Saúde). Estamos atentos aos problemas relacionados a saúde da população trabalhadora” (PST/INTER-72).

“Nosso trabalho é conhecer, acompanhar, verificar e cuidar da SAÚDE, sob um aspecto global: A SAÚDE FÍSICA do TRABALHADOR; A SAÚDE do AMBIENTE de TRABALHO; A SAÚDE da ORGANIZAÇÃO e PROCESSO do TRABALHO; A SAÚDE das RELAÇÕES INTERPESSOAIS; A SAÚDE MENTAL e SOCIAL do TRABALHADOR e da INSTITUIÇÃO” (PST/MS-39).

Consideramos, a partir dos discursos acima, que os PST são definidos como uma proposta de serviço, na rede pública de saúde, que tem por finalidade garantir, prevenir, proteger, promover e recuperar a saúde da população, no caso, a saúde da população trabalhadora. Essa definição, de certa forma, nos faz pensar que na prática comunicativa dos programas, há uma tendência a valorizar e a reforçar concepção de saúde preconizada pelo modelo do SUS. A saúde para esse modelo integra a compreensão das condições de vida (sociais, econômicas e políticas) a que está submetida a população. Ainda, a saúde é um direito e o acesso aos serviços e atendimentos prestados pela rede de saúde pública deve ser universal, integral, equânime e contar com a participação do controle social no gerenciamento das políticas públicas de saúde.

Nesse sentido a saúde do trabalhador está sob as mesmas diretrizes: “a atenção a saúde do trabalhador deve ser **universal**, ou seja, acessível a todos os trabalhadores, independente da sua inserção no processo produtivo ser mais ou menos valorizada socialmente; com **equidade**, ou seja, que lhe seja colocado à disposição o que de melhor a ciência e a técnica, frutos do trabalho humano, conseguirem desenvolver até o momento, neste campo; **integral**, ou seja, que as ações preventivas e curativas sejam desenvolvidas de modo integrado e que se considerem os **trabalhadores sujeitos** das ações de saúde” (Dias 1994:89)

De um lado, podemos pensar que a opção em “reproduzir” os conceitos-chave dos SUS, nas mensagens veiculadas, representa um movimento de ruptura com o modelo biomédico¹³. De outro, acreditamos que a tentativa de “reprodução” das idéias e de alguns dos princípios essenciais preconizados pelo SUS não é suficiente para se produzir uma “prática” de saúde sob essa perspectiva, nos serviços públicos, que prime pela construção conjunta da atenção à saúde do trabalhador.

De acordo com o discurso de um dos entrevistados de um dos programas do Estado do Rio, temos que a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador faz parte de “*toda uma conjuntura político, partidário, social que cria esses núcleos no Estado, de reflexão e produção, na área de Saúde do Trabalhador*” (E:01-PST/RJ,2001).

O contexto político e social referido pelo entrevistado, constituiu-se pela articulação de vários segmentos sociais, entre eles, os pesquisadores, os profissionais de saúde (inseridos nos níveis federal, estadual e municipal), os sindicatos e os representantes políticos dos municípios.

De certa forma os objetivos que se instauram nesse momento são a elaboração de diretrizes políticas e de uma legislação específica que permita a execução, por parte do SUS, da implementação da atenção à saúde do trabalhador. A operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, decorre do processo de descentralização das ações de saúde,

¹³ Esse modelo tem a doença como ponto de partida e focaliza a intervenção médica no indivíduo, desconsiderando as relações do processo saúde e doença com o contexto sócio-cultural em que os indivíduos estão inseridos. De modo que as intervenções médicas, investidas de elevada sofisticação tecnológica, atendam prontamente aos interesses e necessidades produzidos pela sociedade capitalista (Queiroz, 1986).

instituído pela Lei Orgânica de Saúde n.8080/90, que propicia a implantação dos PST e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, fomentando a reorganização das atribuições e das atuações para cada um dos níveis federal, estadual e municipal, em termos das ações de saúde do trabalhador.

Em virtude desse processo, de acordo com o relato dos nossos entrevistados, há um incremento na criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e dos Programas de Saúde do Trabalhador, nos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, no período entre 1986 e 1994. De acordo com Lacaz (1996) esse processo foi resultante de diversas discussões entre os movimentos sindicais, em especial, o do ABC paulista, e os profissionais de saúde para incluir a atenção à saúde do trabalhador no setor saúde. Outra característica do processo de municipalização, nesses estados, é que ele não ocorreu de forma homogênea devido às particularidades e conjuntura política de cada um desses estados (Fadel,1994; Lacaz ,1996).

Em Dias (1994), a construção da atenção à saúde do trabalhador na rede pública dos serviços de saúde pode ser sistematizada, para fins didáticos, em três períodos: o primeiro marcado pela difusão das idéias e pressupostos da área da Saúde do Trabalhador, entre 1978 e 1986; o segundo compreende a fase da institucionalização das ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde, por meio da elaboração e sanção de leis, entre 1987-90; e, por último, o período da implantação da atenção à saúde do trabalhador no SUS, compreendido entre o final da década de 1980 e os anos 1990.

Buscamos, a seguir, sintetizar as experiências de implantação dos PST nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, por meio dos relatos dos entrevistados inseridos nos programas.

3.2.2. Experiências de implantação dos PST no Rio de Janeiro

A difusão e fomento das diretrizes para a implantação da atenção à saúde dos trabalhadores, no Estado do Rio do Rio de Janeiro, teve *“um marco importante que foi a Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador em 1986 e as estratégias de organização dessa conferência que aconteceram no escopo do CESTEJ (Centro de Estudos em Saúde*

do Trabalhador e Ecologia Humana), em um seminário memorável [...] de criação da área no Estado do Rio de Janeiro, esse é marco mais anterior ao nível de instituição estadual. [...] a Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, ela traz mais uma proposta política concreta” (E:01-PST/RJ, 2001).

Dessa forma, consideramos que esses movimentos favoreceram a aproximação dos diferentes segmentos da sociedade nas discussões que orientaram e incluíram a atenção à saúde do trabalhador no SUS.

Aliado a essa conferência, de acordo com o relato do mesmo entrevistado, as experiências do Estado de São Paulo, de modo muito particular, foram referência para a construção dos programas no Estado do Rio:

“[...] o Rio de Janeiro vem a reboque de uma série de outros estados que já tinham essa discussão acumulada, como por exemplo São Paulo que tinha um reforço do movimento italiano. Então os centros de referência em São Paulo são criados com o projeto Brasil Itália, inclusive dá capacitação e instrumental. E façamos! Isso deu um contraponto bom. E aí, a gente um pouco bebe dessa experiência de São Paulo, tem uma troca que de uma forma ou de outra a gente sempre teve (E:01-PST/RJ, 2001)”.

No Estado do Rio de Janeiro, durante o processo de municipalização, que ocorreu com maior vigor entre os anos de 1990 e de 1993, cria-se um grupo que assume a liderança e a responsabilidade pelo processo de implantação dos PST nos municípios, com interesse político de institucionalizar a área de saúde do trabalhador no SUS (Fadel, 1994).

O relato do entrevistado de um dos programas do Estado Rio de Janeiro, qualifica a experiência e compromisso desse grupo:

“[...] conforma-se um grupo no nível central de uma qualidade e um perfil ímpar no Brasil, inclusive eu nunca vi um grupo especialmente montado com duas características fortes: primeiro um compromisso ideológico inabalável e um compromisso de construir uma área. Eles tinham a clareza do momento histórico de construção da área” (E:01-PST/RJ, 2001).

Em seguida o entrevistado ressalta a concretização de algumas das experiências de implantação dos programas nos diferentes municípios do Rio de Janeiro:

“A gente começa a dar um reforço para o município do Rio, a gente fez dois cursos de acidentes de trabalho para a rede, para tentar capacitar a rede, tentar estruturar (PST) do município (do Rio de Janeiro)” (E:01-PST/RJ, 2001).

“Criamos um pouco essas estruturas, aí fundamentalmente a área foi o Médio Paraíba e Campos, foram as duas regiões que a gente criou mais algumas ações e sempre criando assim, a gente criava uma discussão gerando uma ação” (E:01-PST/RJ, 2001).

“Em Volta Redonda já tinha a discussão acumulada de antes, é mais fácil a (nome do profissional) estava lá, era médica e era do movimento sindical na época, ficou mais fácil de criar a estrutura lá [...] tem algumas ações com o movimento sanitário italiano, na (nome da empresa), é o primeiro mapeamento de risco feito no Brasil, feito numa siderurgia” (E:01-PST/RJ, 2001).

“Barra Mansa tem umas histórias fantásticas, porque foi o primeiro programa que criou nos moldes que a gente queria, que era criar o movimento social organizado que era uma criação por dentro da câmara dos vereadores, embora se tinha inaugurado o programa sem o secretário (de saúde) porque ele nem sabia que estava tendo o programa lá porque ele era contra” (E:01-PST/RJ, 2001).

Em Niterói forma-se *“um grupo maior que do Estado, todo mundo com pós-graduação sanitária e tal [...] então o grupo de Niterói foi o grupo que teve um padrão incrível que foi literalmente desmantelado pelo coordenador que botava o grupo de Saúde do Trabalhador para vacinar na campanha anti-rábica. Então assim, não tinha mais o entendimento de Saúde do Trabalhador, aliás (o coordenador) tinha o entendimento de médico do trabalho, com a equipe inteira formada em Saúde do Trabalhador pela Fiocruz” (E:01-PST/RJ, 2001).*

As experiências do Rio de Janeiro demonstram que a implantação dos programas nos municípios está marcada pelos esforços dos profissionais inseridos no Programa de Saúde do Trabalhador do estado. De acordo com Fadel (1994), esse processo foi marcado

por uma certa verticalização na difusão e implantação das ações de atenção à saúde do trabalhador.

Consideramos que isso implica num movimento de fluxo e refluxo dos PST, a medida que tais programas foram criados sem um planejamento sistemático e com o mínimo de apoio do poder público local.

Talvez a característica personalista das experiências relatadas se relacione em grande parte com a pouca participação e apoio por parte dos gestores locais, nas propostas de implantação e implementação da atenção à saúde do trabalhador nos serviços de saúde pública. Ou talvez, essa mesma característica esteja entre as causas desta falta de apoio.

Em termos da participação dos trabalhadores nos programas, os depoimentos acima, de um modo geral, nos revelam que os PST no Estado do Rio de Janeiro, incluem a participação do controle social em suas ações, conforme previsto nos princípios do SUS e pelos pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador. Porém, as observações realizadas a partir do trabalho de campo, permitiram-nos perceber que essa prática ainda é pouco consistente e enfrenta dificuldades relativas à adesão e ao engajamento mais efetivo dos trabalhadores nas propostas dos programas.

3.2.3. Experiências de implantação dos PST em São Paulo

A entrevista com a coordenação de um dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo -Cerest/SP exemplifica a criação, em 1986, do primeiro Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte em São Paulo e os demais programas surgidos nesse mesmo período em outros municípios. Vejamos como isso se deu:

“Aí eu acho que na década de 80 começo de 82, várias experiências começaram [...] Aí mobilizam as pessoas, sindicatos, técnicos em busca de alguma coisa em conjunto, em parceria com o movimento social e movimento sindical[...] aí começaram a surgir casos, e aí tinham diferenças também porque vinham pela mobilização dos trabalhadores. Porque os trabalhadores levantavam as questões” (E:02-PST/SP,2001).

“Então começamos em 86, 87 (refere-se ao Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte) fomos indo até 94 quando a gente se transformou em Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest” (E:02-PST/SP,2001).

“Nesse período (de 1988 e 1989) surgiu o programa de Campinas, que é bastante importante, experiente até hoje. Campinas consegue descentralizar, descentralizou em 1994 mais ou menos com o acidente de trabalho, todo mundo atende acidente de trabalho[...] aí depois descentralizou a vigilância e agora o próximo passo é descentralizar as doenças ocupacionais. Aí você constrói um modelo descentralizado de referência” (E:02-PST/SP,2001).

“Aí tem o grupo da prefeitura de São de Paulo, um pouco mais tarde em 92[...]. O município de São Paulo ainda não era municipalizado, mas o resto do Estado era” (E:02-PST/SP,2001).

“Então, a gente tem várias experiências uma seguida da outra aqui no Estado de São Paulo. Aí começaram aparecer outras: Rio Claro, Piracicaba, Araçatuba, Sorocaba, têm várias” (E:02-PST/SP,2001).

A partir de Lacaz (1996) temos que o processo de instituição e legitimação da atenção à saúde do trabalhador, pelo setor saúde, no Estado de São Paulo esteve atrelado aos movimentos sindicais, que se articulavam com os profissionais de saúde na luta por melhores condições de trabalho e pela ampliação dos direitos à saúde do trabalhador. Assim, para Lacaz (1996:349), a institucionalização dos PST é fruto de *“lutas políticas que foram introduzidas na racionalidade do aparelho burocrático (do Estado)”*.

Ainda em Lacaz (1996), a implantação dos PST/Cerest no Estado de São Paulo esteve condicionada à conjuntura política favorável pois, em 1989, vários municípios, de forte influência no cenário nacional, estavam sob a gestão do Partido dos Trabalhadores. Essas condições favoreceram o fortalecimento do processo de municipalização das ações de saúde em São Paulo, em especial, da atenção à saúde do trabalhador, como preconizado pelo SUS.

Todavia, esse processo também foi marcado, segundo Lacaz (1996), por um movimento de fluxo e refluxo no desenvolvimento das ações dos programas, em decorrência de vários fatores, entre eles, mudanças de gestão municipal, que estabelece diretrizes políticas diferentes das adotadas até o momento, impondo uma redefinição no planejamento e execução das ações de saúde do trabalhador, e as dificuldades de mobilização e articulação enfrentadas pelo movimento sindical, ao longo da década de 1990, que desfavorece a integração dos trabalhadores nas propostas dos programas.

Desse modo, consideramos que as experiências de São Paulo demonstram um avanço na inclusão da atenção à saúde do trabalhador pelo setor saúde, apontando uma certa horizontalidade no processo de criação dos programas, à medida que teve como base o apoio do movimento sindical e social. Consideramos que esse fato favoreça que o Estado de São Paulo tenha em suas experiências uma maior consistência na implementação das ações de atenção à saúde do trabalhador.

3.2.4. A importância da constituição das equipes na configuração dos PST

Um aspecto importante a se destacar sobre os PST refere-se à constituição das equipes como uma estratégia para implantá-los nos municípios. Esse processo, de um modo geral, é caracterizado pela inserção nos programas de profissionais que apresentam uma integração com os projetos desenvolvidos em instituições de pesquisa e universidades que realizam investigações/intervenções relacionadas com a problemática do processo saúde-doença no trabalho. Como demonstra o relato de um dos nossos entrevistados:

“Eles tinham a clareza do momento histórico de construção da área, que depois com uma perspectiva técnica muito séria que o funcionário precisaria de capacitação, e com isso o gancho com a academia muito forte. O espaço do Cesteh, das universidades. Então você faz um trabalho que se sabe pouco qualificado para desenvolvê-lo nesse momento, até porque a área é nova, mas com o gancho muito forte para que seja desenvolvido em comum acordo com a área acadêmica. É às vezes o nosso viés de ser muito acadêmico” (E:01-PST/RJ, 2001).

Nesse sentido, as propostas de trabalho realizadas nos programas, nesse momento, são pensadas de forma integrada com pesquisas em desenvolvimento. À medida que os profissionais levam para os programas as suas investigações e/ou o inverso, as demandas dos programas tornam-se objetos de pesquisa, estreitando-se consideravelmente os vínculos entre o campo de conhecimento e o nível operacional. Em decorrência dessa articulação, uma das características identificadas nas equipes dos PST é a de apresentarem um perfil eminentemente técnico-científicos na operacionalização das ações propostas.

Sendo assim, observamos a partir desse contexto, uma forte tendência por parte dos técnicos na busca pela articulação entre academia e serviço, como uma estratégia para favorecer a efetividade das ações de saúde do trabalhador, como demonstrado pelo depoimento de um dos entrevistados:

“Aí vai o (nome do técnico) fazer doutorado em São Paulo e ele já vai com a incumbência de fazer uma tese que trouxesse contribuições para o serviço, que era validar a escória de cobre como cancerígeno” (E:01-PST/RJ, 2001).

Todavia do ponto de vista de outros atores inseridos nos PST, a articulação entre academia e serviço, apesar de ser considerada importante, é tida como uma “idealização”, pois apresenta dificuldade de responder às diversas demandas e necessidades do cotidiano dos programas. Isso está exemplificado no depoimento de um dos entrevistados de um dos programas do Estado de São Paulo:

“Há pessoas que querem fazer coisas coladas com a prática mas, em geral, estão longe disso, mas muito distantes [...] Uma coisa é você analisar aquela coisa, outra coisa é você estar dentro e analisar a coisa. É totalmente diferente, a vivência é muito diferente. Então eu acho que é muito desejável essa parceria, mas eu acho que essa parceria está longe de ser uma coisa cotidiana” (E:02-PST/SP, 2001).

A partir de Lacaz (1996) e Dias (1994) temos que essa articulação entre serviço e academia apresenta uma importância considerável na estruturação da atenção à saúde do trabalhador, em especial no nível dos programas. Mas essa articulação está em processo contínuo de discussão e redefinição de diretrizes.

3.2.3. Desafios e impasses na configuração dos PST

3.2.3.1. O processo de institucionalização dos PST: “Quem faz o que ?”

De um modo geral, nas questões referentes à criação dos programas, identificamos que o processo de municipalização impõe alguns desafios relacionados com a redefinição dos papéis e atribuições das estruturas federais, estaduais e municipais¹⁴, como exemplificado no relato de um dos nossos entrevistados:

“A Secretaria de Estado na época, em 86, tinha uma ação de execução direta, depois que passou a não ter, com o SUS, nós passamos a não ter mais esse papel [...] As ações de vigilância, de assistência, de informação são do município, da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo [...] (O Estado) tem o papel de normatizar, normatizar sobre doenças, sobre vigilância, sobre várias coisas para o estado inteiro, para ajudarem na implantação desses programas, dessas ações. Deve incentivar os municípios a fazerem suas ações locais e regionais. Devem desenvolver projetos em conjunto, tudo que a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador fala para fazer” (E:02-PST/SP, 2001).

Mediante esse processo de reorganização, identificamos na esfera estadual alguns impasses que comprometem a legitimação das ações de saúde do trabalhador, destacamos, entre eles: a) a não inclusão no organograma da secretaria de saúde; e, b) a não inclusão no planejamento orçamentário.

a) A não inclusão dos PST no organograma das secretarias de saúde dificultando a operacionalização das ações de atenção à saúde dos trabalhadores.

“Nunca houve política para a Saúde do Trabalhador na secretaria. Então é esse o principal impasse, de não definir nada e cada um faz o que quer. [...] a gente sempre teve um papel articulador com os municípios e sem respaldo nenhum da secretaria, então é como o secretário nos classifica, como uma ONG[...] Quem é nosso superior? [...] quando a gente estava na Zona Norte a gente atropelava porque a gente não tinha resposta do

¹⁴ Detemos nossa análise sobre os relatos referentes à esfera estadual, por essa fazer parte do material coletado.

secretário estadual de saúde, a gente marcava reunião no gabinete do governador direto. Então nesse aspecto ele tem razão, nós nunca obedecemos uma hierarquia. A gente tentava, não deu, a gente não ficava quieto” (E:02-PST/SP, 2001).

“A gente sempre foi parainstitucional, todo mundo dizia que a gente era uma secretaria independente e a gente gostava de ser ” (E:01-PST/RJ, 2001).

Consideramos que essa inexistência de um lugar institucional favorece a pouca legitimidade dada às atribuições dos profissionais do SUS (frente às ações preconizadas pela legislação), por parte de algumas entidades civis e também por instâncias públicas, tanto do setor saúde quanto do Ministério do Trabalho.

b) A não inclusão dos PST no planejamento orçamentário o que implica a falta de condições de trabalho relacionadas com a inexistência de espaço físico, falta de material, recursos financeiros e equipamentos para garantir o funcionamento adequado dos programas e dos centros de referências.

“É claro naquela época o negócio já tinha dificuldades estruturais graves, tipo salário, condições de trabalho nenhuma [...] a gente não estava previsto no plano orçamentário, não tem nenhum compromisso de nenhum secretário [...] então a gente vai se constituindo um pouco no espaço institucional permitido e nas possibilidades de alianças que a gente faz aqui, o nosso primeiro computador foi doado pela hanse (Programa de Hanseníase) e isso foi em 1996 o primeiro computador desse programa, antes disso a coisa é absolutamente doméstica e no impulso das pessoas” (E:01-PST/RJ, 2001).

“Em nível geral da secretaria há uma falta de política.[...] é totalmente sem subsídio[...] Nós não tínhamos até pouco tempo nem computador, todos os computadores que você está vendo são de uma semana (setembro de 2001). Aí como a gente sobrevive? A gente viveu as custas de doação. Um colega doou o micro, o outro doou uma impressora sempre vivemos assim [...] Então condições materiais zero, porque nós não temos superior. Quem é que nos dá algo?” (E:02-PST/SP, 2001).

A situação descrita nos relatos acima encontra apoio no documento do MS (2000:10) o qual dispõe que “a área de saúde do trabalhador não tem sido contemplada, de modo adequado e permanente, nos orçamentos da União, dos estados e municípios [...] não foram estabelecidos os parâmetros para dimensionar, principalmente, o custo das ações de vigilância epidemiológica e sanitária em saúde do trabalhador, de forma a complementar a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS)”.

Identificamos que essa questão se relaciona com um outro problema vivido nos programas, o que se refere à manutenção das equipes. O limitado investimento financeiro despendido à manutenção das equipes, em muitos casos, implica a saída dos profissionais devido aos vínculos precários, aliado a uma baixa remuneração. No histórico dos PST, temos a seguinte situação:

“A gente sempre teve muita carência (de pessoal). Nós sempre tivemos médico, engenheiro de uma forma precária [...] passamos a ter um psicólogo, mas era uma vez por semana [...] eu sou vinculada a uma direção, meu colega à outra e a gente se junta e estamos trabalhando” (E:02-PST/SP, 2001).

“Tinha dificuldades estruturais graves, tipo salários, de três salários mínimos (refere-se à criação dos programas) [...] em 96 tinha uma renovação na equipe, porque era na verdade dois salários mínimos e meio que a gente recebia, era impossível viver. E as pessoas que não conseguiam ter um segundo vínculo compatível acabaram descompatibilizando, e a nossa estratégia de que as pessoas fariam mestrado e doutorado e com bolsa viabilizaria a prática delas aqui dentro, teve um efeito colateral grave. Porque as pessoas ficaram muito capacitadas e fizeram concursos e foram ser professores em outros lugares” (E:01-PST/RJ,2001).

Essa problemática das equipes perpassa não apenas o momento da constituição dos programas, mas é um dos problemas atuais, identificados nessa dissertação. Correlacionamos essa situação, ao menos em parte, com o fato de que a implantação desses programas, de certa forma, ocorreu de modo verticalizado, pouco participativo (dado às

exigências do processo de municipalização) e sem uma preparação e/ou adequação (em termos de infra-estrutura tanto de pessoal quanto de equipamentos) dos serviços para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador. Assim, consideramos que esses fatores, aliados ao pouco investimento do setor saúde na atenção à saúde do trabalhador, comprometem a resolutividade e a continuidade das ações propostas nos programas.

3.2.3.2. As ações realizadas nos PST: conquistas e desafios

As ações mais freqüentemente referidas pelos entrevistados no âmbito da operacionalização das diretrizes das políticas públicas de saúde que visam à prevenção e promoção de saúde direcionadas à atenção à saúde do trabalhador são: a) as ações de vigilância em saúde do trabalhador; b) as ações de assistência; c) a capacitação dos técnicos de saúde; d) ações de educação/comunicação e saúde.

Como mencionado por um de nossos entrevistados, a organização das ações no PST decorre das demandas trazidas pelos segmentos sociais: os trabalhadores, os sindicatos e pelos próprios técnicos do SUS. Assim, essa demanda *“é organizada não em cima de necessidades epidemiológicas como a gente sempre diz tecnicamente, [...] mas em demandas do movimento sindical organizado, isso é muito claro, até como estratégia para consolidar a área (de Saúde do Trabalhador) no imaginário coletivo, na sociedade, na defesa da saúde como um todo”* (E:01-PST/RJ, 2001).

O mesmo entrevistado relata como os técnicos se organizaram na fase inicial de implantação dos programas por área de atuação específica para se efetivar as ações de saúde do trabalhador:

“[...] Um grupo que ia pensar só vigilância, um grupo que ia pensar a assistência, um grupo que ia municipalizar, um grupo que ia trabalhar com área rural, grupos de sistema de informação [...] existiam algumas diretrizes básicas em cima das demandas que se configuram. O benzeno era uma diretriz, a municipalização sempre foi prioridade, a assistência, o agrotóxico e o acidente de trabalho” (E:01-PST/RJ, 2001).

Identificaremos, nas mensagens dos impressos analisados no Capítulo IV algumas das propostas de trabalho relacionadas com o discurso acima. Algumas delas são apresentadas nos próprios impressos como projetos que estão em andamento, como, por exemplo, o trabalho em área rural e o da Comissão Nacional do Benzeno. Outras mensagens abordam, por exemplo, a temática dos acidentes, orientando o trabalhador sobre os procedimentos a tomar no caso de acidentes de trabalho. Porém, ressaltamos que, dentre os projetos idealizados, poucos se materializam em ações continuadas e consistentes o que compromete a própria existência dos programas. A seguir sistematizamos as principais ações desenvolvidas nos PST.

a) As ações de vigilância em Saúde do Trabalhador

A intervenção dos processos de trabalho, estruturada nos programas, parte das ações de fiscalização dos ambientes de trabalho, as quais têm por princípio identificar os condicionantes que geram agravos à saúde dos trabalhadores de forma a estabelecer uma ação preventiva de saúde. Essas ações são denominadas de Vigilância em Saúde do Trabalhador – VST.

Como estratégia para formalizar as ações de vigilância, está previsto no documento elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000:14) que “a implementação das ações de vigilância serão realizadas em estreita articulação com as demais desenvolvidas em outros níveis de atenção e segmentos no interior do setor saúde, buscando o trabalho interdisciplinar e em equipe. Ao lado disso compreenderá a articulação com as instituições públicas que têm atuação na área, em especial com os Ministério da Previdência Social e Assistência Social, do Meio Ambiente e do Trabalho e Emprego, e a Promotoria Pública. Essa articulação envolverá as instituições privadas ligadas à área com destaque para organizações sociais de representação dos trabalhadores e de empregadores”.

O desenvolvimento da VST é considerado um dos pilares de intervenção nos PST, como exemplificado, por um de nossos entrevistados, que qualifica as ações de vigilância como “ações emblemáticas ou de impacto”:

“Paralelamente as ações (refere-se às outras ações de Saúde do Trabalhador), nosso plano de trabalho é ter ações éticas de impactos, como a gente chama emblemáticas, que trazem para a sociedade uma vitrine do que tem dentro da Saúde do Trabalhador e dentro da estrutura da secretaria. A gente um pouco se consolida mais como uma prática, como um grupo institucionalizado”(E:01-PST/RJ, 2001).

Esse relato nos demonstra o privilégio muitas vezes dado às ações de VST, e de maneira implícita revela que a VST tem a função de dar visibilidade ao que está sendo realizado nos programas. Isto é, funcionam como uma estratégia, ao mesmo tempo, de divulgação das ações realizadas pelos técnicos que atuam nos PST e, por outro lado, servem para assegurar a manutenção desses programas no nível institucional. Assim, temos que as ações de vigilância servem como dispositivos de reorganização da atenção à saúde do trabalhador e ao mesmo tempo funcionam como um “chamariz” dos PST frente à sociedade.

Uma outra característica importante, de acordo com o depoimento dos entrevistados, refere-se ao fato de as ações de vigilância serem estruturadas por demandas concretas que, em geral, partem: da denúncia dos sindicatos e dos trabalhadores; das pesquisas desenvolvidas pelos técnicos de saúde inseridos em programas de pesquisa; das demandas da assistência; e, de eventos sentinelas.

A denúncia dos sindicatos e dos trabalhadores

Os relatos abaixo ilustram como as experiências concretas vividas pelos trabalhadores contribuíram para a organização e consolidação das ações de VST no SUS.

“ A lei do jato de areia é o marco em 92, porque ela vem de um movimento de anos antes (o da demanda de silicose). (Vem da) demanda de um trabalhador que vem para cá com a queixa de silicose, e bate literalmente na porta e dizia ‘que eu tô com o negócio que eu não sei o que é me disseram que é do trabalho’. Era um trabalhador do estaleiro (nome da empresa) com um diagnóstico de tuberculose há três anos” (E:01-PST/RJ, 2001).

Esse relato revela uma contradição entre a proposta teórica e o nível dos serviços, pois na fundamentação teórico-metodológica da área da Saúde do Trabalhador, as ações de VST partem da concepção preventiva, à medida que a análise do processo do trabalho seja central e preveja a antecipação ao evento que cause risco à saúde (Machado & Porto, 2000; Machado, 1997).

As pesquisas desenvolvidas pelos técnicos de saúde inseridos em programas de pesquisa

De modo geral, as ações de vigilância ocorrem por meio da articulação entre diferentes instâncias: do setor saúde com as universidades e com os centros de pesquisas ligados aos Ministérios da Saúde e com o Ministério do Trabalho. Isso evidencia a tentativa de avançar de forma interdisciplinar e intersetorial, como demonstrado no relato a seguir:

“A gente aprimorou é o QUE FAZER, a etapa dentro da fábrica, como chegar, como organizar a demanda [...] se aproxima do problema porque nenhum de nós nunca entrou em todas as empresas possíveis e imagináveis, identifica outros interlocutores que nos ajudem, especialistas das universidades, alguém mais do meio ambiente, sem dúvida nenhuma, sempre com o município” (E:01-PST/RJ, 2001).

O discurso abaixo demonstra de que maneira os programas se articulam com o campo da pesquisa na efetivação das ações de VST:

“(nome do técnico) termina a tese dele de mestrado e antes de começar o doutorado tem uma ação importante também na (nome da empresa) [...] uma ação que durou anos, ela gerou duas teses, a tese que avaliou o impacto de um acidente no entorno de uma indústria química; a própria tese do (nome do técnico) que discutiu lá a questão do gerenciamento artificial de risco, são trabalhos que duram anos” (E:01-PST/RJ, 2001).

Nesse sentido, ressaltamos que, no histórico dos programas do Estado do Rio, a inter-relação entre pesquisa e serviço é bastante comum, e que, de certa forma, há uma tendência por parte dos programas a privilegiar as pesquisas sobre problemática da VST em detrimento de pesquisas que abordem temas de outra complexidade como seria por exemplo, de educação em saúde. Assim, consideramos que essa opção ao mesmo tempo em

que justifica também retroalimenta o maior investimento e atenção dispensados às ações de vigilância em Saúde do Trabalhador.

As demandas da assistência

Encontramos essa articulação entre assistência e vigilância no relato dos entrevistados de um dos programas do Estado de São Paulo. Os atendimentos realizados nos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador ou nos programas servem como fonte de informação sobre os processos de trabalho que geram riscos de acidentes/doenças nos trabalhadores. Isto é, por meio da análise dos dados epidemiológicos registrados nos programas, dos agravos que acometem os trabalhadores, inicia-se a interlocução entre a assistência e a vigilância. O relato a seguir exemplifica a dinâmica dessa articulação:

“Se eu sei que aquela empresa está me gerando não sei quantos acidentes de trabalho, alguma coisa está acontecendo, então vamos lá. É um dado epidemiológico um caminho que se usa para entender o que está acontecendo” (E:03-PST/SP, 2001).

Os Eventos sentinelas

Uma outra característica muito presente nas ações de VST é que são construídas a partir de demandas de caráter emergencial, ou seja, as demandas são identificadas após um *evento sentinela*, que funciona como um catalisador das situações que geram agravos à saúde dos trabalhadores. Como por exemplo, um acidente fatal ou um número expressivo de notificações de determinada doença. Vejamos o discurso abaixo:

“1986 é um ano emblemático para todo mundo que faz Saúde Pública, porque é quando o Brasil arrebenta como campeão mundial de acidente de trabalho e aí todas as estratégias se voltam para esse tipo de controle para não deixar que isso continue, é quando muda a legislação, você passa a notificar, passa a só pagar afastamento a partir de 15 dias e aí a subnotificação é agressiva” (E:01-PST/RJ, 2001).

Esse relato demonstra claramente a distância entre o idealizado e o que realmente se efetiva na prática dos PST, dando visibilidade à problemática da subnotificação dos

acidentes/doenças no trabalho. Ou seja, tanto a notificação como as intervenções em ambientes de trabalho não ocorrem de forma preventiva, mas sob o efeito de um episódio.

Situamos as experiências de VST nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo por setor produtivo. O Estado do Rio de Janeiro realiza as ações de VST desde 1986, de maneira mais pontual e articulada a outros estados; sendo a década de 1990 o período de estruturação e realização dessas intervenções nos seguintes ramos produtivos: na área química/petroquímica e petroleira; da siderurgia e metalurgia; da construção civil; da indústria naval; as relacionadas com a área rural, entre outras (E:01-PST/RJ, 2001).

Em geral, no Estado de São Paulo, as ações de VST ocorrem desde 1987 em vários setores produtivos: os relativos às galvanicas, a utilização do chumbo, a indústria química, a vidraria, as metalúrgicas em geral, o setor de transporte urbano (em relação aos motoristas de ônibus) e em marmorarias (E:02-PST/SP, 2001).

Apreendemos das situações descritas que as ações de VST ainda estão em processo de constituição de um “saber fazer” e se fortalecendo no âmbito do setor saúde e na sociedade como uma prática de intervenção no conflito capital-trabalho de maneira legítima e ética.

b) A assistência em Saúde do Trabalhador no SUS

As ações de assistência em Saúde do Trabalhador buscam “*uma atuação integrada entre as ações tradicionais de assistência médica com uma atuação de caráter preventivo* (Dias, 1994: 95)”.

Essa atuação representa um desafio, à medida que os procedimentos utilizados entre eles, a anamnese ocupacional¹⁵ e a investigação epidemiológica¹⁶ constituem a reorganização das práticas de saúde nos serviços (Dias, 1994).

¹⁵ Permite estabelecer o nexo entre a doença com o trabalho atual ou anterior, por meio da reconstituição dos elementos constitutivos do processo de trabalho no qual o trabalhador está inserido.

¹⁶ Como um procedimento que articula estratégias de investigação individual e coletiva para o levantamento das situações que geram agravos de saúde dos trabalhadores.

No nível dos programas, a implantação da assistência em Saúde do Trabalhador conta com a elaboração de projetos relativos a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador -Cerest. As primeiras experiências são as do Estado de São Paulo, *“nos transformamos no Cesrest, era a época da municipalização, em 1994, então era a época que o SUS estava municipalizando”* (E:02-PST/SP, 2001).

O relato de um dos entrevistados descreve as idéias centrais que orientam a atenção à Saúde do Trabalhador no nível assistencial desenvolvidas no programa:

“A gente atende o trabalhador munícipe ou do trabalhador da empresa da região, que sofreu um acidente de trabalho, que tem suspeita ou é portador de uma doença do trabalho. É isso que a gente atende aqui independente do vínculo empregatício. Porque pra nós é interessante saber como é que está a saúde da população trabalhadora” (E:03-PST/SP, 2001).

Encontramos nesse relato a tentativa de atender a demanda que chega ao Cerest respondendo ao princípio da universalidade, o que revela o interesse em garantir o acesso aos cidadãos dos serviços de saúde pública independentemente do vínculo empregatício. E ainda, há uma tendência pela avaliação da morbidade como indicador do estado de saúde do trabalhador, de modo que esses dados sirvam com fonte de informações para o planejamento das ações de assistência e de vigilância.

Em relação à questão da universalidade, o relato de um dos entrevistados de um dos programas do Estado de São Paulo nos mostra que as ações de atenção à saúde do trabalhador *“ainda estão restritas ao Centro de Referência ou então a um ou outro distrito. Com exceção de Campinas, que já conseguiu descentralizar”*(E:02-PST/SP, 2001).

Consideramos que esse relato demonstra que as ações de saúde do trabalhador ainda acontecem com maior predominância nos níveis centrais como os PST e dos Cerest, embora o preconizado seja a horizontalização das ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atuação da rede. De acordo com Lacaz (1996), a problemática da cobertura da rede básica de saúde à população trabalhadora existe desde o início da inclusão da Saúde do

Trabalhador pelo setor Saúde, sendo uma das dificuldades enfrentadas para a efetivação do princípio da universalidade.

A esse respeito, o exemplo mais concreto que os entrevistados ressaltam é o Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália “Proteção à Saúde nos Ambientes de Trabalho” (Rede, 1998), um projeto que vislumbrou o fomento da estruturação e organização dos serviços de atenção à saúde do trabalhador no Estado de São Paulo. De acordo com Lacaz (1996:360), esse projeto surge como uma estratégia de ampliação institucional e de divulgação das ações realizadas pelos Cerest/PST para auxiliar no fortalecimento da atenção em saúde do trabalhador no Estado de São Paulo.

As experiências no âmbito da assistência em Saúde do Trabalhador no Estado do Rio ainda são incipientes e apresentam dificuldades quanto à implantação no nível dos serviços. Apresenta em suas propostas de trabalho a organização dos serviços de assistência na rede de saúde pública, *“porque a gente sabe claramente que aqui o nosso buraco é na assistência [...] o que a gente tem de assistência organizada estadual é isso (refere-se ao convênio com universidades e centros de pesquisas)”*(E:01-PST/RJ, 2001).

Nesse sentido, os serviços de assistência que estão em funcionamento, no Estado do Rio de Janeiro, foram organizados em decorrência de uma demanda concreta, *“por conta dessa falta de uma estrutura central de uma assistência e por conta de uma demanda em silicose, a gente configurou o serviço de referência em silicose e pneumopatia. A gente fez um convênio com as universidades, com o Cesteh para atender pneumopatia. Na verdade a gente tem um serviço de referência, uma rede de referência em pneumopatia que até hoje mais ou menos funciona que é a Unirio,UFF, Uerj, Fiocruz,UFRJ. E então os professores doutores dessas universidades, atendem à demanda do estado e configurou-se aqui, no nível central, a comissão estadual de pneumopatia ocupacional, que foi superimportante para a gente estudar os pareceres, fazer os cursos, capacitar mais médicos para fazer leitura radiológica, etc”* (E:01-PST/RJ, 2001).

Esses relatos evidenciam que no Estado do Rio de Janeiro, as ações de assistência ainda são restritas e pouco sistematizadas. No nível estadual funcionam na cidade do Rio de

Janeiro: o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador –Cerest, destinado a atender a demanda relacionada com doenças/acidentes de trabalho (inaugurado em novembro de 2002); os núcleos de saúde do trabalhador das universidades públicas (UFF,UFRJ,Uerj) e de centros de pesquisa (Fiocruz) como pólos de atenção.

No âmbito municipal, na cidade do Rio de Janeiro, funcionam o Núcleo de Referência em Saúde do Trabalhador – Nusat I e o Centro de Referência para o Controle da Exposição ao Ruído nos Locais de Trabalho – Cerer, que realizam atividades no âmbito da assistência, vigilância e educação em saúde (Sant’Anna & Strauz, s/d). No município de Volta Redonda, há desde 1997 o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, responsável pela assistência, orientação e ações de vigilância em saúde do trabalhador (PST/RJ-20).

De um modo geral, identificamos que a prática da atenção à saúde do trabalhador, no nível da assistência, apresenta uma maior consistência no Estado de São Paulo. Atribuímos esse fato ao contexto histórico em que se deu a implantação das ações de Saúde do Trabalhador, na medida em que foi o pioneiro nas discussões e inclusão da atenção à saúde do trabalhador no SUS (Lacaz, 1996; BRASIL, 2000:8).

Sendo assim, consideramos que a efetividade dos princípios do SUS, entre eles integralidade e universalidade ao acesso à saúde pública, não acontece como preconizado, na medida em que as ações de atenção à saúde do trabalhador ainda são centralizadas nos programas e centros de referência. E poucos profissionais da rede de serviços públicos incluem em sua prática atenção às relações entre saúde e trabalho.

c) A capacitação das equipes dos PST

Uma outra ação realizada pelos programas - a capacitação dos técnicos do programa ou dos demais profissionais da rede - é também utilizada como estratégia de implantação e aprimoramento das atividades da atenção à saúde do trabalhador na rede.

Nesse sentido, há uma tendência para a articulação entre o campo do conhecimento e os serviços, no que se refere à formação das equipes. Assim, identificamos no histórico

dos programas, que os cursos de especialização promovidos pelas instituições de pesquisa na área de Saúde Pública (por exemplo, a Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz) cumprem esse papel na articulação e na formação dos profissionais inseridos nos serviços. Como exemplificado pelo relato a seguir:

“O curso de formação da Fiocruz, que começa em 84, é o primeiro curso de Saúde do Trabalhador[...] já teve uma função de formar equipes no nível central e municipal. [...] Mas atualmente ele forma para formar, as pessoas vão lá chamar, ele não forma voltado para a gerência de coordenação nenhuma” (E:01-PST/RJ, 2001).

O Estado de São Paulo realiza há algum tempo o curso de aprimoramento em Saúde do Trabalhador. Oferecido no Cerest- no nível central, por meio de um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde e as universidades públicas de São Paulo.

Atualmente segundo a coordenação do Cerest/SP, tem-se a proposta de transformar esse programa de aprimoramento em um curso de especialização em Saúde do Trabalhador. Como exemplifica o depoimento abaixo:

“O projeto que vamos começar a desenvolver agora é a implantação da Zona Norte. Nós vamos capacitar em Saúde do Trabalhador e oferecer curso de especialização para os municípios. Depois nós vamos fazer o treinamento em campo dessa pessoa [...] o que a gente pretende fazer é a implantação muito na prática ”(E:02-PST/ SP, 2001).

Ao que tange a capacitação dos profissionais atuantes na rede de serviços públicos, os cursos têm o objetivo de treinar os profissionais para que a prática da assistência possa ser ampliada. Assim os cursos são organizados: em torno de demandas concretas; e, em muitos casos, partem dos projetos idealizados/ elaborados pelo nível federal vislumbrando a implementação do cuidado à saúde do trabalhador no SUS.

De modo geral, os temas contemplados pelos projetos estão correlacionados com problemas que tenham representatividade no cenário nacional da Saúde Pública, ou seja, os que apresentam um alto índice de incidência e/ou prevalência de morbimortalidade na

população trabalhadora. Temos, por exemplo, as doenças como a Ler/Dort e as pneumopatias, entre outras, conforme demonstra o relato abaixo:

“Hoje a gente tem a Ler que é a doença mais prevalente nas estatísticas. Então a gente desenvolve um projeto chamado Rede de Cuidados Integrals de Ler, que é a capacitação de médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas corporais, acumpulturistas nos municípios. Fizemos não sei te dizer quantos cursos [...] desse projeto, estamos na fase de oficina de discussão de prevenção. Então as pessoas estão fazendo trabalhos de prevenção nos seus municípios e a gente discute as dificuldades, os instrumentos [...] Cada um usa o instrumento que quiser. A gente disponibilizou informações sobre instrumentos, então a gente passou o site, xerocamos, passamos para todo mundo. [...] agora cada um cria o seu próprio ou avalia e uso um deles e aí é o município que decide” (E:02-PST/ SP, 2001).

A importância dada à capacitação dos profissionais é legítima e oportuna na medida em que a atenção à saúde do trabalhador ainda ocorre de maneira pulverizada e incipiente, necessitando de aprofundamento em seus debates e planejamento das ações em toda rede do SUS, pois muitos profissionais que atuam nos serviços desconhecem e/ou não consideram em sua prática as inter-relações do trabalho com o processo de saúde-doença, reforçando a pouca efetividade do SUS na atenção à saúde dos trabalhadores.

Sendo assim, consideramos que as experiências aqui apresentadas nos indicam as possibilidades e desafios da atenção à saúde do trabalhador nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

3.3. A implementação do controle social: a participação dos trabalhadores nos PST

No intuito de realizar as ações de saúde do trabalhador, sob a lógica da promoção de saúde, está prevista desde a concepção dos PST a inclusão do *controle social*.

Em Araújo (2003:121), o controle social é definido como *“a participação da sociedade nas políticas de saúde, no âmbito do planejamento, implantação, gestão e avaliação”*. Mais adiante faz menção ao controle social como um campo de conflitos de

interesses e visões de mundo, assim, *“ele é o principal objetivo do longo embate que se verifica nas últimas décadas no campo da saúde”*.

No âmbito da Saúde do Trabalhador, de acordo com Spedo (1998:75) ao se referir ao processo de reorganização da atenção à saúde do trabalhador, como proposto pelo SUS, considera que *“o controle social, entendido como o exercício da cidadania, foi contemplado nessa proposta como requisito essencial à implantação da mesma, no sentido de assegurar as condições de acesso a informação e de democratização dos processos decisórios”*.

Do ponto de vista de quem atua nos programas, o controle social é caracterizado como um espaço para se planejar diretrizes e executar intervenções nas políticas de Saúde do Trabalhador. Em geral é instituído em forma de comissões ou conselhos gestores, objetivando garantir a participação dessas instâncias na discussão e na elaboração das ações de saúde do trabalhador. Para isso, integra várias instâncias: o setor saúde; as diversas categorias sindicais; os empresários; o Ministério do Trabalho, representado pela Delegacia Regional do Trabalho e Secretarias do Trabalho; os órgãos ligados ao meio ambiente e à educação, entre outros.

Do ponto de vista teórico, o campo da Saúde do Trabalhador avança e contribui no âmbito de atuação da Saúde Coletiva, à medida que coloca como fundamental a participação do trabalhador na identificação e análise dos problemas de saúde decorrentes dos processos produtivos, de modo a promover a saúde nos locais de trabalho.

Assim, de acordo com Dias (1994:245) *“considerar os trabalhadores enquanto sujeitos parceiros das ações de saúde significa considerá-los capazes de contribuir, com seu conhecimento, para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e de intervir politicamente para transformar essa realidade”*.

Dessa forma, em nossa pesquisa, buscamos compreender em que medida essa concepção está sendo desenvolvida nas práticas dos serviços, ou seja, pretende-se sondar de que maneira nas propostas e projetos dos PST, está incluída (ou não) a participação do sujeito-trabalhador.

No processo de implantação dos programas, de acordo com Lacaz, o pressuposto da participação dos trabalhadores nas intervenções voltadas à saúde do trabalhador, de certa maneira foi inspirado na Reforma Sanitária Italiana, que *“teve como um dos seus pilares a luta pela saúde na fábrica e o controle da nocividade do trabalho a partir da centralidade de ação dos sindicatos de trabalhadores nos locais de trabalho, usando como uma metodologia de intervenção o Modelo Operário Italiano (Lacaz,1996:9)”*.

De certa forma, no cenário brasileiro, a luta pela saúde nos locais de trabalho é construída a cada dia, infelizmente, tendo como pano de fundo, mortes, acidentes com mutilações, doenças. Atualmente, como fruto da globalização, vivemos o processo de *precarização do trabalho*, que prima pela flexibilização das estruturas produtivas, das formas de organização e divisão social do trabalho e dos contratos de trabalho o que implica diversas conseqüências na vida do trabalhador; entre elas, a diminuição/perda da garantia de acesso ao mercado formal de trabalho e da proteção social, em casos de acidentes/doenças relacionados com o trabalho (Minayo-Gómez & Thedim-Costa, 1999).

É nesse contexto que os PST se colocam como possibilidade de construir um modelo de saúde que vise ao acesso universal, integral e equânime à saúde do trabalhador, contando com participação dele nos projetos e nas propostas implementados. Essa premissa favorece que a prática discursiva dos profissionais inseridos nos PST privilegie a participação do trabalhador, porém sabemos muito pouco sobre os níveis efetivos de participação dos trabalhadores nos PST. Mencionamos que estudos dessa natureza ainda são restritos.

Rozemberg (2002) aponta uma reflexão crítica sobre os níveis de participação comunitária em programas de promoção de saúde, que recorremos para orientar a nossa compreensão sobre os níveis de participação dos trabalhadores nos PST. Temos em Rifkin (*apud* Rozemberg, 2002) uma proposta de avaliação de programas de promoção de saúde por meio de um esquema que analisa os níveis de participação da população junto aos programas. Vejamos: 1) mediante a exposição dos usuários as ações de Saúde (eventos, campanhas, etc); 2) a oferta, por parte da população, de espaços comunitários para realização das ações de saúde; 3) na execução de direta de tarefas, por exemplo, a inclusão

da população nos programas de doenças endêmicas; 4) na implementação, avaliação e decisão de ações de saúde; 5) na deliberação dos destinos dos programas.

a) A participação dos trabalhadores em eventos dos PST

A participação do trabalhador em eventos promovidos pelos PST é apontada com muita frequência nos discursos dos entrevistados. São referidos os congressos, os seminários e as conferências onde se discutem temáticas relacionadas com o processo saúde-doença no trabalho, visando à difusão das idéias de Saúde do Trabalhador, a institucionalização e a implementação da atenção à saúde do trabalhador nos serviços de saúde.

De um certo modo é expressiva a participação dos trabalhadores sindicalizados nesses eventos, pois em geral são convidados a comporem as mesas de discussões ou quando fazem parte da platéia e se inscrevem para o debate.

No I Fórum Regional de Saúde do Trabalhador do Médio Paraíba, temos o seguinte depoimento de um sindicalista da construção civil, em tom de resposta às questões colocadas pela mesa debatedora, sendo que um dos assuntos enfatizados foi a pouca participação dos sindicatos, por meio do Conselho Gestor de Saúde do Trabalhador, nas definições dos projetos e propostas dos programas:

“Uma parte das minhas considerações está direcionada para o fortalecimento do PST [...] Eu acho que uma das deliberações desse seminário é que esse Conselho se reúna. Nós temos que cobrar dos companheiros, inclusive saber quais as atividades que compõem esse conselho. [...] Eu acho que o PST, ele tem que ser uma entidade, que o trabalhador tenha uma referência, não só para discutir acidente conforme vocês estão querendo discutir, mas há outras questões relativas à saúde do trabalhador [...] As conduções do PST tem que avaliar e discutir com os trabalhadores o processo evolutivo no seu ambiente de trabalho [...] temos que provocar mais encontros como esses aqui para puxar pelo PST para discutir Ler, Leucopenia, todos os problemas relacionados à saúde do trabalhador.

Os acidentes fatais que estão acontecendo. Por que estão acontecendo acidentes fatais? (T:01, 2001)”.

A partir desse depoimento percebe-se que o trabalhador considera o conselho pouco atuante e evidencia a distância entre trabalhadores e os técnicos dos programas, aponta para uma desarticulação entre os objetivos propostos pelos técnicos e a demanda concreta dos trabalhadores.

A partir do exposto acima, analisamos que esses espaços são produzidos para que haja o exercício da democracia, na medida em que os trabalhadores, por meio do controle social, utilizem-nos para levar suas reflexões, opiniões e propostas referentes à saúde dos trabalhadores. Por outro lado, podemos considerar que a participação construída nessas situações de interlocução limita-se a um exercício de democracia fundamentado no direito à resposta e à reclamação por direitos. “Mas até que ponto essa dinâmica, que vem sendo instituída nesses fóruns, contribui para que a participação do trabalhador nos programas se torne mais virtual do que real ?”

b) A participação nos conselhos de saúde

Um outro nível de participação dos trabalhadores, se dá na criação de espaços institucionalizados, no caso, os Conselhos de Saúde do Trabalhador¹⁷ para garantia do exercício do controle social.

Os Conselhos de Saúde do Trabalhador definem-se como espaços orientados para a elaboração de diretrizes e normas para o fomento e garantia da atenção à saúde do trabalhador no SUS. Onde as lideranças que compõem esses Conselhos têm a função, por meio de cobranças às lideranças políticas, de garantir a participação dos trabalhadores na elaboração e no controle das ações de saúde do trabalhador.

¹⁷ Caracterizamos como Conselhos de Saúde do Trabalhador todos os conselhos e comissões criadas para fins do exercício do controle social junto aos programas.

Destacamos algumas experiências referentes à criação de superestruturas, os Conselhos, como estratégia de mobilização e garantia da participação dos trabalhadores nas ações de Saúde do Trabalhador no SUS.

Uma delas refere-se ao Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro -Consest. Esse espaço visa promover uma articulação política entre os técnicos dos programas, os diversos segmentos da classe trabalhadora e outros setores ligados à temática saúde e trabalho. Vejamos.

O Consest foi criado “*porque não existia Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde ele se conforma em 96, 97 [...] porque tinha a demanda do Diesat, (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde Ambiente e Trabalho) tinha um grupo de sindicatos muito motivados, e o Consest é criado em 91. Em 96 a gente faz um Fórum Estadual do Consest, em que a gente faz quatro discussões temáticas, em que a gente discute Centro de Referência, municipalização e vigilância. Sem recursos sem nada, com boa vontade, as pessoas vieram dos outros estados, foi um negócio belíssimo*”(E:01-PST/RJ, 2001).

O movimento de articulação do Consest representa uma possibilidade de reunir várias entidades representantes da classe trabalhadora em função das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, “*o Conselho se formou organizado em câmaras técnicas, câmara técnica de construção civil, químicos, petroquímicos, petroleiros e a famosa câmara técnica da Petroquímica, a câmara técnica dos metalúrgicos e siderúrgicos*” (E:01-PST/RJ, 2001).

De um lado, o Consest com a missão de articular politicamente os sindicatos, os trabalhadores e as instâncias públicas que atuam no âmbito da Saúde do Trabalhador, representa um dispositivo de controle e regulação do movimento social e do movimento sindical, na luta pelo direito à saúde dos trabalhadores.

De outro, funciona como uma estratégia para assegurar a existência dos programas, por meio da pressão dos sindicatos e do próprio Consest junto às autoridades políticas. O que revelam os depoimentos a seguir:

“Então o Consest dá um reforço importante para o que a gente faz, porque a partir daí nenhum governo conseguia tirar a gente porque tinha uma exigência do Consest que a área continuasse sendo gerida pelo movimento social organizado” (E:01-PST/RJ, 2001).

“Uma ação de impacto que eu acho que foi fundamental para o Consest foi a mudança desse governo, porque na mudança desse governo o Conselho exigiu como o governador e com secretário discutir quem vinha para a coordenação. Isso fez com que ele também não colocasse qualquer um” (E:01-PST/RJ, 2001).

Do ponto de vista de um dos nossos entrevistados, o Consest atualmente *“melhora, qualifica, na minha opinião, a ação dele quando ele, por exemplo, forma grupos para discutir a mudança das normas de doença ocupacional do INSS. O Conselho formou grupo e fez contribuições médicas, sociais para o INSS. A gente mandou uma proposta para Brasília, a gente participa das discussões da NR4” (E:01-PST/RJ, 2001).*

A função do controle social colocada nos depoimentos acima aponta para a seguinte reflexão proposta por Sposati & Lobo (1992:373) que o controle social, na política de saúde brasileira, avança à medida que apresenta experiências em direção a uma democracia participativa e *“é a princípio uma forma de interlocução regulada e institucionalizada que já tem um considerável grau de aceitação de legitimidade”.*

Por outro lado, consideramos que o controle social representado pelo Consest se torna uma superestrutura burocrática que de certa forma, ao se fixar em atividades de caráter mais administrativas, atende de maneira mais imediata aos interesses institucionais, do que propriamente aos dos trabalhadores. De modo que se constitui num espaço político que tende a legitimar as ações dos técnicos da Saúde do Trabalhador em detrimento de buscar uma aproximação mais efetiva com a realidade dos trabalhadores, dando voz e lugar para o desenvolvimento da sua capacidade política e histórica na conquista de melhores condições de vida.

Assim, nas palavras de Sposati & Lobo (1992:373) *“o espaço do controle social ainda que institucionalizado, não é meramente administrativo, é um espaço político que põe em cena interesses, imaginário, representações. Este espaço é uma situação de partida, e não de chegada”.*

No nível municipal encontramos algumas experiências da articulação entre técnicos do SUS e os trabalhadores, por exemplo, o Conselho Diretor em um dos PST do Estado de São Paulo; e o Congest- Conselho Gestor de Saúde do Trabalhador, em um dos PST do Estado do Rio de Janeiro. Vamos conhecer um pouco dessas experiências a partir dos relatos abaixo.

*“O Conselho Diretor é um **instrumento** legal [...] qual a **função** do Conselho Diretor ? O controle social. Então assim, ele sabe das discussões do programa de saúde do trabalhador do município. [...] esse Conselho é formado por sindicalistas, membros da vigilância, de Conselhos das unidades de saúde, porque ele pega o município inteiro [...] a gente discute as ações, pensa as ações, discute com eles [...] a **gente quer que eles pensem** (grifos nossos) **junto com a gente, e assumam as tarefas que nós vamos fazer**[...] não, é fácil não, dividir mas a gente procura fazer isso”* (E:03-PST/SP, 2001).

Vemos que há uma tendência a convocar a participação do trabalhador nas propostas do programa, onde cabe a ele acompanhar e monitorar as relações entre saúde e trabalho. Identificamos, nesse relato, que o controle social tal como “dito”, representa um instrumento de regulação social cuja função centra-se na manutenção do equilíbrio das sociedades sem que se altere sua estrutura. A partir de Minayo (2000:46) inter-relacionamos esse modo de pensar as estruturas sociais, à concepção funcionalista. Nessa vertente as mudanças sociais ocorrem no nível de superestruturas, no caso, os conselhos, cuja função é de adaptação e manutenção do “*status quo*”.

De outro lado, está implícito no relato acima, uma relação distanciada e tutelada com o controle social. Isso fica evidente no enunciado: “*a gente quer que eles pensem*”, há implícito, nesse discurso, a pouca capacidade problematizadora e argumentativa atribuída aos trabalhadores e revela uma relação de poder demarcando claramente que o técnico de saúde detém o conhecimento E, no restante do enunciado: “*junto com a gente*” remete à ilusão de uma aproximação/participação do trabalhador mas, ao mesmo tempo, manifesta a fragilidade dessa relação. Isso fica mais evidente na fala: “*dividir não é fácil*”, que denuncia a tendência de cooptar o saber do outro, de desvalorizar sua alteridade, pois, só na divisão, ou seja, na diferença que somos alter – sujeitos de nossa própria história.

A respeito das relações de participação nos conselhos, Oliveira (*apud* Araújo, 2003:126) diz “ *que a qualidade da participação dos conselheiros e dos conselhos, em termos de eficácia operacional e influência política, está intimamente relacionada tanto com os processos comunicacionais (formas de interação entre os segmentos e membros do conselho, formas de representação simbólica, relações de poder, etc) quanto com os fluxos informacionais da disponibilidade da informação*”.

Nesse sentido, a participação popular, de acordo com Valla (1998), desenvolve-se num terreno de relações conflituosas, o autor considera que as relações entre governo e população, em sua grande parte, são autoritárias e unilaterais, em especial as relacionadas com a qualidade e quantidade de serviços básicos. Somente quando percebem sua impossibilidade na resolução de um determinado problema, as autoridades conclamam a população a participar, seja no âmbito individual ou coletivo.

Dessa forma, levantamos a seguinte questão: “Como as práticas de controle social podem mobilizar os interesses do trabalhador, se o seu pensar, seu sentir e agir no mundo tende a ser aceito apenas na medida em que possa ser inserido no campo do conhecimento do saber do técnico da saúde ?”

A seguir selecionamos um relato que explicita os desafios relacionados a problemática do controle social:

“O controle social , ele é fictício, ele não existe. O controle social, ele é exercido porque os técnicos no fundo acham que ele deve existir. Porque assim, se a gente for pensar qual é órgão , qual é o controle social que nós temos em (nome do município), para dar conta das questões de saúde do trabalhador, todo mundo vai responder: o Conselho Gestor de Saúde do Trabalhador congrega sindicatos, o movimento sindical, os representantes dos trabalhadores [...] qualquer um sabe que na área de Saúde do Trabalhador, a lei é exercida pelo movimento social e pelo movimento sindical. E talvez você não fique surpreso se eu te falar que esse ano ainda não foi convocada nenhuma reunião para discutir as questões de saúde do trabalhador. E aí eu não consigo ver futuro [...] nós que somos técnicos , nós temos nossas limitações, então assim, o controle social é quem tem que pegar, levantar a bandeira para discutir [...] eu conclamo que o Conselho Gestor de Saúde do Trabalhador volte a funcionar, que ele volte a funcionar e que possa

voltar a discutir questões de saúde do trabalhador, a política de Saúde do Trabalhador, a estrutura de saúde do trabalhador dentro do município”(E:04-PST/RJ, 2001).

Identificamos no depoimento acima a tendência, por parte dos técnicos de saúde, a atribuir ao controle social diversas responsabilidades que muitas vezes fogem de sua competência, por exemplo, a responsabilidade de estabelecer vínculos mais próximos com os trabalhadores. Supomos que essa demanda seja comum nos programas, pois, no interior dos serviços públicos, há uma tendência de os técnicos de saúde se tornarem técnico-burocratas, deixando de lado ou delegando a outras esferas (no caso ao controle social) a ação comunicativa – intersubjetiva com a população, como descreve Vasconcellos-Silva *et al* (2003).

Uma outra questão que surge a partir desse depoimento refere-se a tendência ao “subaproveitamento” desses “espaços coletivos”, por parte dos técnicos de saúde, que acreditam ser de sua atribuição a construção de uma agenda de políticas de saúde junto a diversos segmentos sociais e a mediação para o seu cumprimento. Contribuindo para que a participação dos trabalhadores nesses espaços ocorra numa dimensão unilateral, ou seja: os trabalhadores são mobilizados a cobrar seus direitos, a garantirem o funcionamento dos PST e dos conselhos.

E por parte dos trabalhadores há uma tendência à acomodação a sua condição de “exclusão” do processo decisório que sempre lhes foi imposta. De modo que não se (re) conhece os mecanismos que viabilizem a sua participação efetiva, como sujeito, na conquista por melhores condições de vida, aí incluídas as relações entre saúde e trabalho.

Dessa forma, consideramos que há uma vocação, por parte dos técnicos, para incluir os trabalhadores, como sujeitos do processo de transformação das suas condições de trabalho e de vida, quando mediados por uma superestrutura, o que, ao nosso ver, restringe os níveis de participação. Além disso, tal mediação contribui para que o pressuposto da participação alcance um “status” ideológico, sem uma aproximação de fato com os contextos do cotidiano.

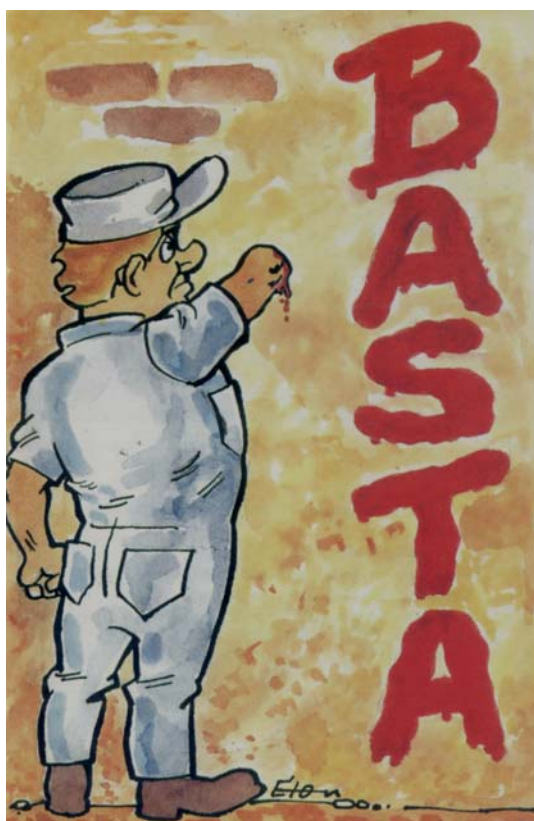
A esse respeito, Valla (1998) menciona que a figura dos mediadores (aqui entendemos tanto os técnicos de saúde como os conselhos) na sua vocação de tomar iniciativas e interpretar as demandas da população, estabelece sérios limites relativos à

capacidade de valorizar e aceitar o saber popular como legítimo e capaz de contribuir para uma avaliação sobre a sociedade.

Consideramos essas contradições inerentes a qualquer trabalho que tenha como princípio a troca de experiências e a construção compartilhada de um conhecimento, no caso, a saúde do trabalhador. Assim, os conselhos poderiam representar possibilidades de gerir espaços legítimos para o exercício de participação e decisão dos diversos segmentos sociais no âmbito do setor Saúde. Todavia faz-se necessário repensar novas propostas que envolvam e comprometam a sociedade nessa dinâmica participativa.

Concluimos que o pressuposto da participação do trabalhador representa uma das maiores contradições vivenciadas nos programas. Pois não está claro como efetivamente ocorre a inserção do sujeito-trabalhador, pertencente a uma coletividade, nas intervenções e transformações dos processos de trabalho. De modo que consideramos a participação do trabalhador nos PST, mais como um desafio colocado em questão, do que propriamente uma realidade vivida nos programas.

CAPÍTULO IV - A Prática Comunicativa nos Programas de Saúde do Trabalhador



Fonte:Impresso PST/INTER-62

A ciência não tem verdade, não existe uma verdade científica, existem verdades provisórias que se sucedem, onde a única verdade é aceitar essa regra e essa investigação.

Morin¹⁸

Nesse capítulo apresentamos a concepção de comunicação/educação que orienta a prática comunicativa, por impressos, nos programas. Para isso, inter-relacionamos o projeto emissional com os principais episódios evidenciados no histórico dos PST. Situamos a produção de impressos nos programas dos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo; os produzidos pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho. Discutimos as categorias: direcionalidade da audiência, as temáticas abordadas e as intenções dos formuladores de mensagens.

4.1. A perspectiva emissional: as dimensões do processo comunicativo

De um modo geral, as questões de comunicação/educação em saúde são colocadas por nossos entrevistados, como práticas a serem implementadas, pois, da forma como se realizam hoje, são consideradas “*muito ruim, muito precária*” (E:02-PST/SP, 2001).

E ainda como importante lacuna no trabalho dos PST “*é o grande buraco que a gente tem aqui, que é a capacidade de transformar essa prática ideológica e de compromisso com o bem, no imaginário coletivo da sociedade. [...] É a gente saber se comunicar com a sociedade, eu acho que a gente não sabe [...] a gente não sabe explorar os canais de comunicação [...] então a comunicação é isso uma estratégia de sair do que eu vou chamar de gueto [...] gueto saúde e passar para o espaço social do imaginário público*” (E:01-PST/RJ, 2001).

O depoimento acima revela que a prática de comunicação/ educação ainda é restrita. Indica também uma possibilidade, por parte dos técnicos dos PST, a considerar a área de comunicação/educação e saúde, como um mecanismo de reprodução ideológica dos

¹⁸ In: Morin, 2001:56

pressupostos que sustentam a atenção à saúde do trabalhador no SUS. Isso revela a concepção de comunicação como uma ferramenta/instrumento, na medida em que é utilizada como uma “estratégia”, cabendo ao pólo emissional “*explorar os canais de comunicação*” para se aproximar do “público”, no caso, os “trabalhadores”, na função de transmitir as informações acerca das temáticas que compreendem a atenção à saúde do trabalhador.

Neste sentido não difere do que ainda ocorre em outros setores do campo da Saúde Pública como o da comunicação hospitalar (Rozemberg *et al*, 2002) onde os médicos procuram “munir” de informações sua clientela leiga.

Consideramos que o processo comunicativo construído nos PST, a despeito de todos os esforços das últimas décadas por mudanças de modelo, tende a adotar o modelo mecânico, de concepção epistemológica condutista. Segundo Martín-Barbero (*apud* Sousa,1995:40) no modelo mecânico “*não há nem verdadeiros atores nem verdadeiros intercâmbios. É o modelo em que comunicar é fazer chegar uma informação, um significado já pronto, já construído, de um pólo a outro. Nele a recepção é um ponto de chegada daquilo que já está concluído*”.

O relato a seguir reforça a visão da comunicação como um instrumento, uma vez que a comunicação tem a função de “**reproduzir** possibilidades de mudanças, **reproduzir** que esse espaço é público (refere-se ao programa), que o Consest deve ser ocupado pode ser ocupado [...] é **reproduzir** a possibilidade de cidadania no espaço que a gente acha que conseguiu conquistar institucionalmente. Mas que tem que ser ganho pela sociedade” (E:01-PST/RJ, 2001).

Se de um lado, esse relato demonstra implicitamente que o trabalhador desconhece a existência dos PST, de outro há uma pretensão de que por meio da comunicação, se possa “divulgar os programas” e se “reproduzir” cidadania. Mas que cidadania pode ser construída tendo como ponto de partida a reprodução de um “espaço social” no qual o próprio trabalhador está fora, apenas encontra-se “representado”¹⁹ por superestruturas “institucionalizadas” e “burocratizadas”, no caso, pelo PST e pelo Consest ?

¹⁹ Jerken e Murcott *apud* Rozemberg (2002:196) discutem a questão da “representatividade” em programas de Promoção da Saúde, verificando que o representante é aquele que conhece os vários grupos existentes na

Conforme Cardoso (2002) e Araújo (2003) as práticas de comunicação, educação, informação em saúde desde o início do século XX estiveram inter-relacionadas e com o objetivo de legitimar os interesses do Estado.

O depoimento acima explicita muito bem essa pretensão, atualmente devido às mudanças no cenário social, em especial, no das políticas públicas de saúde, as demandas do Estado redimensionam-se para a mobilização da participação da população nos processos decisórios. Nesse contexto, a comunicação é evocada como uma estratégia, porém, reconhecemos que as idéias subjacentes a esse projeto fundamentam-se numa racionalidade instrumental, na medida em que almeja “reproduzir” espaços de cidadania em detrimento de gerar espaços de interlocução e de produção de sentidos/conhecimentos sobre a realidade.

Na esfera das práticas de comunicação desenvolvidas nos PST, temos a produção de vídeos e de materiais impressos (cartazes, folders, cartilhas, panfletos e boletins) como estratégias de fazer circular as informações relacionadas com as ações desenvolvidas nos programas.

Identificamos nessa produção a expectativa por parte dos técnicos dos programas de que o processo comunicativo deva ser implementado por setores que contam com profissionais especializados. Podemos identificar essa situação nos relatos a seguir:

*“Porque nós não temos quem pense especificamente sobre comunicação. Nós até temos um setor para comunicação [...] temos um setor que fala de comunicação e propaganda [...] agora esse setor de comunicação não funciona, nunca funcionou, é tudo atropelado [...] aí **as pessoas não tem nada a ver com comunicação é que acabam fazendo**” (E:02-PST/SP, 2001).*

Esse depoimento reforça e legitima a importância dada pela ciência/serviços ao “especialista” ou ao discurso da “competência” na produção do conhecimento das relações sociais, como problematizado por Chauí (*apud* Rozemberg *et al*, 2002). Dessa forma, está implícito, no depoimento acima que o “técnico” da saúde não se implica com o processo

comunidade; o que “*teria que ser a voz da comunidade*”; e, por último a participação comunitária é resultante da atuação desse representante nos diversos espaços sociais. O estudo aponta que em muitos casos essas situações favorecem para que os representantes deixem de ser representativos.

comunicativo, ou seja, delega ao saber “especializado” a responsabilidade da ação comunicativa, “como se” fosse possível a existência de pessoas que “não tem nada a ver” com comunicação.

Um outro aspecto relacionado com a necessidade de um profissional especializado para produzir materiais educativos/informativos impressos vem mencionado nos relatos a seguir:

“Nós que fizemos literalmente na casa da gente. Pensada por uma equipe que tem sua formação básica não voltada para comunicação, ninguém aqui mexe com comunicação, ninguém tem formação técnica em comunicação, são cheios de boa vontade mas sem formação. [...] a primeira experiência disso a gente fez (refere-se a um material para levar a uma empresa) a gente botou o boletim, foi um parto, porque eu e o (nome do técnico) escrevemos e ninguém entendia nada do que a gente escrevia [...] a gente achava que era óbvio o que a gente tinha feito, e a gente pegava o administrativo e (perguntava): Entendeu? A gente tinha reunião com o sindicato da construção civil e perguntava o que você acha disso: ‘Não entendi nada’. (E:01-PST/RJ, 2001)”

“Aquela pequenininha (remete-se a cartilha da LER) eu desenhei, consegui o cara para fazer os desenhos. (Remete-se à avaliação junto a alguns profissionais do setor) A linguagem está adequada ? [...] Eu passava aqui para os trabalhadores daqui, os nossos parceiros, que são os parceiros mais informados.” (E:02-PST/SP, 2001).

Verifica-se a partir desses depoimentos a demanda pelo especialista que se apoia na preocupação/necessidade do pólo emissor pela adequação da linguagem ao público. Há implícita a idéia do especialista como uma “ponte” entre o saber do técnico e o do leigo. Como se fosse o mediador entre esses “guetos”.

Rozemberg *et al* (2002) ao avaliarem a produção de impressos hospitalares, discutem que essa busca pela adequação da linguagem por parte do especialista evidencia o abismo existente entre os núcleos de interlocutores e a busca de um “interlocutor-especialista”, como se pudesse resolver os desafios inerentes aos processos comunicativos/relacionais.

Revela também por parte dos profissionais de saúde uma “*fixação na função denotativa da linguagem, em detrimento de sua função semântica*” (Rozemberg et al, 2002: 114)

E ainda, um outro entrevistado refere-se à possibilidade de criar um projeto no âmbito de comunicação, tendo como suporte um especialista em comunicação.

“*O projeto de comunicação para a sociedade, **alguém vai vir aqui e filmar a história da Saúde do Trabalhador, estou contratando uma empresa. [...] ter um grupo que pense seriamente sobre isso, profissionalmente, jornalística, coisa de jornalismo, e não coisa de quem é pós-graduado em Saúde. [...] a coisa da comunicação que está em nosso projeto***” (E:01-PST/RJ, 2001).

O depoimento acima, especificamente, no trecho sublinhado, revela a demanda por um especialista, mas sobretudo o ponto de vista do pólo emissor sobre a comunicação que, em sua síntese, é representada pela palavra “coisa”. Isso nos remete a uma das definições da palavra “extensão”, como problematizado por Freire (2001) para entender os processos comunicativos entre os universos do saber técnico e do agricultor.

Para esse autor um dos sentidos possíveis da palavra “extensão”, no contexto da produção do conhecimento e das relações humanas, implica a perspectiva de um saber, por parte do técnico, “instrumental” e “mecânico” na interação com o agricultor. Nesse modo de conceber a prática educativa/comunicativa, o técnico coisifica o homem, tratando-o como objeto, na medida em que desvaloriza sua ação de reflexão e de crítica no processo de interação e politização das relações sociais.

Por exemplo, a demanda de construir um filme da “*história*” dos programas que seja “*elaborado*” por “*gente do jornalismo*”, que “*pensa sério isso*”, e que por fim, “*vem filma*” e “*produz*” para depois os técnicos “*divulgarem*”, demonstra, implicitamente, a divisão entre elaboração e execução da tarefa. Assim, os profissionais da comunicação estão relacionados com a elaboração/produção das mensagens, os técnicos da saúde atuam - encenam como protagonistas da história (mas não a produzem, do ponto de vista comunicativo), e, ao pólo receptor, cabe receber o que lhe é transmitido, isto é, assistir à história. Enfim, os receptores estão totalmente fora do contexto da produção, apesar de

serem parte do enredo e dos objetivos dessa história – que é a “história da saúde do trabalhador”.

Temos que a concepção filosófica que alicerça o projeto emissional dos PST resulta em um processo dissociado de comunicação, marcado por uma racionalidade instrumental que se sustenta na ruptura entre concepção e execução do processo comunicativo, quando a participação dos trabalhadores é defenestrada do contexto da produção. Essa cisão firma e torna visível o distanciamento entre os pólos de interlocução emissor-receptor existente na prática comunicativa dos programas.

E como tentativa de resgatar a participação do trabalhador e diminuir essa distância, há uma tendência a idealizar que a comunicação, utilizada como um instrumento, capaz de transmitir informações e orientar o público, possa ser um veículo de “*reprodução de cidadania*”. Porém, desconsidera-se que a questão da cidadania integra outros aspectos do processo comunicativo referentes às questões subjetivas, semânticas, culturais, sociais e epistemológicas intrínsecas ao processo comunicativo e que são essenciais para o efetivo exercício da cidadania.

Consideramos com Rozenberg *et al* (2002) que os aspectos citados acima, quando problematizados de forma conjunta, isto é, com a inclusão dos grupos de trabalhadores a quem os programas se dirigem, viabilizam o exercício da participação democrática pelos núcleos comunicativos, favorecendo a construção efetiva da cidadania. Mas nas práticas comunicativas instituídas na Saúde Pública ainda é incipiente a integração do pólo receptor, ao contexto da produção de materiais educativos/informativos.

Um outro aspecto que identificamos no processo comunicativo dos programas, refere-se à expectativa de que o êxito das práticas comunicativas esteja condicionado aos recursos financeiros despendidos na produção dos materiais, ou seja, ao acesso a recursos audiovisuais e à quantidade de material para ser distribuído.

A partir de Araújo (2003) consideramos que essa tendência a priorizar e conceber a viabilidade da comunicação por meio de um produto (vídeo, impressos, etc) faz parte do histórico das práticas comunicativas/educativas em saúde, a exemplo disso, temos a criação do Serviço Especial de Saúde Pública - Sesp, no governo de Vargas em 1942. A criação do Sesp teve um importante papel no projeto governamental do de Getúlio, no sentido de

solidificar as medidas sanitárias de controle e o combate a doenças endêmicas e epidemias. Nesse contexto, a produção e a difusão de impressos foram as práticas mais enfatizadas.

Um dos entrevistados de um dos programas do Estado do Rio de Janeiro relata que elaborou um projeto de comunicação para ser desenvolvido a partir da utilização de uma verba destinada ao PST:

“A gente pegou e fez o projeto de R\$ 500.000, a parte boa dele é isso: tem a empresa que (vem e) registra o que a gente faz e trabalha o marketing. (Pensam em) uma coisa para gente ter nos botequins, sabe, junto com a carteira de trabalho [...] Mais um instrumento, assim: é um chapeuzinho, uma camiseta, uma caneta, um ímã de geladeira, [...] um manualzinho de guias de acidente de trabalho. Coisas muito cotidianas para a gente ter para distribuir. Dizendo o que que a gente faz, os direitos (do trabalhador), sei lá, uma temática pertinente” (E:01-PST/RJ, 2001).

Correlacionamos o depoimento acima com a perspectiva de comunicação que se fundamenta como uma estratégia de marketing que parte da manipulação ideológica do público para impulsionar o consumo de mercadorias, isto é, pretende-se por meio da utilização de diferentes recursos despertar a Atenção, o Interesse, o Desejo e a Aquisição do público para o consumo imediato de produtos (o modelo AIDA extraído do marketing). Nesse caso, a saúde do trabalhador apresenta-se “reificada” e com um caráter “sedutor” mediante o público, a fim de imprimir no trabalhador as demandas e as expectativas do pólo emissor.

Um outro fato importante encontrado nesse depoimento, mas que é comum na prática comunicativa dos PST e dos programas de saúde de um modo geral (Rozemberg *et al*, 2002; Vasconcellos-Silva *et al*, 2003) refere-se à preocupação com a divulgação de materiais educativos/informativos. Alguns relatos demonstram tal fato:

“Deve estar saindo 50.000 desse materialzinho aqui, cada vez que gente fizer uma inspeção a gente vai levar isso, saiu dali as pessoas recebem o que que a gente foi fazer ali. Fazia o canal de possibilidades de denúncia. Fizemos isso em Paraíba do Sul com os trabalhadores. [...] Porque saímos dali e as pessoas sabem, você pela orientação que eles têm dos endereços e telefones do município e do estado. Não é só o programa da gente que estamos divulgando, é o de todo mundo, então o que a gente quer é que todo mundo faça

saúde do trabalhador, não é só a gente. A idéia é que as pessoas usem esse instrumento, e usaram” (E:01-PST/RJ, 2001).

“(Utilizamos) a mala direta [...] (entregamos) para o trabalhador que vem aqui [...] utilizamos os encontros que os movimento sindicais fazem [...] o sindicato eles aproveitam muito esse material. Porque quando eles fazem reunião nas firmas, nos pátios que ele organizam eles pedem para gente ceder (os impressos) [...] o material de cuidados integrais em Ler, nós damos esse cursos (refere-se à capacitação sobre Rede de Cuidados Integrais em Ler/Dort), então a gente pegou como base isso daí” (refere-se a cartilha sobre Ler) (E:02-PST/SP, 2001).

Tal como ocorre em relação aos impressos hospitalares (Rozemberg *et al*, 2002), os depoimentos acima também evidenciam como uma das motivações para se produzir impressos, a difusão de informações sobre o trabalho realizado pelos técnicos e a própria existência dos programas, ou seja, a divulgação institucional. Há implícita, nos discursos acima, a expectativa de que o fato de se distribuir os materiais educativos/informativos seja o suficiente para que o pólo receptivo obtenha informações e conhecimento sobre os programas e possa procurá-los quando necessário.

Essa inclinação a se conferir à prática comunicativa a função de possibilitar o acesso ao público, no caso, o público trabalhador, às informações sobre os serviços de saúde ou aos determinantes do processo saúde e doença relacionado com o trabalho, fundamenta-se na concepção dos teóricos da “*research communication*”, que de acordo com Fausto-Neto (*apud* Pitta,1995) apresentam uma concepção linear dos processos comunicativos e consideram que a “*institucionalização de fluxo*” e “*exposição*” do usuário às políticas e aos serviços sejam capazes de gerar atitudes de participação e controle desses dispositivos institucionais e políticos.

Temos, nessa vertente, a preocupação “*distributivista*” (Fauto-Neto,1995) que orienta as práticas de comunicação em saúde, pressupondo que disseminação/divulgação dos conhecimentos e das políticas produzidos pelo campo da Saúde ofereça possibilidades de adesão dos usuários aos programas, garantindo o êxito das práticas e políticas de saúde.

Identificamos também, na prática comunicativa dos programas, a ausência de experiências que avaliem se os materiais educativos/informativos produzidos pelos

programas são suficientes para o acesso dos trabalhadores aos programas. Perguntamos aos nossos entrevistados se há algum retorno do público em relação aos materiais educativos/informativos distribuídos pelos programas e obtivemos as seguintes respostas:

“(As pessoas) estão ligando estão denunciando, (falam assim): ‘vi no cartaz, vi no folder’ e aí liga para as coisas mais esdrúxulas do mundo que não tem nada a ver, mas ligam. [...] Esses dias alguém ligou de um lugar muito diferente. Ta vindo isso, ta legal. [...] isso é um retorno, isso está legal” (E:01-PST/RJ, 2001).

“Nós não temos nada formal. Nós não temos um dado formal do resultado disso, mas, assim, pela procura (das pessoas) [...] como (os sindicatos) sempre pedem, falam vou levar não sei para quem [...] vamos avaliando no processo até por isso, a gente nunca teve uma preocupação: ‘Ah! Vamos ver se está dando certo ou não’. Porque aí essas pessoas procuram, a gente está tendo alguma notícia de que as pessoas estão lendo, né, estão querendo e tal. Isso acaba sendo um retorno”(E:03-PST/SP, 2001).

De acordo com Rozemberg (2002), as iniciativas de avaliação da efetiva participação da população em programas de promoção de saúde são raras e em geral respondem aos padrões de aferições quantitativas. A autora aponta a importância dos programas em criar e organizar instrumentos ou modelos avaliativos que visem à conciliação das metas auto-impostas com os resultados obtidos junto à população, diminuindo a distância entre o idealizado e/ou esperado e a realidade da população.

4.2. Mapeamento do processo de busca dos materiais: na trilha dos impressos dos PST

Situamos a seguir o percurso de coleta dos materiais educativos/informativos elaborados pelos PST, os quais a partir desse momento denominamos de instâncias.

A instância do Estado do Rio de Janeiro

Utilizamos os fóruns de municipalização promovidos pela Assessoria de Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde -AST/SES como estratégia para coletar os materiais produzidos pelos PST existentes no Estado do Rio de Janeiro, como já foi dito no capítulo referente à metodologia. A distribuição da carta de solicitação transcorreu, pelo

menos, em três reuniões de municipalização, de maio a julho de 2001. Paralelamente, enviamos *e-mail* para as secretarias municipais de saúde.

Nessa etapa foi possível realizar o seguinte mapeamento (segundo as informações da AST/SES): no Estado do Rio de Janeiro, existem 29 PST, desses, 15 são considerados mais atuantes. Entre esses, sete enviaram os impressos, sobre os quais é feita a presente análise. São eles: PST de Angra dos Reis, PST de Barra Mansa, PST de Duque de Caxias, PST de Resende, PST do Rio de Janeiro, PST da Secretaria Estadual de Saúde e PST de Volta Redonda. Entre os demais, alguns de seus representantes relataram que não há nenhum material educativo/informativo, justificando o não envio. Outros ainda informaram que o PST está em fase de implantação ou de reativação das atividades, alegando ser esse o motivo da inexistência de materiais educativos.

A instância do Estado de São Paulo

Devido à escassez de impressos produzidos no Estado do Rio de Janeiro, incluímos o Estado de São Paulo, com o objetivo de aumentar a amostra. Outro fator relevante nessa escolha, de incluir o Estado de São Paulo, se deve à sua participação histórica nas ações do campo da Saúde do Trabalhador.

Coletamos os impressos produzidos pelos PST do Estado de São Paulo na oportunidade de uma visita técnica realizada aos programas da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André. Na oportunidade coletamos também os impressos do município de Mauá.

A Secretaria Estadual de Saúde, por meio do Centro de Documentação e Informação –CDI/ST, disponibilizou uma listagem com os contatos dos PST existentes no estado. Dos 35 programas relacionados, conseguimos contatar por *e-mail*, apenas sete. Os demais apresentavam dados desatualizados. Portanto, nossa amostra, referente aos PST do Estado de São Paulo restringe-se aos materiais disponibilizados pelos programas referidos acima.

A instância do Ministério da Saúde

Impressos referentes ao Ministério da Saúde foram coletados em dois setores: o da Cosat, por meio de *e-mail* e nas diferentes unidades da Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz que lidam com o tema: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – Cesteh, pertencente à Escola Nacional de Saúde Pública/Ensp; Núcleo de Saúde do Trabalhador –Nust, integra a Diretoria de Recursos Humanos/ Dirac; Serviço de Orientação em Saúde do Trabalhador do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas – SOST/IPEC; e, Núcleo de Saúde do Trabalhador do Instituto Fernandes Figueira, pertencente ao Hospital Fernandes Figueira- Nustiff.

A instância do Ministério do Trabalho

Coletamos os impressos produzidos pelo Ministério do Trabalho na Fundacentro. Os materiais foram adquiridos pessoalmente, em duas unidades, respectivamente, dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. Fizemos do momento da coleta dos materiais uma oportunidade de conhecer um pouco a estrutura organizacional da Fundacentro, especificamente, sobre os setores de Educação e Comunicação Social, com o objetivo de compreender o processo de elaboração dos materiais educativos/informativos.

A instância Intersetorial

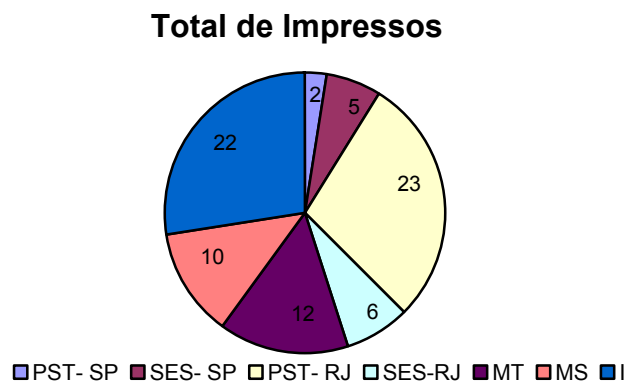
A partir da análise dos materiais coletados, elegemos mais uma instância produtora de impressos. Referimo-nos aos materiais produzidos em parceria pelas instituições que discutem e desenvolvem ações de saúde do trabalhador e que denominamos de Instância “Intersetorial”.

A amostra dessa instância compreende a produção conjunta, entre o PST de Santo André com os sindicatos (principalmente do ABC paulista), com o Ministério da Saúde e com Ministério do Trabalho (pela Fundacentro). Temos os impressos produzidos em parceria entre Ministério da Saúde (Cosat), universidades, entidades governamentais e Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; e a parceria entre Ministério do Trabalho e Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Na produção do Ministério do Trabalho, por meio da Fundacentro e Delegacia Regional do Trabalho - DRT de São Paulo, é comum a participação de sindicatos na elaboração dos impressos.

Dessa forma, situamos o campo da produção através dessas cinco instâncias. Assim o pólo da produção está formado por representantes dos aparelhos do Estado e da sociedade civil, por meio dos sindicatos.

Demonstramos, no gráfico abaixo, o resultado desse mapeamento. Temos, em nossa amostra, um total 80 impressos produzidos pelas instâncias referidas anteriormente.

Gráfico 01– Distribuição dos 80 impressos da amostra segundo as instâncias que os produziram.



LEGENDA

Programa de Saúde do Trabalhador- São Paulo

PST-SP

Secretaria do Estado de São Paulo

SES-SP

Programa de Saúde do Trabalhador- Rio

PST-RIO

Secretaria do Estado do Rio de Janeiro

SES-RIO

Ministério do Trabalho

MT

Ministério da Saúde

MS

Intersetorial

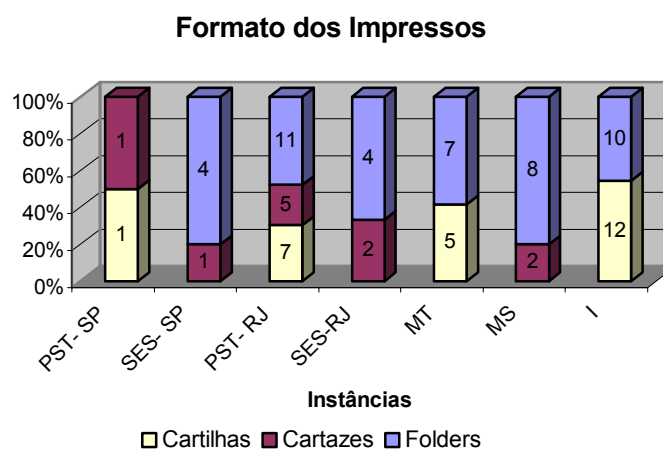
I

4.3. Análise dos produtos: visibilidade da prática comunicativa por impressos

4.3.1. Formato, autor e ano

Entre os materiais analisados encontramos a predominância de produções no formato de folders, cartilhas e cartazes. A partir dessa constatação optamos por analisar em nossa pesquisa os materiais educativos que tenham esses formatos.

Gráfico 02- Distribuição dos impressos segundo os formatos mais freqüentes e as instâncias que os produziram.



Os impressos no formato de folders permitem fácil manuseio por parte do público e sua diagramação comporta uma maior densidade de informações e facilidade de acesso. Isso de certa forma colabora para a escolha dos folders pelas instâncias produtoras, uma vez que pelas condições referidas acima, esse formato compatibiliza o maior número de informações em um único impresso com o investimento financeiro despendido em sua produção.

Em relação aos autores, apenas 12 dos 80 impressos apresentam o crédito da autoria, seja ela com o nome do autor ou identificando o setor responsável pela elaboração do material. Esse dado é encontrado nos impressos produzidos pela instância Intersetorial

(em sete impressos), pelo Ministério do Trabalho (em três impressos), pelo programa do município de Barra Mansa (em um) e pelo município do Rio de Janeiro (em um).

Acreditamos que um dos motivos importantes para identificar a autoria nos impressos se deve ao fato de situar o projeto emissional, ou seja, os responsáveis pela elaboração dos impressos e o setor de produção em que estão inseridos. Isso pode facilitar a compreensão das intenções existentes nos conteúdos/temáticas abordados, além de identificar o lugar dado ao processo comunicativo pelas instâncias produtoras dos materiais educativos analisados em nossa pesquisa. Isto é, permite ainda ao leitor situar o contexto histórico em que foram elaborados os impressos.

Um outro aspecto importante diz respeito ao ano de produção do impresso. Na amostra coletada temos como marco inicial o ano de 1994, assim, em nossa pesquisa analisaremos os impressos produzidos no período de 1994 a 2002. Optamos por essa delimitação temporal como uma estratégia de sondar as inter-relações históricas do percurso do processo comunicativo dos programas de Saúde do Trabalhador com a própria construção das ações de Saúde do Trabalhador nos programas.

Em nossa amostra encontramos a data da produção em 41 dos 80 impressos: Ministério do Trabalho (dez impressos), Intersetorial (22), no PST de Barra Mansa (quatro). Na demais instâncias: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (um), na Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (um), nos PST de São Paulo (um), no PST do município do Rio de Janeiro (um) e no PST de Resende (um). Isso representa um total de 51% de nossa amostra.

Discutimos a partir desse dado o caráter de a-historicidade e atemporalidade presente na metade da produção de impressos dos programas de Saúde do Trabalhador, uma vez que não há uma referência ao momento que marcou a produção do material, permitindo relacioná-lo com os acontecimentos vividos naquele tempo e lugar em que ocorreu a produção do impresso.

Nesse sentido, essa ausência de temporalidade, identificada na elaboração do material educativo, sugere uma tendência, por parte dos formuladores, a conceber que as ações propostas pelos programas têm condições de existirem indistinta e independentemente do contexto histórico-social no qual estão inseridas.

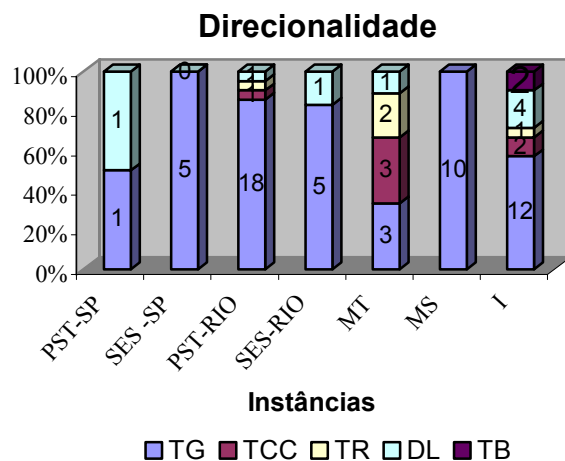
Isso de certo modo revela algo sobre o tratamento dado à comunicação pelos PST, isto é, parece que, no imaginário de suas práticas comunicativas, os impressos teriam a função de perpetuar os projetos e as ações dos programas ao longo dos anos, nas diferentes gestões e na própria relação com o público aos quais se dirigem.

4.3.2. A segmentação do público: a ‘Quem’ se dirigem os impressos ?

A categoria da direcionalidade refere-se à segmentação do público aos quais os impressos se dirigem.

Nos impressos analisados há uma pretensão de “atingir as massas” por meio das mensagens dos impressos, uma vez que os materiais educativos são dirigidos a todos os segmentos da população trabalhadora. Vejamos no gráfico seguinte:

Gráfico 03- Distribuição dos impressos segundo seus públicos e as instâncias que os produziram.



Legenda

Trabalhador em Geral	TG
Construção Civil	CC
Trabalhador Rural	TR
Trabalhadores com LER/DORT	DL
Trabalhadores – Benzeno	TB

Discutimos a expressiva tendência a tratar o público de maneira indiferenciada, isto é, todos os segmentos da audiência²⁰ são colocados num mesmo nível de abrangência. O que segundo Fausto-Neto (1999) denota a idéia de um “*público elástico*”, onde todas as ofertas de mensagens aparecem como condizentes à realidade de diferentes receptores.

Podemos apreender do relato dos entrevistados dos programas dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, sobre a produção dos impressos, a pouca preocupação referente à segmentação da audiência:

“A gente não queria atingir uma população específica, apesar de ter feito com o sindicato dos bancários (refere-se à produção de um impresso), a gente queria pegar várias categorias” (E:03-PST/SP, 2001).

Essa abrangência do público relaciona-se com a preocupação distributivista (Fausto-Neto, 1995), à medida que tem o intuito de “*atingir*” um número maior de pessoas. Esse fato está exemplificado nas próximas linhas:

“[...] Todo mundo que passa pelo grupo de matrícula quando sai, sai com um impresso. Na recepção a gente sempre deixa um bolinho do impresso. Quando a gente vai para algum evento a (gente) leva os impressos” (E:03-PST/SP, 2001).

“Ah! Quem chega leva. direita, esquerda, centro, aluno, vem empresa aqui e pega” (E:01-PST/RJ, 2001).

Neste sentido os resultados são semelhantes aos do contexto hospitalar (Rozemberg *et al*, 2002) quando a preocupação central dos médicos que produzem os impressos é a de ampliar sua divulgação e distribuição sem maior preocupação com a negociação de seus significados junto ao pólo receptor.

No âmbito dos impressos aqui analisados, a idéia de um “*público elástico*” está representada pela categoria “trabalhador em geral”, a qual agrupa outras subcategorias que remetem ao mesmo problema, representando 68% (54 dos 80 impressos) da amostra, a saber: a) a categoria “público em geral” que inclui os trabalhadores e a população em geral;

²⁰ Referimos ao significado de audiência como definido por Houaiss: “*p ext. o público (de maneira em geral)*”.

b) a categoria referente aos “trabalhadores acidentados” (sem distinção do tipo de acidente); c) “visitantes” do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas/Fiocruz; d) a categoria dos “funcionários públicos”; e) a dos “profissionais da saúde”; e f) a dos “trabalhadores com doenças ocupacionais”, que se dirigem, de forma homogênea aos portadores ou grupos de risco, das seguintes doenças: o benzenismo, as Ler/Dort, o paio (perda auditiva), a silicose, a dermatose ocupacional, a pneumoconiose, o estresse e o alcoolismo.

Dessa forma, podemos entender que o processo comunicativo dos Programas de Saúde do Trabalhador reproduz em seu projeto emissional a mesma lógica presente nas campanhas de Saúde Pública: destinadas a “atingir as massas”. Para isso, adotam metodologias educativas e comunicacionais fundamentadas na transmissão linear das mensagens, com um caráter de abrangência e universalização nas ofertas das mensagens aos diferentes receptores, ocorrendo uma generalização do público (Fausto-Neto, 1999).

Nesse aspecto, a comunicação é utilizada com uma função técnico-instrumental, informar para mudar “*comportamentos das massas*” frente ao processo de doença que vivencia (Pitta, 1995). Esse modelo instrumental considera a audiência uma “*massa amorfa*”, de “*indivíduos atomizados*” que são atingidos pela mensagem e respondendo automaticamente (Cardoso, 2002).

Aliada a essa perspectiva de “atingir as massas” para “mudar comportamento” identifica-se a concepção de considerar o sujeito-trabalhador um “alvo”, o que representa tratá-lo como um sujeito passivo e estático frente aos interesses e projetos do núcleo emissional (Araújo & Jordão *apud* Rozemberg *et al*, 2002). Isso fica claro no depoimento de um dos entrevistados:

“*Porque se você atinge um público alvo, aquele público alvo é mínimo por maior que seja o seu projeto*” (E:02-PST/SP, 2001).

Assim, a pretensão emissional está focalizada na condensação em um único impresso de várias audiências de receptores - trabalhadores, com a intenção de que um número maior deles se identifique com as mensagens dos impressos e se “informe”. Essa acentuada preocupação distributivista não prioriza a aproximação com um segmento específico da audiência para conhecer os temas/problemas que são prioridades, o modo de

pensar, de se relacionar, enfim, os modos de viver de cada público- de trabalhadores, para se produzirem ofertas de mensagens condizentes com as demandas dessa audiência .

Encontramos, em alguns impressos produzidos pelas instâncias Intersetorial, a do Ministério do Trabalho, a do PST de Barra Mansa, a do PST de Resende e a do PST do município do Rio de Janeiro, a segmentação de audiência mais bem delimitada, representando um total de 26 dos 80 impressos, equivalente a 32 %: a) a categoria dos *trabalhadores rurais*, b) a categoria dos “trabalhadores jovens”, c) a categoria das “trabalhadoras da indústria e da confecção”; d) a dos “trabalhadores da construção civil”; f) os impressos dirigidos para os caminhoneiros; e, ainda, g) a categoria dos “trabalhadores com doenças ocupacionais”, esta última contemplada com impressos dirigidos especificamente aos trabalhadores com *Ler/Dort*, com *benzenismo*, com *pauro*, *galvanismo* e *dermatose ocupacional na construção civil*, sendo cada impresso direcionado unicamente para uma dessas demandas específicas.

Consideramos que em termos da direcionalidade, nos impressos acima, há um maior esforço a segmentar a audiência, uma vez que as ofertas de mensagens estão direcionadas a um “*público específico*”, em detrimento de um “*público elástico*”. Isso favorece, a nosso ver, uma aproximação maior com a realidade do leitor pois num processo comunicativo “*as mensagens deveriam ser adaptadas em função não dos públicos, mas das diferentes situações que fazem com que os sujeitos nelas se encontrem inseridos*” (Fausto-Neto, 1999: 6). Porque, mesmo que se dirijam as ofertas de mensagem a um público específico, isso não significa contemplar totalmente seu ponto de vista sobre os temas, apenas favorece maior aproximação com as temáticas ofertadas e abre possibilidade de produção de novos sentidos, de novos/outros espaços comunicativos/educativos a partir da integração entre os núcleos comunicativos.

A análise dessa categoria permitiu-nos constatar a não segmentação de audiência, por parte do pólo emissor, possibilitando-nos retomar a questão: “ ‘Quem’ são os sujeitos da Saúde do Trabalhador ?”

Nesse sentido, a análise da direcionalidade revelou que, para os PST, majoritariamente, o sujeito-trabalhador é aquele que faz parte de uma coletividade, a dos

“trabalhadores em geral”. E quando evidenciado no âmbito individual é tratado como alvo dos projetos institucionais, passivo, sem informação, carente e um objeto do pólo emissor.

A opção por segmentar a audiência, no nosso entendimento, passa por uma questão ética intrínseca às relações, que é o reconhecimento da alteridade, no sentido de reconhecer o outro como diferente, sendo essa diferença o que possibilita a construção de uma coletividade crítica e com capacidade de realizar e contar sua própria história e exercer sua cidadania.

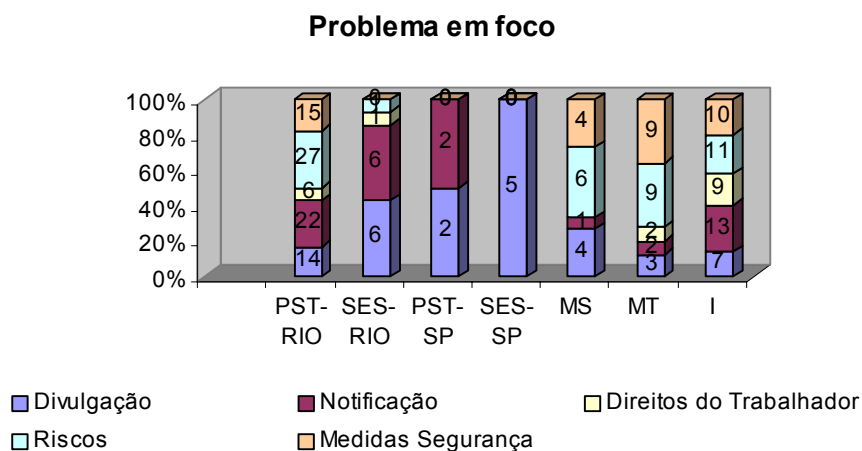
Todavia o processo comunicativo, por impressos, nos programas parte da negação dessa alteridade à medida que não há uma diferenciação dos trabalhadores, considerando-os parte de uma só coletividade. Ou seja, o pólo emissor toma o *todo pela parte* em sua prática comunicativa.

4.3.3. Os problemas em foco: temáticas eleitas e as intenções em jogo

Nesta seção descrevemos e discutimos simultaneamente as categorias - problema em foco e as intenções dos formuladores de mensagens, na medida em que estão correlacionadas.

Na categoria - problema em foco, identificamos cinco temas recorrentes nas mensagens dos materiais analisados, são eles: 1) notificação de doenças e acidentes de trabalho; 2) divulgação (de eventos, dos programas e projetos); 3) direitos dos trabalhadores; 4) agravos (riscos de acidentes e doenças); e, 5) medidas de segurança/prevenção (de acidentes e doenças).

Gráfico 04 - Temas abordados nos impressos segundo às instâncias que os



produziram.

4.3.3.1. Notificação

Como demonstrado no gráfico acima, a notificação foi uma das categorias que predominou nos temas abordados pelos impressos representando 58% dos conteúdos discutidos. A relevância dessa temática está no fato de apontar um dos desafios enfrentados tanto na esfera da pesquisa do campo da Saúde do Trabalhador quanto no nível operacional dos PST.

Temos na história do processo saúde-doença a presença de muitos agravos à saúde relacionados com o trabalho, especificamente os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Todavia, o tratamento dado às informações relativas ao processo de adoecimento relacionado com o trabalho ainda é precário, ocorrendo um incremento no processo de subnotificação (Minayo-Gómez & Thedim-Costa, 1999).

Brandão Júnior (2000), em sua pesquisa sobre Biossegurança e AIDS, relaciona alguns fatores que justificam a subnotificação de acidentes, entre eles: 1) a tendência, por parte do setor de Engenharia de Segurança do Trabalho e Medicina do Trabalho das empresas, a culpabilizar e responsabilizar o trabalhador pelo acidente. De um lado, o trabalho de prevenção gira em torno da conscientização dos trabalhadores para evitar o “*ato inseguro*”; de outro, por parte do trabalhador, a não resposta a essa cobrança de seguir as recomendações e precauções de segurança converte-se em motivo de medo da perda do emprego, resultando na resistência ou negação de informar sobre os acidente. 2) o fato de registrar corretamente os acidentes faz com que os setores que têm essa prática apareçam como os setores com maior incidência de acidentes, tornando-se alvo de críticas e discriminações, estigmatizando-os e contribuindo para o aumento da subnotificação. Assim, essas contradições, expressam a inversão de valores e princípios éticos relacionados com o tratamento das informações sobre acidentes/doenças de trabalho, pois, quem age corretamente é penalizado.

Um de nossos entrevistados de um dos programas referindo-se ao processo de subnotificação relata:

“Quer dizer se a gente for ver de 97 a 2000, nós temos uma queda de 40% nas doenças ocupacionais notificadas” (E:02-PST/SP, 2001).

A mensagem contida em um dos impressos analisados evidencia esse processo:

“Há que se registrar que, além da subnotificação existente entre trabalhadores filiados à Previdência Social, menos da metade da população trabalhadora é coberta por esta instituição. O restante da população economicamente ativa, ou seja, servidores públicos, trabalhadores da economia informal, empregados domésticos, trabalhadores rurais e aqueles submetidos a vínculos de trabalho precarizado, não têm seus acidentes notificados ao INSS (Ribeiro, 2000)” (PST/SP-36).

*“Muita gente não sabe que o Brasil continua sendo o campeão mundial em acidentes de trabalho: são mais de **um bilhão de acidentes de trabalho por ano, com cerca de cinco mil mortes.** Aqui em Angra dos Reis a situação também é grave. **Em 1999, foram ‘notificados’ 845 acidentes de Trabalho** (PST/RJ-24)”.*

Consideramos que essas contradições a cerca da notificação de acidentes/doenças no trabalho, evidenciam a importância de tal temática e favorecem sua posição de destaque nas mensagens dos programas. Dessa forma, há na oferta de mensagens relacionadas acima, um objetivo de informar e orientar o trabalhador sobre as leis que o beneficiam; mobilizar o trabalhador para notificar os acidentes/doenças provenientes do trabalho; garantir os seus direitos de cidadão em termos da seguridade social incrementando, assim, as ações de notificação.

Em geral, nas mensagens dos impressos produzidos nos PST, a abordagem do tema da notificação ocorre através da apresentação do formulário de notificação compulsória, a saber, a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT e de orientações quanto ao seu preenchimento. Identificamos na intenção de mostrar o formulário da CAT uma estratégia de informar o leitor sobre a existência desse documento (quanto aos aspectos relacionados com o formato e as informações contidas: quando e quem deve preencher) e estimulá-lo a recorrer a ele quando necessário.

A CAT é um instrumento de notificação compulsória de acidentes/doenças no trabalho, exigido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (INSS/MPAS) às empresas, após a constatação do acidente/doença, devendo ser obrigatoriamente preenchido e emitido a esse órgão. De acordo com Souza (2002), o formulário da CAT apresenta uma certa linearidade, na medida em que as

informações a serem preenchidas nesse instrumento obedecem a uma padronização (independente do tipo de atividade exercida pela empresa) que abrange dados relacionados com a empresa, com o trabalhador e com o acidente/doença; porém, não levanta informações sobre os fatores causais do acidente/doença, revelando-se em um instrumento restrito e limitado para o trabalho da prevenção.

Destacamos, a seguir, algumas mensagens referidas nos impressos sobre a CAT:

“A comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é sempre necessária para que o trabalhador tenha acesso aos benefícios determinados pela lei (PST/RJ-26).”

“O que é CAT?” (...) “QUEM DEVE COMUNICAR?”(...) “E se a empresa recusar ?” “Qual a importância da CAT?”(...) “AGORA VOCÊ VAI CONHECER O IMPRESSO DA CAT (PST/INTER-72, PST/INTER-77)”.

“Lembre-se: o formulário ‘Comunicação de Acidente de Trabalho –CAT’ é a sua garantia legal. Pois prova que o acidente ocorreu.Sempre que ocorrer qualquer acidente de trabalho, independente da gravidade, exija que a sua empresa emita a CAT. Caso ela se recuse, informe ao sindicato de sua categoria (PST/RJ-07)”.

De certa forma, essas mensagens apresentam de um lado, a intenção de informar o leitor que a CAT é um instrumento que gera informação ao poder público sobre a situação de morbidade vivenciada pela classe trabalhadora que tem carteira de trabalho assinada; e, informar ao trabalhador que esse instrumento pode assegurá-lo na obtenção dos direitos relacionados com a seguridade social. De outro lado, existe implícita, nessa mensagem a visão de que o trabalhador não sabe o que fazer quando ocorre um acidente/doença e que precisa ser conscientizado e orientado dos procedimentos a tomar.

Essas idéias fundamentam-se nas práticas adotadas pelo setor de Engenharia e Segurança e Higiene do Trabalho e do setor de Medicina do Trabalho existentes nas empresas, as quais visam conscientizar, informar e prescrever normas de medidas de prevenção no trabalho para o trabalhador

Nesse sentido, podemos fazer um paralelo com a prática de Educação e Saúde de enfoque higienista, que se fundamenta na transmissão vertical de conhecimento, de caráter diretivo, quando sua prática educativa tende a funcionar como um instrumento de transmissão de regras de comportamentos à população (Assis, 1998).

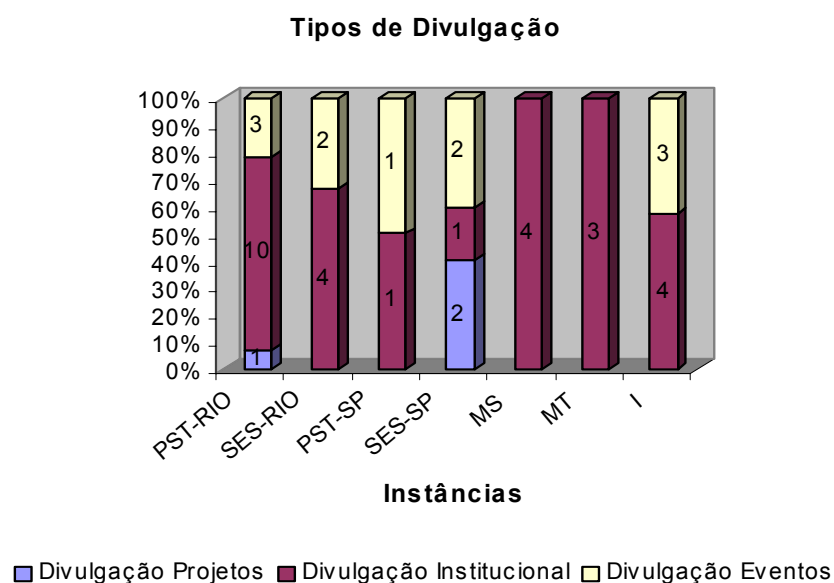
A informação, nesse caso, é “monológica”, à medida que não busca interagir os pólos comunicativos, e sim preocupa-se em atualizar comportamentos e conseguir a adesão dos trabalhadores ao preenchimento do formulário, em detrimento de propor uma reflexão mais ampla e contextualizada da problemática dos acidentes/doenças do trabalho e do processo de notificação.

Por fim, acreditamos ser legítima a discussão das implicações em torno da notificação. Porém, nos questionamos se, implicitamente, há uma tendência, por parte dos formuladores das mensagens, a reforçar a lógica dos modelos hegemônicos da Engenharia de Segurança e Higiene do Trabalho, na medida em que qualifica o trabalhador como um sujeito-receptor passivo, sem nenhuma informação/conhecimento e depositário do saber técnico.

4.3.3.2. Divulgação

Consideramos a partir dos dados do gráfico a seguir, que há uma tendência nessa categoria, por parte dos formuladores de mensagens, a priorizar a divulgação do próprio programa, seus projetos e eventos.

Gráfico 05- Distribuição por tipos de divulgação por instâncias que produziram.



Temos em nossa amostra que a temática da divulgação representa 51% (41 impressos), nesse universo há uma predominância da divulgação institucional, com 66% .

Acreditamos que a importância dada à divulgação institucional se deve ao fato de os programas ainda estarem em processo de construção, instituindo suas práticas no contexto sócio/político/econômico e cultural em que estão inseridos; por isso, a preocupação com a legitimação de suas ações/programa.

O relato de um dos entrevistados demonstra a ênfase no interesse na divulgação das ações dos programas:

*“O que nós estamos fazendo é divulgar porque não adianta você fazer coisas belíssimas se ninguém sabe, mas precisa saber. Então você tem que fazer uma coisa daquilo que você fale: olha, é assim que nós fizemos. Aí o outro: ah é assim que vocês fizeram? Então, nós vamos fazer aqui também parecido. Aí você vai **multiplicando o país** (grifo nosso). Nós escrevíamos, nós fazíamos o layout, tinha uma pessoa que gostava de fazer, nós imprimíamos, 2.000,1.000 e a gente entrega assim, meio amplamente” (E:02-PST/ SP, 2001).*

A esse respeito selecionamos algumas mensagens dos impressos que se referem a essa divulgação institucional:

“Você sabia que existe em (nome do município) um Programa de Saúde do Trabalhador? Você precisa conhecê-lo melhor. (...) quer saber o que ele faz? (PST/RJ-09)”.

“Não fique parado! Quando tiver qualquer problema de saúde relacionado às condições do seu trabalho, procure-nos. Para nós a sua saúde é muito importante! (PST/RJ-09)”.

Os discursos acima explicitam a intenção, por parte do pólo emissor, de que as informações sejam difundidas amplamente: “multiplicando o país”, e que a comunicação deva ser um instrumento para multiplicar e instituir as práticas de atenção à saúde do trabalhador, reforçando a lógica distributivista no processo comunicativo mediado. Além disso, há implícito nos discursos acima a concepção do sujeito-receptor como passivo e

estático: *não fique parado*, remetendo à idéia de “*público alvo*” já mencionada anteriormente.

Por outro lado, discutimos que há uma ênfase na promoção institucional, seja dos programas ou dos atores a eles associados, entendendo que os PST estão inseridos num contexto político que determina as práticas institucionais e as “posições” dos atores envolvidos no fomento e implementação das ações de saúde do trabalhador. Isso pode ser exemplificado nas mensagens abaixo:

“Em janeiro de 1993, com a entrada do governo progressista e com o compromisso com a saúde dos trabalhadores, foi criado em (nome do município), o Programa Municipal de Saúde do Trabalhador. Este programa foi criado com o objetivo precípua de organizar formas de intervenção sobre os principais fatores de agravos à saúde, decorrentes dos diferentes processos de produção, visando à implantação de políticas e práticas de prevenção à saúde dos trabalhadores (PST/RJ-18)”.

Dessa forma, o material educativo em seu fim representa um instrumento político-institucional em prol de interesses dos técnicos de saúde, podendo funcionar tanto como um instrumento de informação para que a população conheça os seus direitos (em relação às políticas públicas de saúde), quanto de reprodução ideológica do poder hegemônico - o Estado (na legitimação e fomento das políticas públicas de saúde).

De acordo com Fausto-Neto (1995) essa dimensão atribuída à prática comunicativa representa o paradigma fundamentado na comunicação como um dispositivo técnico e auxiliar no processo de veiculação e legitimação dos discursos oficiais e da oferta de serviços de saúde. O que de certa forma faz com que as estruturas de comunicação sejam utilizadas de modo unilateral em detrimento de se constituírem enquanto um “espaço” de problematização das práticas e políticas de saúde.

4.3.3.3. Direitos do trabalhador

Essa temática aborda a importância dos trabalhadores conhecerem seus direitos. A idéia implícita é a de que os trabalhadores ao serem informados sobre os seus direitos,

possam garantir o exercício da cidadania, o acesso à saúde pública e condições dignas de trabalho e de vida.

Em termos quantitativos temos em nossa amostra um total de 18 impressos que abordam essa temática equivalente a 23% do universo pesquisado.

Vejamos alguns dos títulos de sessões das cartilhas que exemplificam de que lógica os formuladores partem para tratar essa temática:

*“Direitos do Trabalhador”(…) [:] “Estabilidade no Emprego” (…)
“Preenchimento da CAT”(…) “Direito de Recusa”(…) “Direito de Saber” (…)
“Acesso aos resultados dos exames médicos” (…)
“Direito ao Equipamento de Proteção Individual –EPI (PST/RJ-07;PST/RJ-17; PST/RJ-18).”*

*“ ‘A Saúde é direito de todos e dever do Estado..’(Constituição Federal do Brasil)
(PST/RJ-07)”*

*“Qualidade de Vida, Saúde e Segurança no Trabalho da Indústria da Confeção
um direito Seu (PST/INTER-69)”.*

Identificamos nesses títulos uma tendência a abordar os direitos dos trabalhadores de uma forma ampla, sem referência a uma realidade específica. Apresentam uma preocupação de “anunciar” que existem leis que prevêm melhorias nas condições de trabalho e protegem o trabalhador, porém sem “discuti-las” de modo que o leitor se aproxime desse debate.

No depoimento de um de nossos entrevistados, encontramos uma referência ao debate sobre os direitos dos trabalhadores, que confronta essa forma de tratamento do tema no impressos com o que acontece na realidade quando um trabalhador procura o PST:

“A gente tem que imaginar que o trabalhador que sai (do programa) está sentindo dor ele está com problema. Só que tem medo de falar do que é aquela dor.[...] Assim, quem é que pode se dar ao luxo de falar assim: ‘hoje estou doente, eu não vou trabalhar. Vou cuidar da minha saúde, hoje eu não vou porque estou doente’. [...] O trabalhador não tem esse direito, ele não tem”(E:03-PST/SP, 2001).

Esse depoimento mostra o quanto de contradição existe entre as ofertas de mensagens dos impressos e a realidade cotidiana do trabalhador. Pois o fato de o

trabalhador apresentar um conhecimento e/ou informação dos direitos que lhes são garantidos por lei, não significa que terá o direito de exercê-los de forma digna e sem nenhum dano a sua vida. Ao contrário, o que vemos é uma lógica punitiva e que tende a responsabilizar o trabalhador por qualquer dano que sofra no trabalho. O estudo de Brandão Júnior (2000) aponta claramente essa contradição entre o prescrito e o real no âmbito da biossegurança, já citado por nós, no item de notificação.

Uma outra forma de abordagem da questão dos direitos dos trabalhadores parte do desejo de informar e mobilizar os trabalhadores na luta pelo cumprimento dos direitos previstos por lei.

“A NR-18 prevê e garante o mínimo para que nós possamos trabalhar com orgulho e dignidade” (...) “Mas é preciso que todos nós tomemos consciência disso e lutemos para garantir que a NR-18 seja posta em prática! (PST/INTER-80).”

“É importante você ficar atento aos seus direitos legais.”

“A informação é um dos fundamentos da cidadania (PST/RJ-18;PST/RJ-22)”

“Esta Cartilha é mais um passo decisivo neste processo de construção, pois resgata um dos principais fundamentos da cidadania: a INFORMAÇÃO; possibilitando que os trabalhadores a partir do conhecimento dos seus direitos deixem de ser atores passivos nesta história e passem a lutar por melhoria nas condições de trabalho (PST/RJ-07).”

As mensagens citadas, certamente bem intencionadas, apresentam implicitamente, uma visão do trabalhador como sem informação, sendo da capacidade dos técnicos informá-los e mobilizá-los na conquista dos direitos relacionados com o trabalho. “Mas até que ponto essa preocupação com o trabalhador traz implícito um modo de desqualificar o saber e o conhecimento do sujeito-trabalhador sobre a sua própria vida?”

4.3.3.4. Riscos de acidentes/doenças e medidas de segurança/prevenção relacionadas com o trabalho

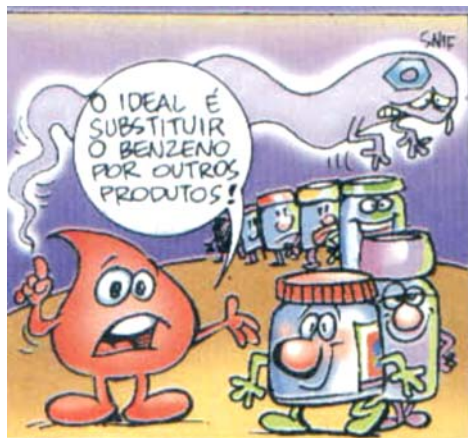
Nesta seção apresentamos as categorias referentes aos agravos à saúde que (os riscos de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais) e medidas de

segurança/prevenção, relacionadas com o trabalho que costumam serem abordadas de maneira simultânea. A categoria riscos de acidentes/doenças representa 68% dos conteúdos abordados nos impressos e a que se refere a medidas de segurança/prevenção equivale a 48% dos temas discutidos.

Riscos de Acidentes e Doenças relacionados com o trabalho

Consideramos que há uma tendência, por parte dos formuladores dos impressos, a privilegiar, nas temáticas abordadas, conteúdos sobre os acidentes/doenças que geram riscos à saúde do trabalhador, associando-os aos ambientes e condições de trabalho às quais os trabalhadores ficam expostos. Há uma preocupação em caracterizar os tipos de riscos: químicos, biológicos, físicos, ergonômicos, e as doenças a eles relacionadas, como: as Lesões por Esforços Repetitivos – Ler; Perda Auditiva Induzida por Ruído- Pairo; Silicose; Dermatose Ocupacional; Benzenismo, entre outras.

As imagens²¹ abaixo demonstram essa tendência:



Além dessa imagem selecionamos algumas mensagens impressas:

“Todo local de trabalho pode apresentar riscos ambientais. São ao todo, três: riscos químicos, riscos físicos e riscos biológicos (PST/RJ-15).”

“Não existe trabalho seguro com o benzeno (PST/INTER-60).”

²¹ Fonte: Impressos PST/INTER-60; PST/RJ-07

Nesse sentido, consideramos que no processo comunicativo por impresso, a predominância em enfatizar a temática dos acidentes/doenças no trabalho e o tratamento dado aos conteúdos relacionados com essa temática vão ao encontro das idéias higienistas da Saúde Pública, que partem da localização da doença e dos agentes que afetam as populações para eliminá-los promovendo, assim, melhores condições de saúde (Foucault, 1979; Rosen, 1983). Assim, nas mensagens impressas há uma tendência a inter-relacionar trabalho e doença, de modo a localizá-la no ambiente ou em produtos. Vejamos isso:

“É isso aí! Local de trabalho é onde vamos ganhar a vida e não perdê-la (PST/RJ-25).”

“Doença relacionada ao trabalho é aquela adquirida ou desencadeada em função das condições de trabalho ou um ou mais fatores de risco do ambiente de trabalho (PST/RJ-18).”

Sendo assim, as mensagens impressas (imagem ou textos) evidenciam a tendência a localizar a doença no indivíduo, produtos ou ambientes de trabalho. Essa concepção apresenta um caráter reducionista, biologista na abordagem do processo saúde e doença, que se sustenta nos princípios da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional. De acordo com Mendes & Dias (1991) e Lacaz (1996), nessa concepção a doença é o ponto de partida para se discutir a saúde e as condições de trabalho como um único fator responsável pelo adoecimento. Isto é, há uma clara associação entre trabalho e danos à saúde dos trabalhadores.

Essas vertentes compartilham os mesmos princípios do modelo de Engenharia de Segurança e Higiene no Trabalho, que partem da avaliação de riscos dos sistemas tecnológicos e agentes nocivos presentes no ambiente de trabalho.

Uma outra característica é a atribuição dos acidentes ao *“ato inseguro”* e *“condição insegura”*. Esse enfoque de causalidade, *“com o ato inseguro representando uma falha por parte do trabalhador e a condição insegura relacionada a uma falha do empresário em fornecer aos trabalhadores condições adequadas para a execução de suas tarefas”* (Souza, 2000:11) fundamenta-se na *“teoria da culpa”*. De modo que a intervenção de segurança/proteção de acidentes no trabalho recaia sobre o indivíduo, responsabilizando-o

pelo não uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI (Brandão Júnior, 2000; Souza, 2000).

Por outro lado, segundo Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997), Machado e Porto (2000), as intervenções propostas pela área da Saúde do Trabalhador partem da análise dos processos de trabalho em sua complexidade, isto é, analisam-se os fatores presentes no processo de trabalho que incidem diretamente sobre a saúde, aliados à dimensão histórica e social do trabalho. E não apenas sobre um agente específico que cause danos a saúde do trabalhador.

Outro fator relacionado com a ênfase dada à temática das doenças é a responsabilidade auto-imposta pelos PST de informar para os públicos sobre as doenças que apresentem um índice de crescimento em determinados segmentos da população trabalhadora. É o caso, por exemplo, dos Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados com o Trabalho – Dort/Ler, que, ao longo dos anos, atinge índices cada vez mais expressivos entre as patologias que acometem as diversas classes trabalhadoras.

Essa situação pode ser exemplificada na mensagem abaixo, que demonstra a situação encontrada no município de São Paulo, em 2001:

“Vivemos um quadro alarmante de ocorrências de Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), grupo de patologias que acomete de modo dramático a população trabalhadora jovem de todos os ramos de atividade produtiva, principalmente aqueles dedicados à montagem de aparelhos, aqueles que lidam intensamente com computadores, e também os trabalhadores das áreas de embalagem e acabamento de produtos, entre outros. Este grupo tem gerado a principal demanda dos serviços especializados em saúde do trabalhador, em todo o Brasil, São Paulo inclusive (PST/SP-36)”.

b) Acidentes/doenças em geral

Uma característica importante identificada no processo comunicativo dos programas é a tendência a abordar a temática dos acidentes/doença de forma generalizada, incluindo o

maior número de informações possíveis sobre fatores/situações que possam causar acidentes/doenças no trabalho. Vejamos as mensagens que exemplificam isso:

“Acidente é um acontecimento inesperado. E que pode causar: Com conseqüências imprevisíveis perda de tempo, ferimento, danos materiais (refere-se a dinheiro) e doença (PST/RJ-15)”.

“Sofreu um Acidente de trabalho ? E agora, quem faz o quê? (PST/RJ-19)”.

“Acidente do trabalho. Você sabe o que é ?? Não sabe ?!?!? Bem, vou explicar o que são os acidentes do trabalho (PST/RJ-07)”.

Nesse sentido, os discursos acima, indicam que os formuladores de mensagens têm a intenção de *levar* ao conhecimento *público*, as várias possibilidades em que ocorrem os acidentes. O fato de abranger todos os tipos de acidentes/doenças possíveis contribui para uma maior densidade de informação num único impresso. Isso revela uma proposta de atingir as “massas”, de “trabalhadores” nas mensagens que ofertam, em detrimento de discutir a inter-relação dos acidentes/doenças com os condicionantes históricos, sociais e subjetivos intrínsecos ao contexto em que ocorrem.

c) Medidas de segurança/prevenção no trabalho

Quadro 01 – Doenças abordadas no item medidas de segurança/prevenção no trabalho

Doenças abordadas nos impressos	Quantidade de impressos
Dermatose Ocupacional	3
Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIRO	3
Benzenismo	5
Stress	3
Silicose	2
Galvanismo	1

Nesse grupo encontramos também as mensagens sobre as medidas de segurança destinados aos trabalhadores rurais (relacionadas com o manuseio dos agrotóxicos) e aos trabalhadores da construção civil (orientação quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e dos Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC).

Identificamos também que na abordagem da temática medidas de segurança/prevenção no trabalho há uma tendência a reproduzir o ideário da Engenharia de Segurança e Higiene no Trabalho e da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional. No processo comunicativo por impressos destaca-se a prevenção de algumas doenças, sendo as mais discutidas: Ler/Dort, perda auditiva por ruído - Pairo, dermatose ocupacional e aquelas associadas ao contato com o benzeno.

Vejamos algumas mensagens que exemplificam tal concepção:

“A principal medida para acabar com a surdez adquirida no trabalho é eliminar a sua causa: o ruído no local de trabalho. Ou pelo menos diminuí-lo, através do controle do ruído ambiental (PST/RJ-26).”

“Todas as pessoas que trabalham com agrotóxicos devem ser treinadas para utilizá-los e aplicá-los da forma mais segura e correta (PST/INTER-53).”

“Todos os vãos (aberturas no piso ou laterais da obra) devem ser protegidos com tapamento ou guarda-corpo resistente a qualquer impacto, de maneira a se evitar queda do trabalhador (PST/RJ-17).”

Nesse sentido, a prática comunicativa por impressos dos PST explicita a intervenção preventiva por meio da fiscalização dos ambientes de trabalho, enfatizando o controle e a eliminação dos agentes de riscos, fruto da prática de educação sanitária.

Em nossa análise identificamos algumas imagens impressas representativas dessa busca pelo agente causal nocivo à saúde no trabalho.



Essas imagens²² demonstram uma acentuada tendência do poder de “milícia” dos técnicos de saúde e situa o trabalho como um oponente à saúde. A partir de (Foucault, 1997: 85-98) consideramos que essa representação de “vigilância”, se vincula aos princípios da medicina social urbana francesa e da medicina inglesa. A primeira incorpora o saber militar à prática médica no controle dos agentes nocivos presentes nos espaços urbanos. A segunda direciona o poder da intervenção médica sobre o “controle da saúde e do corpo das classes mais pobre para torná-las aptas ao trabalho”. Assim, por meio do saber médico (técnico) busca-se a “disciplinarização” dos “corpos” e das “almas” para impulsionar o processo de produção capitalista.

Ao correlacionar as idéias de Foucault com o processo comunicativo, mediado por impressos, dos programas, temos que as mensagens explicitam essa questão *disciplinar* na medida em que os técnicos munidos com seus conhecimentos e aparatos tecnológicos vão em busca dos agentes nocivos presentes no ambiente de trabalho, no indivíduo ou nos produtos.

Nesse enfoque das medidas de segurança/prevenção no trabalho, a prática informativa por impressos, fundamenta-se na transmissão de informação como uma estratégia para prescrever normas de segurança e instrumentalizar o trabalhador para

²² Fonte: Impressos PST/INTER-60; PST/INTER-70

identificar e se prevenir dos riscos de doenças/acidentes no trabalho. Isso evidencia uma tendência à responsabilização do trabalhador por sua segurança. De modo a reforçar o ideário da educação sanitária das décadas de 1930 e 1940, fundamentada nos modelos comunicacionais da teoria da informação e o desenvolvimentista (Araújo 1998, 2003; Cardoso, 2002).

Algumas mensagens dos impressos tornam visível essa concepção:

“Vamos entender o que são as Doenças Relacionadas ao Trabalho? Preste bastante atenção!! (PST/RJ-07).”

“Seja você também um ‘fiscal’ da sua saúde no ambiente de trabalho (PST/RJ-04).”

“Você é o maior responsável pela sua segurança (PST/RJ-16).”

Sendo assim, consideramos que a predominância do enfoque tradicional de comunicação/educação fundamentado na linearidade e transmissibilidade de conhecimento favorece o distanciamento entre os núcleos de interlocução no processo comunicativo mediado.

Selecionamos uma imagem²³ que demonstra o lugar de cada um dos pólos comunicativos. Vejamos a seguir:



²³ Fonte: Impresso PST/RJ-07

A imagem acima nos remete a uma de nossas questões norteadoras: “Teríamos uma educação junto a trabalhadores ?”

A ilustração acima marca claramente as posições no processo comunicativo: de um lado, o técnico de saúde - emissor, orientando e informando. De outro, os trabalhadores - receptores, recebendo as informações. Isso revela a tendência por parte dos formuladores a transmitir informações/orientações para instruir o trabalhador com a finalidade de promover saúde no trabalho.

Um outro dado interessante é que o público aparece “esfumado” e disposto abaixo do técnico/educador, evidenciando a hierarquia entre os núcleos comunicativos.

Por fim, em contraposição a essa visão de mundo compartilhamos com Freire (2001) que o processo de conhecimento é um ato estritamente humano e por ser dessa ordem, articula-se aos aspectos culturais e históricos e confere ao homem a capacidade de *autobiografar-se*. Nessa dimensão está implícita que o ato de conhecer é uma atitude dialógica frente ao mundo e as coisas, resultando na ruptura com a lógica educativa que reifica a capacidade criadora e crítica do sujeito em sua relação com o conhecimento. Assim, “*conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. É como sujeito e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer* (Freire, 2001:27)”.

CAPÍTULO V – Para que servem os impressos: o “ponto de vista” dos trabalhadores da construção civil



Fonte: Impresso PST/INTER-80

“Um discurso é feito de falas e de silêncios, de palavra e de pausas, igualmente relevantes na comunicação, o entendimento da fala do outro também depende de nossos ‘silêncios’ interiores, enquanto aquiescência ao nosso ‘não saber’. Quando se nega o desconhecido em favor do que nos é familiar, ou seja quando se procura encobrir nosso não saber com os nossos conhecimentos prévios e idéias prontas, se perde não somente a chance de aprender novos conteúdos, frutos desta delicada interação com o outro, mas principalmente se compromete a interação em si mesma, enquanto experiência presente de encontro com o inédito.”

Rozemberg²⁴

Neste capítulo apresentamos os “sentidos”, produzidos pelos trabalhadores da construção civil sobre a prática comunicativa por impressos, existentes nas instituições públicas atuantes nas relações entre saúde e trabalho. Assim, a partir do ponto de vista desses trabalhadores, buscamos o “*encontro com o inédito*”, isto é, a interação e a troca de experiências como ancoragem na construção do conhecimento sobre o processo comunicativo dos programas de saúde do trabalhador. Nesse percurso esforçamo-nos para dar visibilidade ao contexto histórico e sociocultural em que se desenvolvem as narrativas dos trabalhadores entrevistados, de modo que a análise e a sistematização dos dados de nossa pesquisa tenham como centro a realidade, o mundo do vivido em diálogo constante com as perspectivas teóricas construídas até o momento pelos campos teóricos da comunicação/educação em saúde e da Saúde do Trabalhador.

5.1. Situando o processo investigativo

O contexto da recepção

Os grupos focais para o estudo de recepção foram realizados em dois canteiros de obra, situados no município do Rio de Janeiro (Zona Norte e Zona Sul, respectivamente), logo após a jornada de trabalho. Com duração aproximada de uma hora. Em média

²⁴ *In* 1995:4

contamos com participação de nove trabalhadores nas discussões. Optamos pela inclusão de todos os trabalhadores sem especificar a função, uma vez que os impressos avaliados se dirigem para os “trabalhadores da construção civil” e “trabalhadores em geral”. Assim, participaram do grupo ajudantes de pedreiro, pedreiro, mestre-de-obra, armador e apontador.

O sujeito-trabalhador do estudo de recepção de mensagens

Os trabalhadores, que participaram dos grupos focais, são em sua maioria, procedentes do Nordeste, vivem com familiares ou amigos da cidade natal. Residem na Zona Norte do Rio de Janeiro e Baixada Fluminense, necessitando de duas ou três conduções para chegar ao trabalho. Para alguns dos trabalhadores, a inserção no processo produtivo da construção civil decorre de maior oportunidade de trabalho, enquanto outros fizeram dessa oportunidade algo mais que um ganha pão, e, sim um ofício - uma profissão. Quanto ao tempo de trabalho na construção civil é de três a 40 anos. Encontramos dois casos de pessoas aposentadas que ainda trabalham. A grande maioria não apresenta alfabetização sistematizada. “Mas todos almejam serem tratados como cidadãos !”

Os impressos avaliados

No estudo de recepção de mensagens junto a trabalhadores da construção civil, analisamos 11 impressos. Desses, quatro foram avaliados com maior atenção, são eles: dois cartazes, representando a categoria “trabalhadores em geral”, sob o título “Programa de Saúde do Trabalhador”, “Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro - Consest/RJ” (produzidos pela Instância da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro) e duas cartilhas da categoria “trabalhadores da construção civil”, sob o título “Dermatose profissional na Construção Civil causada pelo cimento” e “Passaporte para a Cidadania” (elaboradas pelas Instâncias do Ministério do Trabalho e Intersetorial, respectivamente).²⁵

²⁵ Relacionamos a seguir os temas abordados nos cartazes a) “Programa de Saúde do Trabalhador”(PST/RJ-01)- (divulgação institucional do PST e do Consest, as principais ações realizadas pelo programa: registro de informações de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho, fiscalização de ambientes de trabalho, municipalização e assistência em saúde do trabalhador); b) “Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador”

Nos grupos focais propomos como critério de eleição dos impressos avaliados, a livre escolha, ou seja, na medida em que o trabalhador se interessasse pelo material, ele era incluído no debate. Essa opção se justifica pelo fato de esse momento da aproximação da esfera receptora com os impressos possibilitar o levantamento das primeiras impressões do trabalhador acerca da forma e dos conteúdos abordados nos impressos favorecendo a identificação dos significados comuns às temáticas ali contidas.

Nesse sentido, na dinâmica de avaliação desses materiais, identificamos alguns fatores que motivaram e interferiram na escolha dos trabalhadores pelos quatro impressos citados acima. Temos os seguintes fatores: as temáticas abordadas, o formato do impresso e a segmentação da audiência.

5.2. Resultados da avaliação da prática comunicativa por impressos: o “olhar” e o “saber” dos trabalhadores da construção civil

O formato

Dos 80 materiais analisados, como demonstrado no capítulo IV, encontramos a predominância de produtos no formato de folders (55%), cartilhas (31%) e cartazes (14%). Para a realização do estudo de recepção de mensagens, selecionamos 11 impressos, nos respectivos formatos: sete cartilhas, dois cartazes e três folders, equivalendo a 15% do total da amostra.

Os relatos dos trabalhadores referentes à avaliação do formato dos impressos apontam para algumas contradições em relação a opção do pólo emissor que privilegia a produção de folders e cartilhas. Esses formatos não são considerados adequados pelos trabalhadores. Vejamos alguns depoimentos que explicitam o ponto de vista do pólo receptor:

(PST/RJ02)- (divulgação institucional, atuação em vigilância nos setores produtivos: da construção civil; química, petroquímica e petroleira; metalurgia e siderurgia). Os objetivos e as principais ações. As temáticas discutidas nas cartilhas: “Passaporte para a Cidadania” (PST/INTER-80)- (informação e orientação sobre os direitos dos trabalhadores da construção civil, abordando alguns itens da Norma Regulamentadora 18 –NR18, mobilização do movimento sindical); “Dermatose Profissional na construção civil causada pelo cimento” (PST/MT-59)- (orientação e prescrição sobre as medidas de segurança /prevenção no manuseio com o cimento, informações sobre dermatose ocupacional causada pelo cimento).

“[...] Olha só, para a construção civil eu acho que leitura não é o hábito da grande maioria. Ai quer dizer, onde tem muita letra, muita palavra, eu acho o cara vai pegar isso aí (a cartilha) e vai olhar isso aqui (a cartilha) mas não vai nem se preocupar em ler. Acho que se tivesse alguma coisa visual, ou um áudio mesmo, para o cara escutar ali, você tem direito a isso e aquilo, as coisas funcionariam muito mais do que a cartilha.”(T:1,2002)

“[...] Ele vai pegar isso (a cartilha) eu garanto que não vai chegar na metade da cartilha e vai fechar”.(T:2,2002)

“[...] Ele não vai dizer para você: eu não sei ler. Mas vai pegar aquilo ali (a cartilha e o folder) e não vai servir de nada.”(T:3, 2002)

Nesses depoimentos, identificamos que o fato dos trabalhadores possuírem pouca familiaridade e acesso ao processo de escrita culmina na inutilidade dos materiais impressos. Isso revela uma contradição no processo comunicativo mediado, pois o que poderia servir como fonte de informação e aproximação com a realidade do público, contrariamente, contribui para aumentar a distância entre os pólos da recepção e da emissão, à medida que os materiais educativos/informativos atendem mais aos interesses do pólo emissor do que os do pólo receptor. Fica evidente que o pólo emissional considera que esses formatos (cartilhas e folders)) permitem condensar um maior número de informações em um menor espaço possível favorecendo acesso ao público as mensagens impressas.

Em contrapartida, de um modo geral, foi expressiva a opção, por parte dos trabalhadores, pelo formato do cartaz. Segundo a avaliação do pólo receptor, esse formato possibilita fácil acesso e maior visualização pois pode ser fixado nos locais onde transitam os trabalhadores contribuindo para uma maior aproximação com o público. Em estudo anterior, já tínhamos constatado essa referência entre merendeiras, outro público com baixa escolaridade (Sousa *et al*, 2003).

Quando indagados quanto ao tipo de formato que preferem os trabalhadores deram as seguintes respostas:

“Esse aí, (refere-se ao cartaz) para ficar bem visível, para eles verem mesmo, entendeu? Na hora do almoço, aí mesmo, eles vão parar e olhar”(T:1,2002).

“[...] Agora eu acho que deveria, na minha opinião, ser esse aqui (refere-se ao cartaz) e com as figuras de lá também (refere-se à cartilha que utilizou imagens), uns cartazes colados, aí realmente dá um efeito”(T:4,2002).

“[...] O cartaz vai ajudar mais”(T:3,2002).

“Ah! Um tipo de material que o cara olho ali, viu um desenho explicando a ele, pode ter algumas palavras, mas o mínimo. E grande”(T:1,2002).

Um outro dado que surge a partir dos depoimentos acima é a opção pelo uso de imagens como estratégia de aproximação com leitor. Perguntamos aos trabalhadores o que eles preferem oferecendo-lhes os materiais que apresentam mais palavras e outros que priorizam o uso de imagens, ou seja, qual grupo de materiais se aproxima mais da realidade do trabalhador. Um dos trabalhadores se refere à cartilha contendo mais palavras, fica *“mais longe, porque tem muitas pessoas que não sabe ler”(T:3,2002)* e ao se referir à cartilha que contém a opção de imagens diz: *“é mais criativa”(T1,2001)*.

Outros trabalhadores respondendo à mesma questão, referem-se à opção pela cartilha que apresenta mais imagens diz:

“[...] É mais clara”(T:3,2002).

“[...] O cara leu aquilo ali e entendeu a mensagem através do desenho e de poucas palavras”(T:1,2002).

“[...] É justamente mais real.”(T:3,2002).

“[...] O resultado é maior se reunir as duas (o formato do cartaz com as imagens da cartilha)”(T:4,2002).

Nesse estudo, constatamos que a realidade posta em imagens favoreceu uma maior identificação do sujeito-trabalhador com os conteúdos dos impressos relativos às suas condições de trabalho e de vida, possibilitando o confronto entre o prescrito e o real de forma crítica e participativa. Com o auxílio das imagens o pólo receptor não precisa se

preocupar em “decifrar” palavras que estão fora de seu repertório semântico e de sua cultura.

O relato de um dos trabalhadores demonstra esse argumento: “*é gostei muito dessa figura, (refere-se à figura da mão de um trabalhador com dermatose ocupacional) eu me vi aí. Pensei logo na minha mão*”(T:5,2002).

Verificamos se o uso de materiais educativos no formato de cartaz para um público não alfabetizado teria algum alcance. Obtivemos a resposta a seguir: “*Serve porque tem sempre um amigo que vai falar para ele o que está ali e ele vai sempre observar*”(T:02,2001).

Aqui nos parece que o pólo receptor atribui ao cartaz um papel de contribuir para o processo de troca de informações entre os trabalhadores e para o estímulo de reflexões sobre sua realidade. “Mas será que podemos considerar que esse tipo de produção impressa funciona como uma mediação na prática comunicativa dos programas ou como uma “prótese” nas relações entre esses núcleos?”

Para quem foram feitos os impressos ?

A avaliação do efeito de ofertas de mensagens impressas, produzidas para os trabalhadores da construção civil pretende analisar em que medida o pólo da recepção se identifica enquanto sujeito-receptor com as temáticas em debate. Assim, após os primeiros contatos com os impressos, iniciamos a leitura e as discussões de cada material, separadamente. A partir da pergunta referida acima, buscamos tornar visível *Quem* são os sujeitos, que constituem a prática comunicativa por impressos, em andamento nos programas e as relações estabelecidas entre eles.

Na avaliação dos materiais que se referem aos “trabalhadores em geral”, as respostas do pólo receptivo demonstram que os impressos dirigidos a públicos inespecíficos dificultam a identificação com o conteúdo das mensagens ofertadas. Esse dado revela que a não segmentação de audiência diminui a identificação do público diante das mensagens ofertadas, demarcando claramente as fronteiras entre os pólos da emissão e da recepção no processo comunicativo mediado. Alguns relatos dos trabalhadores demonstram isso:

“Mas então tem que ter um cartaz da categoria (dos trabalhadores da construção civil)”(T:4,2002).

“Essa aqui (refere-se à cartilha Passaporte da Cidadania) é pequena mas é ela é mais específica, direta ao trabalhador [...]” “Chama mais atenção, mostra mais coisas” (T:6,2002).

A partir dessa avaliação confirmamos a importância de se especificar a audiência. Dos impressos analisados, os que se referem à categoria “trabalhadores da construção civil” favorecem a identificação dos trabalhadores com as imagens e permitem o reconhecimento, nas mensagens impressas, de situações que condizem com a sua realidade.

A partir de Fausto-Neto (1999), consideramos que um dos fatores que contribui para essa identificação, do pólo receptor com as ofertas de mensagens, decorre do privilégio dado à segmentação de audiência de modo a valorizar as dimensões culturais, os aspectos semânticos e as estruturas simbólicas que constituem o contexto da recepção.

O que discutem os impressos ?

Apresentamos a seguir os resultados da análise de temáticas discutidas nos impressos e a avaliação dos trabalhadores sobre a pertinência e adequação dessas com as suas perspectivas e demandas.

Como vimos, a lógica emissional procura abordar, por meio das ofertas de mensagens impressas, temas relacionados com: 1) a notificação de doenças e acidentes de trabalho; 2) a divulgação institucional; 3) os direitos dos trabalhadores; 4) os agravos à saúde (riscos de acidentes e doenças no trabalho); e, 5) as medidas de segurança no trabalho, visando orientar, informar e prescrever normas ao pólo receptor para promover um debate ampliado de saúde.

Por sua vez, com o pólo receptor na discussão desses conteúdos foi possível contextualizar a visão que os trabalhadores apresentam de sua saúde, as possíveis relações entre saúde-doença com os processos de trabalho a que estão submetidos; e, os tipos de participação dos trabalhadores nas ações dos programas (como uma das possibilidades de análise do exercício da cidadania).

O presente estudo de recepção aborda duas questões discutidas centralmente nos grupos focais: a Saúde e o Controle Social. Como resultante desse exercício, confrontamos a seguir (ver quadros 02 e 03) as categorias empíricas, construídas a partir do estudo de recepção com trabalhadores com as temáticas tal como postas nos impressos. Agrupamo-las de acordo com os dois temas principais, referidos acima.

Quadro 02 – Abordagem da Saúde.

<i>Categorias empíricas nos impressos</i>	<i>Categorias empíricas no estudo de recepção</i>
Medidas de Segurança e Prevenção contra acidentes/doenças no trabalho.	Melhoria de condições de trabalho e de vida
Informação dos direitos	Cumprimento dos direitos

Quadro 03- Abordagem do Controle Social

<i>Categorias empíricas nos impressos</i>	<i>Categorias empíricas no estudo de recepção</i>
Inclusão dos trabalhadores nas ações de fiscalização	Não inclusão, na prática
Existência do controle social	Propostas de novas formas de organização do trabalhador.

a) A Saúde em questão

Medidas de Segurança x melhoria das condições de trabalho

A discussão sobre medidas de segurança/prevenção no trabalho foi mediada a partir da avaliação das cartilhas: “Passaporte para Cidadania”; “Dermatose Profissional na Construção Civil causada pelo cimento” e “Basta: Acidentes, Mortes e doenças do Trabalho”, (essa última sendo incluída na discussão apenas pela imagem aqui apresentada).

Iniciamos pela cartilha “Passaporte para Cidadania”. Essa cartilha propõe a apresentação de alguns itens da NR18 referentes as condições de trabalho relacionadas: com o direito a adequadas instalações físicas (refeitórios, dormitórios, lavanderias e sanitários); o direito à segurança no trabalho (uso de EPI); direito ao lazer. Objetiva informar e mobilizar o trabalhador para o cumprimento da norma. O estilo adotado na discussão desses temas foi a utilização de imagens e do discurso direto contribuindo para o confronto entre prescrito e real. Selecionamos algumas imagens que orientaram o debate:



Por que tenho que comer assim?



Se a NR-18 determina refeitórios amplos, arejados e limpos.

Mediante essas imagens os trabalhadores discutiram:

“[...] Um dia eu mandei a obra parar porque a empresa não estava dando café da manhã. E uma pessoa trabalhava há 50 metros de altura dizendo que estava tonta. Isso a empresa não gostou, mas acatou, que tinha que dar o café”(T:6,2002).

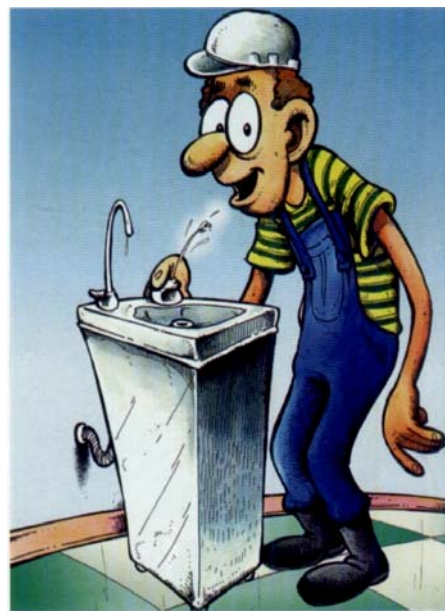
“[...] O peão toma um cafezinho puro em casa e vem trabalhar até 11 horas, arriscando dar uma tontura e cair de andaime, cair de uma escada e se machucar. Eu acho que tinha que ter alguém para ver isso”(T:4,2002).

“[...] A saúde começa pela refeição. Eu acho que a gente deveria ser melhor alimentado, alguém tinha que ver isso, ninguém vê.[...] Agora o cara trabalha o dia inteiro aqui, existe uma empreiteira aqui, que se o cara quiser comer uma quentinha daqui, o cara tem que desembolsar o dinheiro do bolso dele. Quer dizer o cara já não ganha quase nada, aí o cara ainda vai pagar a refeição ?”(T:3,2002).

Uma outra imagem que despertou interesse dos trabalhadores:



Por que matar a sede desse jeito?



Se a NR-18 determina que a água seja fresca, limpa e filtrada.

Os trabalhadores relacionam essa situação com o interesse do patrão se preocupar com as condições de trabalho e com a saúde deles:

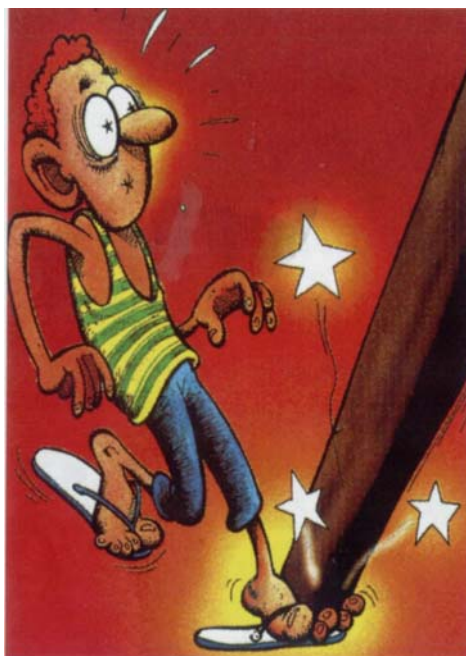
“[...] Tem patrão que se preocupa em cuidar do trabalhador, mas esse é um no meio de cem”(T:6,2002).

“Isso aí a gente vê em muitas obras, aqui não tem”(T:3,2002).

“Já trabalhei em lugar que era assim” (T:7,2002).

As discussões sobre as imagens que confrontam as condições de transporte, instalações sanitárias, lavanderias e dormitórios permitiram, de um modo geral, que os trabalhadores relatassem experiências em que trabalhavam sem a mínima condição, porém, confrontando com a realidade atual relatam que, em relação aos aspectos citados acima, a empresa oferece boas condições.

O debate prossegue a partir da imagem a seguir:



Por que tenho que viver perigosamente?



Se a NR-18 prevê uniforme e equipamentos de proteção.

O depoimento de um dos trabalhadores problematiza essa imagem e as discussões tornam-se mais enfáticas:

“[...]O patrão perguntou como é que vive na favela?[...]. Ali (o trabalhador) está bonitinho, depois ele vai para casa de chinelo, pegando ônibus cheio... são coisas muito difíceis de analisar.[...]Será que o importante é dar emprego e não cuidar dessa pessoa?”(T:6,2002).

Mediante a oferta de mensagens impressas que propõe a discussão da temática relacionada com as medidas de segurança/prevenção no trabalho, os trabalhadores avaliaram que as medidas de segurança protegem o trabalhador, mas devem ser adotadas tendo como base a melhoria e as transformações das condições de trabalho. Pois relatam que a preocupação do *patrão* recai sobre o uso do EPI, mas sem investir em condições de trabalho e treinar as pessoas sobre a utilização dos equipamentos de segurança e proteção no trabalho (tanto os individuais quanto os coletivos).

De um modo geral, os depoimentos referidos até o momento demonstram que para o pólo da recepção, a segurança no trabalho se relaciona com todos os aspectos ligados à vida do trabalhador em detrimento apenas de paramentá-los com EPI e EPC. Os trabalhadores relacionam as questões de transporte, moradia e alimentação como pontos essenciais para garantir a segurança e promover a saúde no trabalho. Identificamos, nessa concepção, por eles apresentada, um conceito ampliado de prevenção no trabalho e saúde que se fundamenta na inter-relação dos determinantes sociais com o processo de trabalho.

De certa forma, essa visão contrapõe-se às mensagens contidas nos impressos que, em geral, se restringem em demonstrar os efeitos dos produtos e dos ambientes de trabalho como fatores de interferência na saúde e os cuidados necessários para a proteção dos trabalhadores, ou seja, o uso de Equipamentos de Proteção Individual ou Equipamentos de Proteção Coletivos.

Podemos exemplificar essa contradição nas imagens a seguir:



De um modo geral, as imagens²⁶ vêm seguidas de algumas mensagens, vejamos:

“Para proteger sua pele, siga estas recomendações (:)(PST/MT-58) ”

“Evite trabalhar de bermuda.use calça comprida.trabalhar com sandália havaiana prejudica sua pele. Use bota de couro ou de borracha (PST/MT-58)”.

Tanto as imagens como os enunciados acima revelam uma tendência, por parte do pólo emissor, à responsabilização dos indivíduos quanto aos cuidados a serem tomados no processo de trabalho. Isso demonstra uma visão reducionista na abordagem dos processos saúde/doença relacionados com o trabalho e entrando em conflito com a visão e com as necessidades do pólo receptor.

Vemos a recorrência dessa visão quando no mesmo impresso, outra seqüência de mensagens (imagens/texto) que mostra as patologias adquiridas do contato direto com o cimento:

²⁶ Fonte:Impresso PST/MT-58



“A proteção das mãos e dos pés e a boa higiene são importantes para se evitarem estas dermatoses. Siga as recomendações aqui indicadas e boa saúde (PST/MT-58).”

Alguns depoimentos expressam a reação dos trabalhadores sobre essas imagens:

“[...] Se você, não se cuidar vai ocorrer isso com você”(T:4,2002).

“[...] Pensei em mim quando vi essa figura, isso pode acontecer comigo”(T:5,2002).

“[...]Eu já vi isso com um amigo meu, e foi por causa do cimento, ele não se preocupava em colocar a luva e nem a bota, na época nem tinha muito essas coisas de luva e de bota”(T:8,2002).

“Eu criei uma alergia porque tem que mexer o negócio (refere-se a massa) e lavar as mãos. O cara vai mexer num lugar que não tem água perto [...] água ali para você lavar ali a mão [...] para parar de se coçar”(T:9,2002)

De modo geral os materiais revelam uma prática educativa/comunicativa fundamentada na *culpabilização* do sujeito e uma concepção “alarmista” orientada para chamar a atenção do leitor, por meio, de mensagens que estimule o medo.

Essa tendência a culpabilização encontra ressonância no pólo receptor, quando um trabalhador refere-se sobre um acidente que ocorreu com ele e considera como sendo sua a responsabilidade.

“Eu já me acidentei no trabalho, numa serra. Eu diria que cinquenta por cento foi descuido meu”(T:4,2002).

Questionamos o trabalhador quanto aos outros “50%” de responsabilidade, obtivemos a seguinte resposta:

*“Isso daí eu acho que é do patrão, porque tem um bom tempo e não existia muito essa preocupação com o acidente, essa coisa toda. Ma realmente o acidente foi culpa minha. Porque na verdade, hoje você não pode ter uma serra circular sem que ela tenha aquela proteção - a polpa. Porque na grande realidade, aquilo ali não protege muito da gente se acidentarem naquilo não. Esta que é a grande verdade. **Só que no meu caso eu distraí mesmo, olhei para o lado, meti a mão na serra** (grifo nosso)” (T:4,2002).*

Consideramos que esse depoimento revela um pouco os aspectos da cultura do trabalhador da construção civil, que torna evidente o seu lugar nas relações sociais, que por sua vez, são relações de produção. Identificamos a tendência a se diminuir/inferiorizar e atribuir para si a responsabilidade de se acidentarem em vez de estabelecer uma articulação do acidente com outros fatores, por exemplo, as precárias condições de trabalho, a própria inadequação do equipamento e com a sua condição de vida. Há também implícito que, por parte do empresário o “patrão”, a tendência a não se responsabilizar com promoção da segurança no trabalho.

Dessa forma, o trabalhador apesar de ter o conhecimento da “falha” da serra, há uma negação desse saber. Para Dejours (1992) isso constitui um mecanismo de defesa para dar conta de viver sob aquelas condições de trabalho, pois reconhecer o acidente é tomar consciência do risco que vivencia todos os dias, o que resultaria em um sofrimento psíquico impossibilitando a realização do trabalho.

Sendo assim, a partir do depoimento acima, questionamos: “Até que ponto, a prática comunicativa dos programas, tem contribuído com a lógica da culpabilização/reponsabilização do trabalhador diante dos acidentes/doenças no trabalho?”

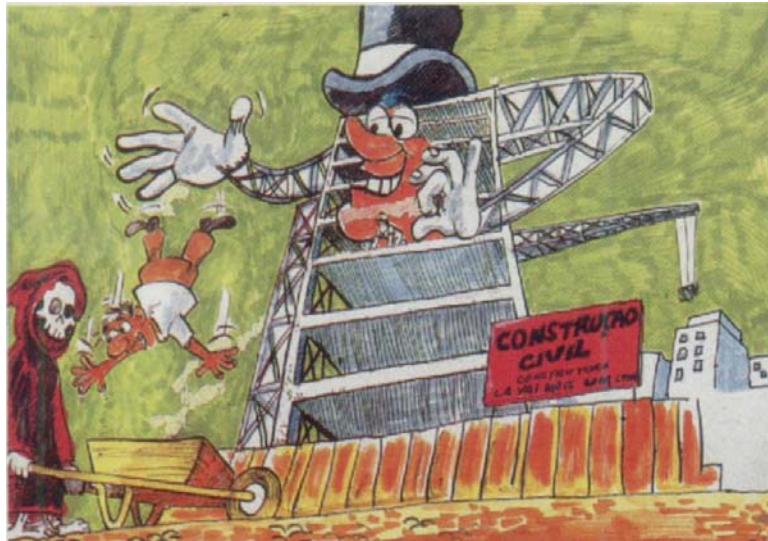
Assim, essa questão nos remete à importância de integrar nas propostas dos programas um debate sobre as questões relativas a prática comunicativa/educativa, na medida em que essa pode se constituir em um espaço que favoreça o questionamento do processo de trabalho e não apenas das condições de trabalho e/ou do uso de EPI/EPC, visando assim a um debate ampliado de saúde junto a trabalhadores.

Um outro fator levantado pelos trabalhadores, como determinante para melhoria das condições de trabalho é o fomento de uma política de educação e de capacitação para os trabalhadores. De modo que poderia contribuir para o entendimento, por parte do trabalhador, sobre a importância do uso de EPI e do manuseio e o controle dos EPC.

Segundo os relatos dos trabalhadores, o que adianta dar luvas, botas, cintos, instalar prancha e guias, se o trabalhador não sabe usar e nem manusear os equipamentos ? E ainda, muitas vezes nem os conhece, pois não fazem parte de sua cultura e seu modo de vida ? O depoimento abaixo explicitam essa contradição:

“As vezes um (trabalhador) vem do Nordeste e ele não tem o hábito de usar sapatos, quando ele chega aqui não há um estudo feito para o trabalhador (refere-se ao treinamento). Então é dito na gíria da construção civil, que aquela pessoa ele é um “barriga verde””. [...] Barriga Verde, que ele não sabe o que é uma obra, ele está vindo (do Nordeste) é acostumado a ver mato, capinar, aí chega numa obra o cara diz: Ó, calça uma bota! Dá uma bota para ele, com meia hora ele está andando de ponta de pé. Aquilo causa um problema na saúde dele. Se você o educasse a calçar a bota, como ele está mudando de hábito. Mas eu não vejo nenhuma empresa investir nisso, educar”(T:6,2002).

Essa discussão torna-se mais enfática quando um trabalhador introduz ao debate uma cartilha que traz a imagem a seguir:



O pólo receptor discute a partir dessa imagem²⁷ que é comum encontrar nos canteiros de obra trabalhadores que desconhecem o equipamento (a grua) ilustrado e outros que não sabem usar cintos mais sofisticados, o que contribui, segundo o pólo receptor, para favorecer acidentes. Alguns relatos exemplificam isso:

“[...] O trabalhador chega numa obra ele não sabe o que é uma prancha. E o risco que causa uma prancha é muito grave, não tem um grupo para ensinar, aí eu critico o sindicato”(T:4,2002).

“[...] É capaz da pessoa não saber nem colocar o cinto de segurança, aquele tipo para-queda.”(T:3,2002).

“[...] Esse tipo para-quedas é complicado mesmo”(T:2,2002).

Os trabalhadores atribuem essa situação ao pouco investimento, por parte dos empresários e também dos sindicatos, em uma política mais consistente de treinamento em segurança/prevenção no trabalho.

Os trabalhadores reconhecem essa ausência de uma política de educação como um descaso, uma desvalorização e uma forma de negar seu direito de cidadão e de sujeito-trabalhador. Como demonstra o depoimento a seguir:

²⁷ Fonte:Impresso PST/INTER-62

“Hoje na construção civil, o trabalhador é adulto abandonado [...]” “O trabalhador tem medo, tem vergonha”(T:6,2002).

“Somos os escravos da sociedade”(T:4,2002).

“[...] (o operário da construção civil) não se valoriza a se próprio. Por isso, que a gente vai cada vez piorando. Tem que se valorizar mais”(T:10,2002).

“[...] O pessoal que trabalha em obra muito tem vergonha até de dizer que trabalha em obra”(T:6,2002).

“[...] É porque a obra tem aquela cultura que o operário da construção civil é um pessoal sem conhecimento, muitos analfabetos. Então as pessoas acham que são inferiores”(T:3,2002).

“[...] Porque se acostuma com a miséria. Não tem direito, ele acha que o falar... Foi dito aqui na primeira reunião, que a pessoa tem medo de falar, à vezes fala errado...”(T:6,2002).

Esses depoimentos nos revelam uma questão estrutural intrínseca às relações de produção que se refere à condição de assujeitamento via “desqualificação” e “desvalorização” do saber do operário às imposições da sociedade capitalista. Nos relatos acima, os trabalhadores colocam que a educação poderia ser um auxílio/instrumento para a adesão dos trabalhadores ao uso de EPI/EPC, demonstrando a reprodução da lógica utilitária da educação, isto é, recorre-se as metodologias educativas para reproduzir a racionalidade do poder hegemônico: EDUCAR para INSTRUIR para PREVINIR e para PRODUZIR. Isso permite a reprodução e perpetuação do conflito entre as relações sociais.

Por outro lado, quando os trabalhadores evidenciam a situação de abandono e escravidão a que estão submetidos, demonstram com clareza o conflito das relações sociais de produção que demarcam com precisão o acesso a bens e ao consumo. Infelizmente em nossa cultura, o acesso aos direitos essenciais de qualquer cidadão entre eles educação e saúde, ficam restritos a uma parcela da população que possui melhores condições econômicas. De modo que educação e saúde são direitos somente de alguns apesar dos discursos oficiais circularem informações de que é “para todos”. Fica a pergunta: “Para todos quem: cara pálida !”

Um outro aspecto apontado como um entrave para as ações de treinamento é a terceirização. Como explicado por um trabalhador:

“O treinamento que está faltando, isso é culpa dessa terceirização que houve na construção civil. Porque, antigamente, a empresa tinha um técnico de segurança do trabalho. Três vezes na semana o cara vinha, chegava de surpresa, você estava sem equipamento, ele botava pra descer na hora.. É tinha sim. Além disso, nós tínhamos um operário dentro da obra da área de risco para alertar o funcionário: Ó, você não vai trabalhar sem capacete não! Ó, sua bota está rasgada, desce lá em baixo. Nós já tivemos dentro da obra muito tempo isso. O cara ficava o dia todo”(T:4,2002).

“[...] Tivemos a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidente). Hoje não tem, a maioria é tudo terceirizada”(T:3,2002).

A terceirização impede o incremento de uma política de treinamento e dificulta a organização dos trabalhadores para reivindicações de melhores condições de trabalho e de vida. As terceirizações, contribuem para o enfraquecimento da consolidação do movimento sindical e a desmobilização dos trabalhadores, pois a diversidade de vínculos e empresas contratantes dificulta e por vezes inviabiliza uma ação integrada e continuada por parte das esferas comprometidas com as relações entre trabalho e saúde.

Portanto, fica a questão: “Como pode se pensar em discutir a Saúde partindo de uma racionalidade que sustenta os conflitos das relações de produção, restringindo Saúde à adoção de artefatos tecnológicos para garantia de segurança no trabalho e para a cura de doenças ?”

Informação dos direitos. X O cumprimento dos direitos

A problemática dos direitos dos trabalhadores foi abordada com mais cuidado na avaliação da cartilha “Passaporte da Cidadania”. Esse impresso propõe que o trabalhador a partir da interação com esse material conheça os direitos assegurados pela Norma Regulamentadora 18 – NR-18 e possa se organizar para fazer cumprir esse dispositivo legal.

Essa temática foi abordada de forma direta, pela opção de imagens que permitem contrapor: o que é previsto por lei X a realidade do cotidiano do trabalhador. Isso favoreceu uma aproximação e identificação imediata do pólo receptor com as discussões propostas pelas mensagens impressas.

De um modo geral, as discussões dos trabalhadores relacionam, como uma questão de saúde no trabalho e um direito, a garantia de possuírem a carteira de trabalho assinada. Como explicitado a seguir:

“A pessoa não ter carteira assinada, o cara se preocupa que não tem direito a nada dessas coisas, tudo é preocupação para ele”(T:2,2002).

“[...] Para um operário a carteira assinada é tudo”(T:3,2002).

“ [...] A preocupação é o pior mal que você pode ter [...] e gera doença”(T:2,2002).

“[...] Se o cara tiver um acidente com afastamento do trabalho, o cara não vai ter seguro (quando não tem carteira assinada)”(T:9,2002)

“(refere-se à carteira assinada) É uma segurança [...] o cara se sente seguro”(T:7,2002).

Essa preocupação foi central nos discursos dos trabalhadores, ao passo que, nas mensagens ofertadas tais questões relacionadas com os vínculos empregatícios sequer entram como pontos de discussão.

Questionamos a importância de se incluir essa temática nos temas dos impressos produzidos pelos programas. Obtivemos a seguinte resposta:

“[...] Agora essa cartilha que você está falando aí, da importância da carteira assinada para o trabalhador, eu acho que isso deveria ser feito num cartaz e colocado lá para os fiscais, está entendendo?”(T:1,2002).

Esse depoimento evidencia o descrédito dado aos fiscais do poder público que atuam no âmbito da regulamentação da legislação trabalhista. E por outro lado, há implícito nesse discurso, a denúncia do não cumprimento de um dos direitos previstos na própria NR-18

que é o de possuir a carteira assinada. Fica a questão: “Que Passaporte da Cidadania é esse?”

b) O controle social

Inclusão dos trabalhadores nas ações de fiscalização X Não inclusão

A temática do controle social decorre da avaliação dos cartazes: “Programa de Saúde do Trabalhador” e “Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador”, ambos produzidos por um dos PST-RJ.

De um modo geral, os trabalhadores consideram importante a sua participação nas ações de fiscalização dos ambientes de trabalho promovidas pelas instâncias que efetivam essa prática.

Dessa forma, buscamos, mediante o confronto com as mensagens impressas nos cartazes, acima referidos, identificar se essa participação ocorre. Perguntamos aos trabalhadores se já haviam participado das ações de fiscalização dos Programas de Saúde do Trabalhador (SUS) pertencentes ao Ministério da Saúde.

De um modo geral, a resposta foi que sequer conheciam esses programas, apenas um trabalhador relatou que conhecia um dos PST do Estado do Rio de Janeiro, devido sua inserção há um tempo atrás na diretoria do Sindicato da Construção Civil, momento em que teve a oportunidade de participar de discussões e propostas do programa. Alguns relatos demonstram essa situação:

“Bom até hoje eu não conhecia, até hoje eu não vi, a gente precisa conhecer”(T:4,2002).

“[...] (refere-se aos PST) Porque a gente só tomou ciência foi agora, a partir dessa reunião. Porque se você falasse com a gente na rua: Você sabe que existe, ninguém sabia”(T:3,2002).

“[...] O Programa Saúde do Trabalhador, é novo isso aí”(T:6,2002).

“[...] Nunca tivemos articulação nenhuma”(T:4,2002).

“[...] Para usar esse programa deve ter que pagar. Deve ser, assim, igual um plano de saúde”(T:11,2002).

Esses relatos evidenciam, de um lado, o desconhecimento da existência da atenção à saúde do trabalhador no SUS, seja por meio do acesso dos trabalhadores diretamente aos PST ou pelo atendimento na rede básica de saúde. De outro, há implícito nesse discurso, o pouco acesso ao SUS, na medida em que associa o acesso ao PST à rede privada, pois enquanto um programa dirigido para o trabalhador ainda não está ao seu alcance, isto é, não faz parte de sua vivência relacionada com a saúde pública. Pois o que eles conhecem como atendimento do SUS, não é exclusivo para o trabalhador. Assim, fica evidente a pouca efetividade dos princípios da universalidade, integralidade e equidade na prática dos serviços de saúde.

As discussões permitiram esclarecer sobre o funcionamento e propostas dos programas. De um modo geral, os trabalhadores demonstraram interesse e apoio às idéias-chave preconizadas para o desenvolvimento da atenção à saúde do trabalhador pelo setor saúde. Isso é demonstrado na fala de um dos trabalhadores:

“[...] Eles tem participar mais com gente. [...] Eu acho que até eu não vi, eu não conheço e a gente precisa conhecer. Esse poder precisa sair da capa, vamos dizer assim, sair de onde está e vim junto ao operário”(T:4,2002).

Em relação às discussões sobre o controle social por meio das mensagens contidas nos cartazes, podemos apreender dos relatos dos trabalhadores que eles não conhecem esse mecanismo de participação coletiva nas ações de saúde do trabalhador. Retomaremos essa discussão na categoria Existência do Controle social X Propostas de novas formas de organização dos trabalhadores.

Os trabalhadores mencionam, com muita frequência, as intervenções do Ministério do Trabalho, avaliam que sua participação nas ações de fiscalização do MT não ocorre e apresentam certo descrédito ao trabalho realizado pelos fiscais que atuam nesse órgão.

“Ele (refere-se ao fiscal do MT) tinha a obrigação de chegar para o trabalhador: Como é que você está?”(T:4,2002).

“[...] Quando ele chegar na obra eles devem também procurar o operário”(T:3,2002).

“[...] Agora sinceramente cara, eu não confio mais no Ministério do Trabalho, até na terceirização eles são culpados”(T:4,2002).

“[...] **O Ministério tinha que participar mais com o operário, tinha que participar, saber o que está havendo dentro da obra. O Ministério tem que participar, não está participando** (grifos nossos)”(T:4, 2002).

Esses depoimentos evidenciam as contradições que sustentam a prática de fiscalização em saúde, seja a desenvolvida pelo Ministério da Saúde (PST) ou pelo Ministério do Trabalho, pois, como mudar os ambientes ou processos de trabalho deixando à parte – “fora de” àqueles que têm o domínio e o conhecimento da realidade, do saber fazer e dos processos de trabalho que estão submetidos ?

Todavia a tendência do pólo emissor é a de nas ofertas das mensagens impressas, tratar como se fosse uma prática do cotidiano dos PST a participação do trabalhador, por meio dos conselhos, instância que representa o controle social.

Atribuímos que essa contradição se relaciona, entre outros motivos, com o fato do pouco investimento no setor saúde, em especial, na atenção à saúde do trabalhador, pois, em geral, os PST funcionam com um número restrito de profissionais o que impossibilita a ampliação dos serviços na rede e ações mais continuadas junto aos trabalhadores.

Existência do controle social X propostas de novas formas de organização do trabalhador

A problematização do controle social surge a partir do contato dos trabalhadores com os cartazes referidos no item anterior, por meio de mensagens que abordam a atuação do controle social em diversos ramos produtivos, entre eles, o da construção civil.

No primeiro momento, o que mobilizou mais a atenção dos trabalhadores foi uma fotografia de pessoas que compõe o Conset, ou seja, os representantes do controle social. Vejamos os efeitos, ou seja, os sentidos produzidos pelo pólo receptor:

“Mas isso aí só existe no cartaz, eu nunca ouvi falar. [...] Primeiro, eu acho que eles se organizam entre eles mesmos. [...] É aquelas pessoas que vivem nos comes e bebes, no meio da elite.[...]“Isso aí é igual festa de bacana, pobre chega na porta e volta”(T:6,2002).

Mediante esse relato, novos debates foram acrescentados sobre o que é o Consest. Surgem algumas perguntas:

“No caso o cara vai procurar esse conselho aí, ele tem que ser sindicalizado ?”(T:11,2002).

“Deixa eu falar uma coisa. Por exemplo, uma pessoa que trabalha na construção civil, ela sofre um acidente e a empresa não acata com a sua doença, uma lesão que ele causou dentro da construção civil. Se ela procurar esse conselho, ele vai ter resultado ou ele vai lá só para ver (as pessoas) palestrar ou comes e bebes ?”(T:6,2002).

“Só que o operário da construção civil só pode participar se ele procurar também, né.”(T:11,2002).

Esses relatos demonstram o desconhecimento sobre a existência do Consest e de suas atribuições. Há implícito, nesses discursos, a pouca credibilidade conferida à atuação dos representantes do conselho e o poder de resolução frente às demandas trazidas por trabalhadores.

No decorrer da discussão um outro trabalhador explica o que é o Consest, relatando sua experiência em uma das ações de vigilância em saúde do trabalhador realizada pelo conselho:

“[...] Eu participei do conselho, eu estava no sindicato na época. A gente veio aqui no Maracanã e a condição dos trabalhadores era muito ruim.[...] Não tinha um diretor da construtora para assinar o auto de atuação que o conselho fez. Mas ele (secretário de Lazer e Cultura) foi para lá interpelar (o nome de um dos componentes da intervenção). [...] essa atuação, isso aqui é uma coisa que acontece. Agora no nível da cidade do Rio de Janeiro, eu não sei o que acontece”(T:12,2002).

O mesmo trabalhador, preocupado com o entendimento a respeito do conselho avalia, já ao final do encontro que:

“ [...] Aqui eu percebi que algumas pessoas pensam que o conselho é como se fosse uma agência, um hospital que eles vão lá para serem atendidos. O conselho é para pensar política de saúde. [...] (o papel do conselho) não está claro porque o conselho não consegue sair daquela sala, eu acho que o conselho não se faz presente”(T:12,2002).

Esses depoimentos evidenciam que apenas um dos trabalhadores que participaram do estudo de recepção conhece o Consest, sendo esse contato fruto de sua inserção na diretoria do sindicato. Vale destacar que, no grupo de recepção, contamos com mais dois trabalhadores que já fizeram parte da diretoria do sindicato, e , mesmo nessa oportunidade, eles não conheceram o trabalho desenvolvido por essa estrutura de controle social. Isso torna evidente o pouco alcance desse mecanismo de participação coletiva nas ações de saúde do trabalhador, junto aos segmentos que representam.

Consideramos que essa situação se relaciona a várias dificuldades enfrentadas pelo movimento sindical ao longo da década de 1990, entre elas, as questões referentes à organização e mobilização dos trabalhadores na luta pela melhoria das condições de vida em geral. No cenário atual os debates que ocupam os interesses das diversas categorias de trabalhadores são os que dizem respeito ao acesso do trabalhador no mercado de trabalho formal, a garantia do cumprimento da legislação trabalhista frente ao aumento das terceirizações, entre outros. Restringindo a procura por parte dos sindicatos aos órgãos/conselhos que atuam nas relações entre trabalho e saúde, de modo que a saúde fica a parte na pauta dos sindicatos.

Um outro fator que contribui para essa visão atribuída ao Consest - “*gente dos comes e bebes*”, foi a utilização da fotografia dos atores que representam essa instância. De um lado, o pólo emissor atribui a esse recurso um motivo de aproximação com o pólo receptor, como expressa um de nossos entrevistados: “*uma coisa que usei e foi tuchê foi a fotografia. [...] Quando eu dou uma palestra que eu mostro esse retrato do Consest os trabalhadores identificam (o nome de um sindicalista), identificam os trabalhadores, os técnicos, identificam alguém (E:01-PST/RJ)*”.

De outro, a partir da avaliação junto com os trabalhadores, esse recurso, a nosso ver, funcionou como um divisor entre os pólos comunicativos, pois os trabalhadores não reconheceram esses atores como “trabalhadores-representantes” de sua categoria e

consequentemente de seus interesses, acentuando o distanciamento entre os pólos da emissão e da recepção.

Avaliamos, a partir do ponto de vista dos trabalhadores, se a utilização de fotografias consistia em um problema, ou seja, num impeditivo para aproximação entre os interlocutores no processo comunicativo mediado. Apresentamos um outro impresso, que contém fotos de trabalhadores em seus postos de trabalho realizando várias atividades. A estratégia de utilizar fotografias de contextos de trabalho mais próximos do cotidiano do trabalhador, teve um efeito positivo junto ao pólo receptor, despertando a curiosidade e o interesse no contato com o material.

Um outro elemento importante a se destacar sobre a utilização de imagens refere-se ao cartaz “Programa de Saúde do Trabalhador” no qual o controle social aparece representado na imagem a seguir:



Perguntamos aos trabalhadores o que essa figura significava para eles. De um modo geral, os trabalhadores não reconheceram que essa imagem representasse o controle social.

As interpretações foram diversas, vejamos:

“Parece até uma equipe de vôlei”(T:6,2002).

“ Está tudo desnutrido ” (T:10,2002)

“Mostra um monte de gente indo para um lugar só”(T:6,2002).

“Mas não mostra gente não, mostra uns robzinhos”(T:3,2002)..

“Isto é um esqueleto humano?” (T:7,2002)

“A fila do INPS aí ? Ou não ?”(T:4,2002).

“Para mim está me lembrando uma família”(T:7,2002).

“Um soldado marchando”(T:10,2002).

Mediante essas relatos discutimos que o propósito dessa imagem era o de representar o trabalhador, especificamente, o controle social. Os trabalhadores relataram que essa idéia não ficou clara e apresentaram algumas sugestões:

“Se fosse para representar o trabalhador, devia por uma enxada no ombro e uma foice”(T:1,2002).

“Mas isso é um trabalhador rural” (T:3,2002).

Diante dessa discussão, perguntamos como seria possível representar o trabalhador da construção civil, a resposta foi:

“Mostra um cara com uma picareta”(T:2,2002).

Identificamos a partir desses relatos, que os ícones:28 “fotografia” e os “bonequinhos” utilizados como um recurso midiático, pelo pólo emissor, para representar o controle social e buscar uma aproximação com o público, de trabalhadores, produziram, no pólo receptor, efeitos e sentidos diferentes dos esperados pelo pólo emissional.

Nesse sentido, temos que a fotografia dos atores que compõem o Conset e os “bonequinhos”, considerados elementos de representação, não se constituíram em “*objetos referentes*”, ou seja, “*que faz referência a*” (Bordenave,1982) no caso, a idéia de controle social. Desse modo, essas imagens não formam elemento de um “*signo*” (aquele proposto pelo pólo emissional), assim, não constituem um “*significado*” da idéia de controle social.

De acordo com Bordenave (1982: 67) “*o significado dos signos não está nos próprios signos, nem nos objetos, mas nos conceitos ou imagens formados na mente das pessoas*”.

A partir dessa conceituação apreendemos dos relatos dos trabalhadores outros significados possíveis frente ao contato com esses ícones. De um lado a fotografia dos atores que constituem o Conset representa “*feira de bacana*” e “*gente do comes e bebes*”,

28 De acordo com Netto (2001:58), o ícone “*é um signo que tem alguma semelhança com o objeto representado*”.

o que evidencia as diferenças existentes nas relações sociais de produção, de modo que os trabalhadores não se incluíram como uma das partes desse segmento social e não os legitimam como representantes de seus interesses.

Em relação ao ícone dos “bonequinhos”, as semelhanças estabelecidas, pelo núcleo receptor, giram em torno da representação dos “bonecos” serem “humanos”, e aí associam a eles elementos da realidade, entre eles: “*está desnutrido*”, “*parece uma família*”, “*uma equipe de vôlei*”. Essas expressões dizem respeito ao campo semântico e cultural no qual estão inseridos, ou seja, temas como desnutrição, família e esporte estão mais próximos e ligados ao seu contexto de vida do que a questão do controle social como a apresentada no cartaz.

Por outro lado, as interpretações da esfera receptiva: “*Mostra um monte de gente indo para um lugar só*”; “*Mas não mostra gente não, mostra uns robózinhas*”, nos sugere que no imaginário, do pólo emissor, a idéia do “trabalhador em série” e de “homem máquina”, decorrente da forte cultura midiática das décadas de 1930 e 1950 pautada no modelo transferencial, em que surge os conceitos de “*massa*” e “*grupos*” (Fausto-Neto,1999).

De acordo com Fausto-Neto (1999) e Sousa (1995) entre as décadas de 1930 e 1950 dominavam os modelos comunicacionais fundamentados nas abordagens funcionalista e a de estruturas marxistas as quais, apesar das diferenças conceituais, apresentavam em comum a importância dada às instituições midiáticas, nas palavras de Fausto-Neto (1999: 3) “*atribui-se a comunicação um poder representacional, espécie de ‘cadeia de transmissão’ a divulgar junto às classes dominadas o projeto das classes dominantes*”.

Nesse sentido, o interesse era o de preservar e alavancar o modo de produção capitalista, para isso, várias imagens de trabalhadores nas fábricas andando em fila, formaram o imaginário coletivo dos anos pós- revolução industrial, um exemplo dessa cultura, é o filme *Tempos Modernos de Chaplin*. Assim, consideramos que o projeto emissional dos programas apresenta semelhanças com o modelo transferencial que tem como objetivo a comunicação de massa. Para Cardoso (2002) esses modelos ainda hegemônicos, são utilizados pelos trabalhadores de saúde, mesmo sem intencionalidade.

Portanto, consideramos que a estratégia de utilização de imagens, utilizada pelo pólo emissor, para aproximar do público, de trabalhadores, fracassou na medida em que não se estabeleceu a construção de um significado comum do que seja controle social por meio da visualização dos ícones apresentados.

Um outro fator que contribui para o descrédito, por parte dos trabalhadores referente ao controle social, está na pouca legitimidade conferida ao sindicato da categoria. Vejamos alguns depoimentos que explicitam a visão que os trabalhadores apresentam sobre o sindicato da construção civil:

“Eu fui ao sindicato duas vezes para receber indenização”(T:7,2002).

“Que existe eu sei, porque eu pago todo mês, vem descontando do meu pagamento”(T:8,2002).

“Olha eu gostaria de conversar com pessoa que tivesse poder e autoridade para resolver parte de nossos problemas. Mas (o sindicato) não tem poder é lamentável é lamentável, autoridade que não tem poder para mim não é autoridade”(T:4,2002).

“Falta confiança né seu (nome do trabalhador) muita gente não acredita”(T:10,2002).

Apreendemos desses relatos que os trabalhadores conhecem o sindicato, ou melhor, matém uma relação com essa instância representativa, apenas para o pagamento da contribuição sindical descontado diretamente em folha pagamento ou no ato do cancelamento contratual. Segundo os relatos do pólo receptor, não há por parte do sindicato da categoria, uma aproximação maior com os trabalhadores. Isso favorece, a nosso ver, para que os trabalhadores não se sintam representados por seus pares e, em decorrência disso, não identificam de imediato os trabalhadores que atuam no Consest como possíveis parceiros na luta por melhores condições de trabalho e de vida.

Um fato relevante proveniente das contradições do movimento sindical, explicitadas pelos trabalhadores, foi à discussão de propostas de novas formas de organização sindical. As idéias centrais partiram de um dos sindicalistas presentes e outras foram surgindo no decorrer da discussão. Optamos por reproduzir alguns depoimentos na íntegra devido à importância dada a essa discussão.

O debate tem início quando o sindicalista narrando uma história de luta por melhores condições de trabalho, na década de 1970, relata o processo da greve que liderou e os resultados obtidos. Finaliza sua narrativa com a seguinte fala:

“Isso aí (refere-se ao movimento corpo a corpo das greves da década de 1970) já era, já acabou. Agora temos que fazer ó (aponta para a cabeça) usar a cabeça, usar isso que está aqui dentro (refere-se à inteligência) [...] a gente tem que pensar, tem que pensar. Nós trabalhadores temos que pensar como é que vamos juntar todo essa nossa experiência. Aqui por exemplo, se juntar todo mundo vai dar uns 100 ou 200 anos né ?”(T:12,2002).

Começa a perguntar a cada trabalhador quantos anos têm de experiência de trabalho. Ao final das respostas, diz: *“[...] então juntando tudo isso, dá quase 100 anos. E (temos) que juntar toda essa experiência e a gente começa a negociar. [...] O problema é que a gente tem que descobrir essa coisa, essa força da gente, porque a gente é muito bom para brigar entre nós, para brigar entre nós é uma beleza, fazer piada, mas para juntar...”(T:12,2002).*

Continua seu relato sobre a classe operária:

“[...] Nós trabalhadores temos que nos organizar, quando o MT vem aqui, os trabalhadores que não estão avisados, as lideranças que operam aqui dentro do canteiro, têm que chegar rapidamente, chegar perto do MT. Agora esse risco de perder o posto de trabalho ele pode ser contornado, mediante as pessoas na hora chega, (tem que chegar) em grupo, não pode ser sozinho. Esse que é o desafio da CUT. Aí é que está o atraso entre os trabalhadores brasileiros e os trabalhadores na Europa. Os trabalhadores na Europa, eles estão organizados por local de trabalho. [...] Quando a gente fala em organização por local de trabalho é porque o cara, o diretor do sindicato, ele não pode afastar do local de trabalho. [...] Porque quando o cara vai para o sindicato aí muda a relação, é o trabalhador que tem que procurar ele. Então nisso dele ir para o sindicato ele perde o contato com o conflito” (T:12,2002)..

A esse respeito o sindicalista relata um plano que está sendo elaborado uma proposta de uma política de segurança no trabalho que foi apresentada no Sindiscon, na ocasião do grupo de recepção:

“A Comissão Permanente Nacional das Normas Regulamentadoras (NRs) está com uma proposta de mudança da configuração da equipe da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho -Cipa. Para a construção por canteiro de obra, de uma espécie de Comitê de Segurança. Comitê de Segurança e Saúde do Trabalho. Esse comitê vai ser composto por três pessoas, um representante da empresa, um representante dos trabalhadores.[...] Esses comitês vão ter que gerir os processos de saúde no local de trabalho. Não é só cinto, bota e capacete e sim processo de saúde. [...] Por que é uma vergonha as taxas de acidente no Brasil [...] o Brasil não tem uma política de segurança.”(T:12,2002).

Um outro trabalhador sindicalista, intervém:

“[...] Mas acontece se não tiver uma fiscalização rigorosa do MT, não vai acontecer nada. Porque os empresários não querem. Eles querem construir barato, escravizar mão-de-obra, (querem) a terceirização (pois) vem para cá os trabalhadores e não assina carteira de ninguém. Então companheiro não adianta formar Cipa para cuidar de nossa segurança, mas não cuidar de nossos direitos”(T:4,2002)..

O sindicalista responde:

“Não existe nenhum avanço que vá se dar na melhoria das condições de trabalho e até das relações entre patrão e empregado, que não vá por uma luta.[...] (pois sabemos que) há uma cultura na construção civil de perversidade, de injustiça, de espancamento” (T:12,2002).

Um outro trabalhador intervém:

“[...] A gente não acredita no nosso potencial, a gente se acomoda.[...] A gente precisa de uma injeção de ânimo, que a gente não tem. A gente fica muito acomodado, acha que nada vai mudar, que vai ser difícil. Então prefere não lutar por isso. Mas a gente sabe que tem que lutar, né, não tem jeito”(T:10,2002)..

O conhecimento da existência de experiências de um debate desta ordem em de canteiros de obras não é freqüente entre profissionais de saúde ou saúde do trabalhador, a não ser quem tenham tido a oportunidade de se engajar em trabalhos participativos junto à trabalhadores.

Experiências que incluem o trabalhador na produção de impressos

A experiência de prática comunicativa/educativa como fonte de integração com trabalhadores e problematização da realidade na produção de impressos foi encontrada em apenas dois casos ao longo de nossos levantamentos. As duas experiências foram desenvolvidas em programas pertencentes ao Ministério da Saúde.

De um modo geral, essas experiências apontam uma tendência a enfatizar tanto o processo quanto o produto, fazendo do momento da produção, um momento de troca de experiências, valores e de saberes entre técnicos e trabalhadores, afim, de produzirem um novo conhecimento a respeito da temática em debate. E, posteriormente, materializar, essas discussões, em um produto, seja no formato de vídeo ou de impressos.

Uma dessas experiências, é a parceria do sindicato dos bancários de Santo André com o PST de Santo André/ SP. Nessa parceria buscou-se produzir, de forma conjunta, uma cartilha sobre Lesões por Esforços Repetitivos – Ler e um vídeo sobre Qualidade de Vida na Saúde do Trabalhador, que aborda também a temática relacionada a Ler/Dort. Vejamos os depoimentos a seguir:

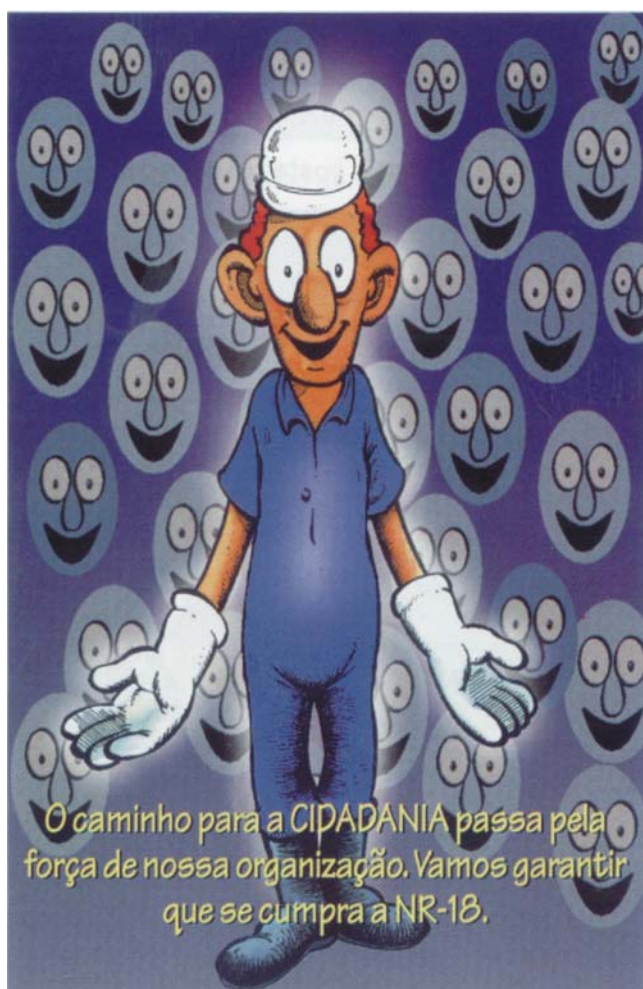
“Tem um filme que a gente fez junto com o pessoal dos bancários, para discutir a qualidade de vida e saúde do trabalhador. Como é que é a qualidade de vida e a saúde do trabalhador ?[...] É um filme que a gente mostra o cotidiano do trabalho, até de forma ligh, os riscos que acontecem no ambiente de trabalho. Um vídeo de 15 a 10 minutos, que fomos nós da equipe que pensou fez o roteiro” (entrevista, PST-AS/SP, 2001).

“Foi feito uma cartilha junto com os trabalhadores. [...] Então assim, é diferente de você imaginar qual é linguagem que o trabalhador vai entender. É diferente de eu fazer uma imagem, cada um fazer uma imagem, a gente vai trabalhar em cima do real. Então

cada pedaço é assim, vamos testar juntos, esta forma, com é que é ? O que vocês acham ? Vamos avaliando no processo” (E:03-PST/SP, 2001).

Mencionamos a experiência do CESTE/ FIOCRUZ na elaboração de um material educativo/informativo, no formato de impresso, junto a merendeiras e serventes da rede estadual de ensino do Rio de Janeiro (Santos *et al*, 2000). Esse trabalho primou pela construção conjunta entre trabalhadores, alunos e pesquisadores de um material que fosse ao mesmo tempo educativo e informativo, privilegiando o processo, como uma estratégia para favorecer ação educativa por meio da troca de experiências entre os núcleos comunicativos. Um outro interesse, era o de cuidar para que *o produto*, pudesse ser um veículo de informação e proporcionasse reflexões a cerca da realidade daquele público específico, no caso, das merendeiras e das serventes (Sousa *et al*, 2002).

CAPÍTULO VI - Conclusões



Fonte: Impresso PST/INTER-80

A compreensão da história dos programas de saúde do trabalhador possibilitou identificar os principais impasses e desafios referentes à implantação da atenção à saúde do trabalhador no SUS, entre eles:

- A implantação da atenção à saúde do trabalhador no SUS amplia as possibilidades de intervenção sobre o processo saúde e doença relacionado ao trabalho, a medida que busca integrar nas práticas instituídas pelos programas, a intersetorialidade e a participação do trabalhador nas ações dos programas;
- A não inclusão dos PST no organograma e no planejamento orçamentário das secretarias de saúde compromete a legitimidade e a institucionalização de ações de saúde do trabalhador na rede de serviços públicos;
- Existe pouca capacidade instalada referente à manutenção das equipes dos programas e as instalações físicas e equipamentos;
- As práticas adotadas nos programas apresentam uma visão curativa e intervencionista para gerar saúde, ou seja, partem da identificação da doença nos locais de trabalho ou no próprio indivíduo para promoção de ações de saúde após o episódio gerador de risco;
- A efetividade dos princípios da universalidade e integralidade ao acesso a saúde pública não acontecem como preconizados pelas diretrizes do SUS uma vez que as ações de saúde do trabalhador ainda são centralizadas nos programas e nos centros de referência. Ainda são poucos os profissionais da rede de serviços públicos que incluem em sua prática uma atenção às relações entre saúde e trabalho;
- A prioridade dada às ações dos PST se concentra na vigilância em saúde do trabalhador, na assistência e na capacitação de equipes sobre temas relativos a saúde do trabalhador.

- As ações são planejadas a partir de demandas dos trabalhadores - por meio do sindicato e ou individualizadas – e/ou do levantamento epidemiológico, dos dados da assistência, da fiscalização dos ambientes de trabalho e após um evento sentinela provenientes dos serviços de saúde pública.
- Os níveis de participação do trabalhador nas propostas dos programas são restritos e geralmente, mediados por superestruturas – os conselhos de saúde do trabalhador.

Considerando alguns dos principais aspectos históricos dos PST é possível concluir que as práticas de comunicação/educação em saúde não fazem parte das prioridades dos programas e, de um modo geral, ocorrem de maneira restrita, pontual e pulverizada.

Desse modo, o processo comunicativo em andamento nos programas apresenta as seguintes perspectivas de comunicação/educação:

- Como um instrumento de reprodução ideológica do Estado. Utiliza-se dos recursos midiáticos para a difusão e transmissão das principais ações e propostas dos programas junto a população para favorecer: 1) a institucionalização da atenção a saúde do trabalhador no SUS; 2) impulsionar o processo de democratização do setor saúde na garantia do desenvolvimento social; 3) informar sobre o processo saúde e doença; e, 4) mobilizar os trabalhadores para que participem das ações de saúde do trabalhador. Tais ações visam garantir a política de promoção de saúde.
- O pólo emissor apresenta uma preocupação acentuada com o *produto* relativo aos aspectos de adequação da linguagem, estilo e formato, de modo que um maior número de informações circule entre diferentes públicos. Além disso, atribuí-se o sucesso ou fracasso das práticas educativas/comunicativas aos recursos financeiros aplicados aos recursos audiovisuais, editoração gráfica e aos aspectos quantitativos e distributivos dos mesmos;

- O processo de produção de materiais educativos/informativos é *linear e verticalizado* com definição clara dos níveis hierárquicos, além de privilegiar as formulações do pólo emissor;
- É atribuída ao *especialista* de comunicação social a responsabilidade de desenvolver projetos e ações educativas/comunicativas. Associado a esse fator, identifica-se a fragmentação na produção dos materiais educativos/informativos, pois quem planeja não é quem elabora o texto e nem quem faz a produção final (arte gráfica) – por sua vez, esta é realizada por outro setor;
- Como uma estratégia de articulação com outros segmentos sociais na produção de materiais educativos/informativos, encontramos a iniciativa das instâncias dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e de alguns PST do Estado de São Paulo que se associam em parcerias com diversos sindicatos favorecendo a prática da *intersetorialidade*.

Verificamos que essas concepções que orientam o processo comunicativo dos programas de saúde do trabalhador são materializadas nos impressos (cartazes, cartilhas e folders) produzidos por esses programas. Isso é visível não somente, no tratamento dado aos conteúdos abordados, a segmentação de audiência e as intenções dos formuladores de mensagens, mas também na opção do formato dos impressos. Portanto, a partir da análise dos materiais de nossa amostra concluímos:

a) O formato e estilo

Os formatos preferidos pelo pólo emissor são folders, cartilhas e cartazes - predominando a produção dos dois primeiros - pois esses formatos além de permitirem uma facilidade de acesso e de manuseio por parte do público, possuem uma diagramação que condensa um maior número de informações, ampliando, assim, a circulação de mensagens para públicos distintos. Logo tais formatos contribuem para uma redução do investimento financeiro despendido na produção desses materiais. Já sob o ponto de vista dos trabalhadores da construção civil, o formato mais adequado é o cartaz com frases

curtas, diretas pois facilitam o acesso de um público sem escolaridade às informações e favorecem uma maior aproximação do leitor ao material impresso.

Destaca-se ainda que o uso de ilustrações é de grande auxílio para se motivar debates. Os impressos *“Dermatose profissional na Construção Civil causada pelo cimento”* e *“Passaporte para a Cidadania”* destacaram-se por suas ilustrações que comparavam situações de trabalho prescritas e reais. Trata-se de uma estratégia de uso de imagens bem sucedida por abrir espaço para muitas reflexões, pelo menos, foi assim para o grupo de trabalhadores participantes da pesquisa de recepção descrita na presente dissertação. Acreditamos que estes dados possam ser interessantes para outros grupos e categorias profissionais.

b) A segmentação de audiência

De um modo geral, o pólo emissor não se preocupa em direcionar a oferta de mensagens impressas a públicos específicos, pois em nossa amostra identificamos que 68% dos impressos são dirigidos para “trabalhadores em geral”, não havendo uma diferenciação do público tratando-o como se vivessem sob as mesmas condições sociais e culturais. O projeto emissional tem a intenção de “atingir as massas” por meio da abrangência e universalização das mensagens em diferentes contextos: considerando o público ao mesmo tempo “alvo” e “objeto”.

Na avaliação dos impressos junto aos trabalhadores confrontamos qual o tipo de interação estabelecida com os materiais informativos direcionados para os “trabalhadores em geral” e com os produzidos para os “trabalhadores da construção civil”. Os materiais destinados aos trabalhadores em geral despertaram pouco interesse do pólo receptor, já os produzidos para os trabalhadores da construção civil permitiram a discussão das temáticas ali contidas e a ampliação do debate sobre as relações entre saúde e trabalho. Isso confirma a importância de se produzir materiais específicos para cada público, adequando-se os interesses do pólo emissor ao repertório semântico e cultural do leitor para o qual se dirigem as mensagens ofertadas.

Sendo assim, concluímos que privilegiar a segmentação da audiência é uma estratégia que promove uma maior integração com o contexto do leitor, e que, ao mesmo

tempo, amplia as possibilidades de problematização do cotidiano, conferindo ao sujeito-receptor a dimensão de ser agente no processo de construção de sua própria realidade: ao reconhecer nas mensagens dos impressos situações e temáticas relacionadas as suas próprias condições de vida e trabalho. O trabalhador se permite trocar conhecimento e fazer novas interpretações do contexto em que está inserido.

c) Os problemas discutidos e as intenções dos formuladores de mensagens

As categorias problema em foco e as intenções dos formuladores são analisadas e discutidas simultaneamente, abordando mais de um tema e apresentando vários interesses em um único impresso. Em geral, os impressos tratam ao mesmo tempo da divulgação institucional, da informação sobre acidentes/doenças e medidas de segurança/prevenção no trabalho; e, da orientação sobre os direitos dos trabalhadores. Nota-se, assim, a evidente intenção, por parte dos formuladores de mensagens, de discutir vários temas simultaneamente em detrimento da focalização de um único tema de interesse do público.

Por sua vez o pólo receptor, ao discutir, as mensagens impressas relacionadas as temáticas acima, confirma a importância do debate. Os trabalhadores também acreditam que questões de educação, moradia, transporte, alimentação são essenciais para garantir a segurança e promover a saúde no trabalho e sugerem a inclusão dessas temáticas nas mensagens dos impressos. Isso demonstra uma visão ampliada de saúde, por parte do pólo receptor, na medida em que inter-relacionam os determinantes sociais com o processo de trabalho.

d) Divulgação dos programas

Em relação à importância de divulgação dos programas, por meio dos impressos tão frequentes nas produções (66%), os trabalhadores avaliaram ser de utilidade informar à população sobre esse serviço, mas sinalizam a importância da criação de estratégias de distribuição desses materiais pelos profissionais de saúde.

Sendo assim, constatamos que a prática comunicativa nos programas: 1) coloca o trabalho como “opponente” a saúde e desconsidera os fatores históricos e sociais intrínsecos

à compreensão das relações entre saúde e trabalho; 2) desvaloriza as dimensões intelectuais, subjetivas e culturais do trabalhador, tratando-o como um objeto, um “recipiente vazio” a ser “preenchido” e “inoculado” pelo saber do técnico, o sujeito da ação comunicativa./educativa.

Nesse sentido, temos que as práticas de comunicação/educação em saúde além de serem restritas partem de uma concepção extencionista e tradicional (Freire, 2001) fundamentada na transmissão do conhecimento em detrimento de considerar as situações de interlocução como fontes problematizadoras e de construção compartilhada de conhecimento frente às temáticas postas em debate.

A importância do impresso como mediação

A partir de duas experiências do Cesteh e do PST de Santo André/SP e do estudo de recepção realizado em nossa investigação constatamos que a utilização dos impressos como uma mediação, nas situações de interlocução, favorece a produção de *novos sentidos* mediante as mensagens ofertadas, a criação de espaços dialógicos e a participação do trabalhador como sujeito no processo comunicativo mediado. A inclusão do pólo receptor tanto no processo de elaboração quanto no de avaliação de impressos possibilita o confronto entre o prescrito e o real, permitindo a identificação de elementos essenciais para o aprimoramento das práticas comunicativas/educativas em saúde. Os resultados de nossa investigação possibilitam destacar os seguintes elementos: a importância de especificação da audiência, a importância da adequação dos conteúdos às demandas do leitor e da compreensão do repertório semântico e cultural para uma maior aproximação entre os núcleos comunicativos.

Dessa forma, consideramos que os *espaços dialógicos*, constituídos pela troca de experiências e vivências da realidade de cada sujeito-trabalhador, permitem discutir, ao mesmo tempo, os processos de saúde-doença e a relação dos mesmos com as condições de vida e, principalmente, com a dinâmica da participação dos trabalhadores enquanto sujeitos singulares representados por um “*coletivo de trabalhadores*”(Oddone, 1986).

Percebe-se que as *vivências dialógicas* e *participativas* favorecem uma nova produção de sentidos pelo sujeito-trabalhador que mediante experiências que inter-

relacionam os processos de saúde-doença com o seu trabalho, amplia os níveis de sua participação nas ações de saúde propostas pelos PST existentes.

Sobre as formas de participação

Um outro objetivo de nosso estudo foi o de obter elementos sobre os níveis de participação do trabalhador nos programas de saúde do trabalhador.

A imagem de abertura desse capítulo, de algum modo, sintetiza a visão do trabalhador pelos programas. Nela o trabalhador aparece paramentado e receptivo - “passivo”- ao projeto emissional. Temos ao fundo outros trabalhadores *fantasmas, todos iguais e contentes*, representando a idéia de controle social. Além disso, o texto que acompanha a imagem, remete a idéia de organização/participação destes trabalhadores voltada para o cumprimento de leis e normas.

Em nossa investigação identificamos que apesar dos discursos dos técnicos inseridos nos PST privilegiar a participação do trabalhador, sabemos muito pouco sobre os níveis efetivos de participação destes nos PST. Verificamos que a participação dos trabalhadores nos programas ocorre em eventos promovidos pelos PST e nos conselhos de saúde. Geralmente, a participação construída nessas situações de interlocução limita-se a um exercício de democracia fundamentado no direito à resposta e a reclamação por direitos.

A partir da análise das relações de poder instituídas nos conselhos de saúde realizada por Araújo (2003) podemos nos permitir fazer várias reflexões sobre a problemática da participação da população enquanto instância de poder no processo decisório das políticas públicas de saúde. Para essa autora “*a prática dos técnicos e as estruturas institucionais apontam preferencialmente para uma participação consentida, que acaba por se expressar nos conselhos de saúde: o exercício legítimo do controle social só é reconhecido nas estruturas formais atribuídas pelo próprio Estado, não através das organizações da população, ainda que ali nasçam os movimentos que podem efetivamente provocar mudanças no cenário* (Araújo, 2003:143)”.

Sendo assim, no decorrer de nossa investigação identificamos que os níveis de participação dos trabalhadores são restritos e mediados por estruturas – tais como as dos conselhos. Dessa forma, a participação do trabalhador é mais um desafio colocado em questão do que propriamente uma realidade vivida nos programas.

Finalmente, expressamos aqui os limites dessa dissertação e afirmamos a necessidade de novos estudos sobre a efetividade dos níveis de participação do sujeito-trabalhador nas práticas de atenção à saúde em andamento nos programas.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, I.L., 2000. Foucault e a Crítica do Sujeito. *Curitiba: ed da UFPR.*

ARAÚJO, I.S., 2003. Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder. Um Modelo de comunicação para políticas públicas. *Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola de Comunicação -CFCH, Universidade Federal do Rio de Janeiro -UFRJ.*

_____, 1998. *Prática comunicativa e prática educativa no campo da saúde.* Recife: Núcleo de Saúde Pública (mimeo). [palestra proferida na mesa redonda “Comunicação e Educação em Saúde”, no seminário “Ações interinstitucionais e multidisciplinares na área de saúde pública”, promovido pelo NUSP- Núcleo de Saúde Pública].

ASSIS, M., 1998. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n169:3-30.

BARDIN, L., 1977. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

BORDENAVE, J.D. 1982. *O que é Comunicação.* São Paulo: Brasiliense. 13^a. ed.

BRANDÃO-JUNIOR, P.S. 2000. *Biossegurança e AIDAS: As dimensões Psicossociais do Acidente com Material Biológico no trabalho em Hospital.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública -Ensp, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

BRASIL, 2000. *Ministério da Saúde.* Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. [versão preliminar para encaminhamento à CIT ao CNS, Brasília, 28 de fevereiro de 2000.]

BRASIL, 1990. *Lei 8080, de 19 de setembro de 1990- Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*. Brasília, Ministério da Saúde, 1990, 31p.

BRICEÑO-LEON,R., 1996. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria.*Cadernos de Saúde Pública*. 12(1):7-30.

CAMPOS, G.W.C., 2000. Saúde pública e saúde Coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5 (2): 219-231.

CAPONI. S., 1997. George Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências Saúde- Manguinhos*. IV (2): 287-307.

CARDOSO, J. M., 2002. Comunicação, Saúde e Discurso Preventivo: reflexos a partir de uma leitura das campanhas nacionais de AIDS veiculadas pela TV (1987-1997). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Comunicação-CFCH, Universidade Federal do Rio de Janeiro -UFRJ.

CESTEH/ENSP, 1986. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: Análises e Perspectivas. Rio de Janeiro. (Mimeo)

DEJOURS, C., 1992. *A Loucura do Trabalho: Estudo de Piscopatologia do Trabalho*. São Paulo: Costez-Oboré.

DIAS, E. A.,1994. Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia ? Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP.

FADEL, L.C.V., 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- Ensp, Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz

FAUSTO-NETO., 1999. O indivíduo apesar dos outros: Modos de descrever, modos de construir o Mundo da Recepção. Seminário de Avaliação das Ações de IEC, Ministério da Saúde, Brasília. (mimeo)

_____, 1995. Percepções a cerca dos Campos da Saúde e da Comunicação. In *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. (Pitta, A. M. R.(org.)), pp.267-293, São Paulo: Hucitec-ABRASCO.

FIGUEIREDO, G., O, 2002. Do Fetichismo Odontológico à Utopia da Saúde Bucal. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro -UFRJ.

FREIRE, P., 2001. Extensão ou Comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra. 11^a.ed.

_____, 1980. *Conscientização. Teoria e Prática da Libertação*. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes.

FOUCAULT, M., 1979. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

HOUAISS, A. 2001. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

KELLY-SANTOS; ROZEMBERG, B. 2002. *Práticas de comunicação na saúde do trabalhador: avaliação de produtos e processos*. São Paulo, Trabalho apresentado na III Conferência Regional Latino- Americana de Promoção da Saúde e Educação para Saúde.

LACAZ, F. C.,1996. *Saúde do Trabalhador: Um Estudo sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade de Campinas- UNICAMP.

_____ 1997. A Saúde dos Trabalhadores: Cenário e Desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (suppl 2):7-19.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M., 1989. *Processo de Trabalho e Saúde Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo: Hucitec.

LEFÈVRE,1991. *O Medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez.

MACHADO, J.M.H.; PORTO, M. F. S., 2000. *Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes*. [artigo baseado no texto apresentado no Congresso da ABRASCO, de 28/08 a 01/09/2000.] (mimeo)

MACHADO, J. M. H., 1997. Processo de vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(suppl 2):33-45.

MARTIN-BARBERO, J.,1995. América Latina e os anos recentes: o estudo de recepção em comunicação social. In. *Sujeito, o Lado Oculto do Receptor*. (Sousa, M. W. (org.)), pp.39-68, São Paulo:Brasiliense.

MELO, J.A.C.,1984. Educação Sanitária: uma Visão Crítica.*Cadernos do CEDES*. Vol.4.

MELO, M.B., 2002. *Saúde Coletiva e Mestrado em Odontologia: um Estudo de Representação Social*. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Belo Horizonte –UFMG.

MENDES, R.; DIAS, E .C., 1991. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25(5):341-349.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, F. M. S., 1997. A Construção da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13:21-32.

_____, 1999. Precarização do Trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2):411-421.

MINAYO, M.C. S., 2000. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO.

_____. 1995. O Conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In *Texto em Representações Sociais*. (Guareschi, P.; Jovchelovitch, S.(org)), pp 89-111, Petrópolis:Vozes.

_____. 1988. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*. 4(4):363-381.

_____. s/d. *Toda Educação sanitária eficiente é uma educação política conseqüente* (debate). (mimeo).

MORIN, E. 2001. *A Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro:Bertrand Brasil.

NETTO, J.T.C., 2001. *Semiótica, Informação e Comunicação*.5^a. ed.Perspectiva:São Paulo.

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

PERES, F., 1999. *É Veneno ou é Remédio?*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública- Ensp, Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz.

PITTA, A. M. R., 1995. Interrogando os campos da Saúde e da Comunicação: notas para debate. In. *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios.*(Pitta, A. M. R.(org)), pp239-266, São Paulo: Hucitec-ABRASCO.

QUEIROZ, M.,S., 1986. O paradigma Mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: uma perspectiva Antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 20 (4):309-317.

REDE.1994-1998. “Proteção à Saúde nos Ambientes de Trabalho”. *Rede revista do Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália, ano III.*

ROSEN, G., 1983. *Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos.* Global

ROZEMBERG, B., 1995. *A Intransparência da Comunicação: Crítica Teórico- Metodológica sobre a Interação do Saber e das Práticas Médicas e Experiência das Populações de Área Endêmicas de Esquistossomose.* Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública- Ensp, Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz.

_____. 2001. *Roteiro de Análise dos Impressos.* Apostila de disciplina Tópicos em Comunicação em Saúde da Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro.(mimeo)

_____. 2002. *Participação Comunitária em Programas de Promoção em Saúde: elementos para uma avaliação críticas de metas e pressupostos.* In. *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós.*(Minayo, M.C.S.; Miranda,A C (org)), pp.191-199, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ROZEMBERG,B. et al. 2002. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18:109-118

SANT'ANNA, F; STRAUSZ, C. s/d. *Vigilância à Saúde do trabalhador no Município do Rio de Janeiro- dilemas e perspectivas.* (mimeo).

SANTOS, A.K *et al.* 2000. *A comunicação em saúde por impressos junto a serventes e merendeiras: processo e produto.* Monografia de Especialização em Saúde do Trabalhador, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública- Ensp, Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz.

SILVA, J.A P. 2001. *Práticas Educativas com Adolescentes: uma avaliação da parceria implantada pelo Projeto Saúde e Cidadania no Espaço Escolar.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro- Uerj.

SOUSA, M. W., 1995. Recepção e comunicação: a busca do sujeito. In.*Sujeito, o Lado Oculto do Receptor.* (Sousa, M. W. (org.)), pp.13-38, São Paulo:Brasiliense.

SOUSA, R., K. *et al.* 2003. O desenvolvimento compartilhado impressos como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública.*(prelo)

SOUZA, C.V., 2000. *Análise de Acidentes de Trabalho em Indústrias de Processo Contínuo: O estudo de caso em uma Refinaria de Petróleo do Rio de Janeiro.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública –Ensp, fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

SPEDO, S.M., 1998. *Saúde do Trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS).* Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas –UNICAMP.

SPOSATI, A.; LOBO, E., 1992. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 8 (4): 366-378.

TRIVIÑOS, A.N.S., 1987. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas.

VALLA, V.V., 1998. Sobre participação popular uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*. 14 (Sup.2): 7-18.

VASCONCELLOS-SILVA, P.R. *et al* 2003. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental: uma revisão da literatura sobre impressos hospitalares. *Revista de Saúde Pública* (prelo)

Anexo I

Programas de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro

- 1 - Programa de Saúde do Trabalhador/SES/RJ
- 2 - Programa de Saúde do Trabalhador de Angra dos Reis/SMS- Angra dos Reis
- 3 - Programa de Saúde do Trabalhador de Barra Mansa/SMS – Barra Mansa
- 4 - Núcleo de Saúde do Trabalhador de Barra do Pirai/SMS – Barra do Pirai
- 5 - Programa de Saúde do Trabalhador de Belford Roxo/SMS – Belford Roxo
- 6 - Programa de Saúde do Trabalhador de Arraial do Cabo
- 7 - Programa de Saúde do Trabalhador de Cabo Frio/SMS – Cabo Frio
- 8 - Programa de Saúde do Trabalhador de Campos de Goytacazes/ Hospital Rocha Machado/ SMS – Campo dos Goytacazes
- 9 - Programa de Saúde do Trabalhador de Cantagalo/ Núcleo de Saúde Coletiva/SMS – Cantagalo
- 10 - Programa de Saúde do Trabalhador de Duque de Caxias/ SMS – Duque de Caxias
- 11 - Programa de Saúde do Trabalhador de Itaguaí / SMS – Itaguaí
- 12 - Programa de Saúde do Trabalhador de Nova Friburgo/ SMS – Nova Friburgo
- 13- Serviço de Saúde do Trabalhador e Higiene do Meio Ambiente de Nova Iguaçu/ SMS Nova Iguaçu
- 14 - Programa de Saúde do Trabalhador de Paraíba do Sul/ SMS – Paraíba do Sul
- 15 - Programa de Saúde do Trabalhador de Petrópolis/ SMS – Petrópolis
- 16 - Programa de Saúde do Trabalhador de Macaé
- 17 - Programa de Saúde do Trabalhador de Niterói
- 18 - Coordenadoria de Programas de Saúde de Porto Real/ SMS – Porto Real
- 19 - Programa de Saúde do Trabalhador de Resende/ SMS – Resende
- 20 - Programa de Saúde do Trabalhador de Rio das Ostras/ SMS – Rio das Ostras
- 21 - Programa de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro/ SMS – RJ
- 22 - Programa de Saúde do Trabalhador de São João do Meriti/ Coordenadoria de Fiscalização Sanitária/ SMS – São João do Meriti

- 23 - Programa de Saúde do Trabalhador de São Sebastião do Alto/ SMS – São Sebastião do Alto
- 24 - Programa de Saúde do Trabalhador de Teresópolis/ Departamento de Saúde Coletiva/ SMS – Teresópolis
- 25 - Programa de Saúde do Trabalhador de Valença/ SMS – Valença
- 26 - Programa de Saúde do Trabalhador de Volta Redonda/ SMS – Volta Redonda
- 27 - Programa de Saúde do Trabalhador de Parati
- 28 - Programa de Saúde do Trabalhador de Quissamã
- 29 - Programa de Saúde do Trabalhador de São José do Vale do Rio Preto
- 30 - Prefeitura Municipal de Saquarema
- 31 - Secretaria Municipal de Saúde de São Fidelis

Programas de Saúde do Trabalhador do Estado do São Paulo

- 01 - Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho – DVST
- 02 - Centro de documentação e Informação – CDI/ST
- 03 - Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE
- 04 - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerest / SP.
- 05 - Instituto Adolfo Lutz
- 06 - PST Município de São Paulo
- 07 - Cerest - Freguesia do Ó
- 08 - Cerest - Lapa
- 09 - Cerest - Moóca
- 10 - Cerest - Santo Amaro
- 11 - Cerest - Sé - André Grabois
- 12 - Cerest - São Bernardo do Campo
- 13 - Seção Vigilância e Referência. em Saúde do Trabalhador – Sevrest/Santos
- 14 - PST -Campinas
- 15 - Cerest - Campinas

- 16 - Cerest - Botucatu
- 17 - Cerest - Araçatuba
- 18 - PST- Diadema
- 19 - Visat- Vigilância à Saúde do Trabalhador – Visat – Mauá
- 20 - Cerest - Santo André
- 21 - PST - Osasco
- 22 - PST - Bauru
- 23 - PST - Cubatão
- 24 - PST - Salto
- 25 - PST - Piracicaba
- 26 - Dir Xv – Piracicaba
- 27 - PST - Rio Claro
- 28 - Dir XIV – Marília
- 29 - Dir XXII - São Jose do Rio Preto
- 30 - Dir VIII – Assis
- 31 - PST - Jundiaí
- 32 - PST - São Jose dos Campos
- 33 - PST - Guaratinguetá
- 34 - Hospital Padre Bento
- 35 - Dir XXIV - Taubaté
- 36 - Prefeitura Municipal de Porto Feliz

Anexo II

Instâncias Produtoras de Impressos

I – Estado do Rio de Janeiro

1.1 – Secretaria Estadual de Saúde (SES) – PST/RJ

PST/RJ 01 – Cartaz “*Programa de Saúde do Trabalhador*”, 2000.

PST/RJ 02 – Cartaz “*Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador*”, 2000.

PST/RJ 03 – Folder “*Acessória de Saúde do Trabalhador – SUS*”, s/d.

PST/RJ 04 – Folder “*Saúde do Trabalhador 11 Anos SUS/RJ*”, s/d.

PST/RJ 05 – Folder “*I Fórum Estadual de Saúde e Segurança do Trabalhador*”, 2000.

PST/RJ 06 – Folder “*O Retrato da LER/DORT no Estado do Rio de Janeiro*”, 2000.

1.2 – Programa de Saúde do Trabalhador (PST) Barra Mansa – PST/RJ

PST/RJ 07 – Cartilha “*Programa Municipal de Saúde do Trabalhador*”, 1999.

PST/RJ 08 – Folder “*I Seminário de Saúde do Trabalhador, Servidor Público de Barra Mansa, Uma Questão de Classe!*”, 1999.

PST/RJ 09 – Folder “*Programa de Saúde do Trabalhador*”, 1998.

PST/RJ 10 – Folder “*Projeto Santa Rita de Cássia: Uma Comunidade Saudável*”, 2000.

PST/RJ 11 – Folder “*I Seminário do Jovem Trabalhador – Trabalho e Saúde*”, 2000.

PST/RJ 12 – Cartaz “*I Seminário de Saúde do Trabalhador – Servidor Público de Barra Mansa, Uma Questão de Classe!*”, 1999.

1.3 – Programa de Saúde do Trabalhador (PST) Resende – PST/RJ

PST/RJ 13 – Cartilha “*Convivendo com a LER/DORT*”, s/d.

PST/RJ 14 – Folder “*Programa de Saúde do Trabalhador de Resende – Dia Nacional de Prevenção ao Acidente de Trabalho*”, s/d.

PST/RJ 15 – Cartilha “*I Encontro das Cipas com o Programa de Saúde do Trabalhador*”, 2000.

PST/RJ 16 – Cartilha “*Acidentes – Doenças do Trabalho: Prevenção e Direitos do Trabalhador*”, s/d.

1.4 – Programa de Saúde do Trabalhador (PST) Volta Redonda – PST/RJ

PST/RJ 17 – Cartilha “*Saúde do Trabalhador em Defesa da Vida*”, 1994.

PST/RJ 18 – Cartilha “*Direitos do Trabalhador*”, 1997.

PST/RJ 19 – Folder “*Sofreu um Acidente de Trabalho? E Agora, quem faz o quê?*”, 1997.

PST/RJ 20 – Folder “*Centro Municipal de Saúde do Trabalhador*”, 1997.

PST/RJ 21 – Folder “*Fluxo de Acidentado do Trabalho*”, 1998.

1.5 - Programa de Saúde do Trabalhador (PST) de Duque de Caxias – PST/RJ

PST/RJ 22 – Folder “*Programa de Saúde do Trabalhador*”, s/d.

PST/RJ 23 – Folder “*Programa de Saúde do Trabalhador – Fluxo do Acidentado do Trabalho*”, s/d.

1.6 - Programa de Saúde do Trabalhador (PST) de Angra dos Reis – PST/RJ

PST/RJ 24 – Folder “*Guia de Saúde do Trabalhador*”, 1999.

PST/RJ 25 – Folder “*Defenda sua Vida, Defenda sua Saúde no Trabalho*”, s/d.

1.7 - Programa de Saúde do Trabalhador (PST) do Rio de Janeiro – PST/RJ

PST/RJ 26 – Cartilha “*Ouçá Essa - Centro de Referência para Controle da Exposição ao Ruído nos Locais de Trabalho*”, 1996.

PST/RJ 27 – Folder “*Programas Especiais: Saúde do Trabalhador, Saúde do Escolar, Rio Criança Cidadã, Ostomizados*”, 2000.

PST/RJ 28 – Cartaz “*Saúde no Trabalho Direito de Todos*”, 1996.

PST/RJ 29 – Folder “*Núcleo de Referência de Saúde do Trabalhador (Nusat I)*”, 1998.

II – Estado de São Paulo

2.1 – Secretaria Estadual de Saúde (SES) – PST/SP

PST/SP 30-Folder “*Centro de Documentação e Informação em Saúde do Trabalhador*”, s/d

PST/SP 31 – Folder “*O compromisso do SUS na Erradicação do Trabalho de Crianças e Controle do Trabalho dos Adolescentes*”, 2000.

PST/SP 32 – Folder “*Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde do Trabalhador - CEREST/SP*”, s/d.

PST/SP 33 – Folder “*Programa de Tratamento e Reabilitação*”, 2001.

PST/SP 34 – Cartaz “*O Compromisso do SUS na Erradicação do Trabalho de Crianças e no Controle do Trabalho dos Adolescentes*”, 2000.

2.2 - Programa de Saúde do Trabalhador (PST) de Santo André – PST/SP

PST/SP 35 – Cartaz “*Lesão por Esforço Repetitivo, O Que Fazer?*”, s/d.

2.3 - Programa de Saúde do Trabalhador (PST) de São Paulo – PST/SP

PST/SP 36 – Cartilha “*Saúde do Trabalhador no Município de São Paulo*”, 2001.

III – Ministério da Saúde

3.1 – Setor de Biosegurança do Ministério da Saúde

PST/MS 37 - Cartaz “*Acidentes de Trabalho*”, s/d.

3.2 – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

3.2.1 – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana

PST/MS 38–Folder “*Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana*”,s/d

3.2.2 – Instituto Fernandes Figueira

PST/MS 39 – Folder “*Núcleo de Saúde do Trabalhador do Instituto Fernandes Figueira NUST-IFF*”, s/d.

3.2.3 – Instituto de Pesquisa Evandro Chagas – IPEC

PST/MS 40 – Folder “*Informações aos Visitantes*”, 2001.

PST/MS 41 – Folder “*SOS Trabalhador do CPq-HEC*”, 1999.

PST/MS 42 – Folder “*Setor de Biosegurança do CPq-HEC – Fluxograma do Acidente com Material Biológico*”, 2001.

3.2.4 – Núcleo de Saúde do Trabalhador – NUST

PST/MS 43 – Folder “*Núcleo de Saúde do Trabalhador*”, s/d.

PST/MS 44 - Folder “*O Estresse no Trabalho*”, 2001.

PST/MS 45 – Folder “*Trabalhador e Saúde: Conhecimento sobre estresse ; Por que as pessoas se sentem estressadas? ; Dicas para combater o estresse ; O que é grupo de “V.E”?*”, 2000.

PST/MS 46 – Folder “*Trabalhador e Saúde: Por que as pessoas consomem drogas?; Conhecendo sobre o alcoolismo... ; Alcoolismo tem saída! ; O que é NUST?*”, s/d.

IV – Ministério do Trabalho

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

PST/MT 47-Cartilha “*Segurança e Saúde no Trabalho–Condições de Trabalho na Indústria da Construção*”, 1999.

PST/MT 48– Cartilha “*Segurança e Saúde no Trabalho – Prevenção de Acidentes Fatais na Indústria da Construção*”, 1999.

PST/MT 49– Cartilha “*Segurança e Saúde no Trabalho – Prevenção de Acidentes no Trabalho com Agrotóxicos*”, 1999.

PST/MT 50– Cartilha “*Segurança e Saúde no Trabalho – Prevenção das Lesões por Esforços Repetitivos - LER*”, 1999.

PST/MT 51 – Cartilha “*O Trabalhador do Chumbo não é de Ferro*”, 2001.

PST/MT 52 – Cartilha “*Trabalho Precoce – Saúde em Risco*”, 1998.

PST/MT 53 – Cartilha “*Prevenção de Acidentes no Uso de Agrotóxicos*”, 1999.

PST/MT 54– Cartilha “*FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de*

Segurança e Medicina do Trabalho”, 2000.

PST/MT 55 – Folder “*Caminhoneiro faça sua Rota*”, s/d.

PST/MT 56– Folder “*FUNDACENTRO -Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho*”, s/d.

PST/MT 57– Folder “*A FUNDACENTRO convida você a conhecer o maior acervo da América Latina.*”, s/d.

PST/MT 58–Cartilha “*Dermatose profissional na Construção Civil causada pelo cimento*”, s/d.

V – Intersetorial

PST/INTER 59- Cartilha “*Protocolo de Investigação, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de Lesão por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)*”, s/d (Ministério da Saúde e ABRASCO, INSS/SP, INSS/MG, CUT, INSS/SC, Conasens, Unitrabalho, Fenabam/CNIF, METE, INSS/MPAS, INSS/MS, CGTB, CNC, Cesat/SES/BA).

PST/INTER 60– Cartilha “*Benzenismo, O Que é?*”, s/d (Fundacentro, Federação Única dos Petroleiros, CUT, CNQ).

PST/INTER 61- Cartilha “*Cipa, O que é?*”, s/d (Fundacentro, Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários do Município do Rio de Janeiro).

PST/INTER 62- Cartilha “*Acidentes e Doenças do Trabalho Basta*”, s/d (Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco e Região e Secretaria de Estado do Trabalho do Estado de São Paulo).

PST/INTER 63–Folder “*I Fórum Nacional Saúde do Trabalhador em Saneamento Ambiental*”, 2002 (Ministério do Trabalho e Emprego, Fundação Nacional de Saúde).

PST/INTER 64- Folder “*Benzeno*”, s/d (Fundacentro, DRT, DIR II, CRST- Santo André, CRST-SBC, Visat- Mauá, Sindicato dos Químicos e Petroquímicos do ABC, Sindicato dos Petroleiros de Mauá).

- PST/INTER 65- Cartilha “*Agrotóxicos Riscos e Prevenção*”, 2001 (Fundacentro, CONTAG).
- PST/INTER 66–Cartilha “*Saúde e Trabalho Dicas Úteis para o Trabalhador*”, s/d (Fundacentro, Secretaria Nacional do Setor Químico da Força Sindical, Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas do Estado de São Paulo).
- PST/INTER 67– Folder “*VISAT- Vigilância à Saúde do Trabalhador*”, s/d (Visat, Sindicato dos Metalúrgicos do ABC).
- PST/INTER 68–Folder “*Família Saudável de Mauá*”, s/d (Visat, Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Artefatos de Borracha, Pneumáticos e Afins da Grande São Paulo).
- PST/INTER 69- Cartilha “*Qualidade de Vida- Saúde e Segurança no Trabalho da Indústria da Confeccção*”, 2001 (Fundacentro, Social Democracia Sindical).
- PST/INTER 70- Cartilha “*Saber LER para prevenir DORT*”, 2001 (Ministério da Saúde, Cerest/SP, Faculdade de Medicina de Botucatu,).
- PST/INTER 71- Folder “*Saúde do Trabalhador*”, 1998 (Saúde do Trabalhador de Santo André, Sindicatos dos Bancários do ABC).
- PST/INTER 72- Folder “*Prevenção em Saúde do Trabalhador*”, s/d (Cerest- Santo André, Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, Sindicato dos Bancários do ABC).
- PST/INTER 73- Folder “*Ciclo de Palestras – Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho: Quando os Especialistas divergem*”, 2000 (Fundacentro, Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo).
- PST/INTER 74-Cartilha “*Manual do Bancário contra as Lesões por Esforços Repetitivos*”, 1995 (Cerest- Santo André, Sindicato dos Bancários do ABC).
- PST/INTER 75- Cartilha “*CIPA – Planejando a Prevenção*”, s/d (Fundacentro, Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco e Região).
- PST/INTER 76- Folder “*Seminário Regional do Benzeno no Grande ABC*”, 1998 (FUNDACENTRO, Comissão Regional do Benzeno no Grande

ABC).

PST/INTER 77- Folder “*Saúde do Trabalhador*”, 1999 (Cerest - Santo André, Sindicatos dos Bancários do ABC).

PST/INTER 78- Folder “*Seminário Estadual do Benzeno em São Paulo*”, s/d (Fundacentro, Fequimar, DRT/SP, CRST/ São Bernardo, DVST/CVS/SES-SP, Cetesb, PST-Santo André, CRST/Lapa/PMSP, Sindicato Metalúrgico de Santos, CGT, SDT/AS).

PST/INTER 79– Cartilha “*Galvânicas – O que você precisa saber sobre Qualidade de vida no Trabalho*”, 1997 (Fundacentro, Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo, Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco, Subdelegacia Regional do Trabalho de Osasco, Delegacia Regional do Trabalho de São Paulo, Centro de Referência de Saúde do Trabalhador/SES-SP)

PST/MT 80- Cartilha “*Passaporte para a Cidadania*”, s/d (Federação dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção do Mobiliário e Montagem Industrial do Estado de São Paulo e Fundacentro).