

Pós-Graduação em
Desenvolvimento Sustentável

**A participação social na construção de políticas públicas em saúde
do trabalhador: uma análise de redes sociais**

Renata Souza Távora
Dissertação de Mestrado

Brasília – DF, março de 2009



Universidade de Brasília – UnB
Centro de Desenvolvimento Sustentável - CDS

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

**A participação social na construção de políticas públicas em
saúde do trabalhador: uma análise de redes sociais**

Renata Souza Távora

Orientador: Frédéric Mertens

Dissertação de Mestrado

Brasília – DF, abril de 2009

Távora, Renata Souza.

A participação social na construção de políticas públicas em saúde do trabalhador: uma análise de redes sociais / Renata Souza Távora; orientador Frédéric Mertens. Brasília, 2009.

93 p.: il.

Dissertação de Mestrado. Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2009.

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta dissertação e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. A autora reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta dissertação de mestrado pode ser reproduzida sem a autorização por escrito da autora.

Renata Souza Távora

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A participação social na construção de políticas públicas em saúde do
trabalhador: uma análise de redes sociais

Renata Souza Távora

Dissertação de Mestrado submetida ao Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento Sustentável, área de concentração em Política e Gestão Ambiental, opção profissionalizante.

Aprovado por:

Frédéric Mertens (Universidade de Brasília)
(Orientador)

Maria de Fátima Makiuchi (Universidade de Brasília)
(Examinadora Interna)

Maria da Graça Luderitz Hoefel (Ministério da Saúde)
(Examinadora Externa)

Brasília – DF, abril de 2009.

Aos meus pais, João e Valdenora, e meus irmãos, Ellaine e Marcus,
a maior inspiração da minha trajetória de aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, que sempre esteve ao meu lado: meu pai João Távora, meu alicerce maior; minha mãe, Valdenora de Sousa, meu colo e aconchego; aos meus irmãos queridos, Ellaine e Marcus, companheiros da minha trajetória de vida. Os amo profundamente!

Às grandes amizades e parcerias conquistadas que irei levar comigo para sempre. Leandra Fatorelli, pessoa admirável, minha amiga-irmã, leal e verdadeira: é um privilégio compartilhar minha vida com você. Lígia Meres Valadão, meu exemplo de tranquilidade e serenidade, ao mesmo tempo, amiga de balada e muitas risadas. Ana Laura Lima, apesar de grandes momentos ausentes, as lembranças com você são memoráveis.

Aos amigos de trabalho: Marco Perez, Ludmilla Valejo, Olga Rios, , Carlos Passos, Luiza Lawinsky, Nina do Valle, Juliane Peixoto, Ricardo Alves, Diego Hoefel, Márcio Blanco, pelos caminhos trilhados e novos rumos a serem traçados.

Aos professores e professoras do Centro de Desenvolvimento Sustentável, pelos grandes ensinamentos.

À toda equipe da Secretaria do CDS, pela disponibilidade e atenção dispensada.

À Norma Sueli que, sempre disposta, facilitou em muito meu estudo de campo.

À fraternal e amigável Comunidade de Prática CoPEH-LAC e suas pessoas incríveis, que sempre me receberam com muitos sorrisos, me proporcionaram experiências maravilhosas, bons ensinamentos e novas grandes amizades: Douglas Barraza, Berna Wendel, Catharina Wesseling, Julia Medel, Manuel Parra, Ruth Arroyo, Oscar Betancourt, Nicolás Schweigmann, Daniel de la Rosa, Myriam Fillion, Mélanie Lemire, Marie Ève Rioux-Pelletier, Jenna Webb, Aline Philibert, Leonel Córdoba, David Hernandez, Horacio Riojas, Volga Iñiguez, Rosa María Castellanos, Elba de La Cruz, Adriana Cousillas, Nelly Mañay, Walter Warillas e tantos outros.

À Donna Mergler, Johanne Saint-Charles, Pierre Mongeau e Jean Remy Guimarães, pelas colaborações essenciais no desenvolvimento desse trabalho.

Ao colega e amigo, Carlos Minayo Gomes, pelas importantes orientações.

À toda a Rede Escola Continental, companheiros que me ensinaram, com o saber da experiência que, mesmo com as difíceis condições de trabalho, é imprescindível permanecer na luta pelo direito à saúde e à cidadania.

À minha cara amiga e companheira Graça Hoefel, personalidade forte e inspiradora, que tenho imensa admiração.

Ao meu orientador, Frédéric Mertens, grande amigo, que acreditou em mim e no meu trabalho, que muito me ensinou, orientou e aconselhou. Obrigada pela dedicação, pelo apoio incondicional e por me ensinar um novo caminho de trabalho e de vida.

RESUMO

O presente estudo buscou discutir os processos de participação social que envolveram a formulação e implementação das políticas públicas de Saúde do Trabalhador, durante o período de 2006 a 2007, dando ênfase às estratégias de articulação de longo prazo dos diferentes atores sociais e à análise de suas atuações na interface com as questões ambientais. A dissertação está estruturada em três capítulos, em formato de artigos correlacionados. O procedimento metodológico da pesquisa foi a análise de redes sociais, utilizada também como ferramenta conceitual, para analisar os padrões de comunicação e colaboração que são estabelecidos entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários, inseridos nos processos decisórios que envolveram a formulação e implementação das deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em novembro de 2005. O primeiro capítulo descreve o Processo de Devolução para os estados federativos, do conjunto de deliberações aprovadas nessa conferência nacional. Por meio da análise dos principais documentos gerados no processo, foi estudada a continuidade da participação dos atores sociais ao longo das fases preparatórias e posterior à conferência, bem como a diversidade das entidades de representação social envolvidas, a diversidade de temas considerados prioritários, e as estratégias de implementação das propostas de ações políticas planejadas. O segundo capítulo analisa a continuidade da participação e a estrutura de redes sociais dos atores envolvidos na formação da Rede Escola Continental, uma estratégia de fortalecimento da articulação social, para participação política ao longo dos anos de 2006 e 2007. Nesse capítulo foi observada uma relação entre o tempo de participação na rede e a intensidade de troca de informação e de colaboração entre seus membros. O terceiro capítulo descreve o desafio da articulação intersetorial, a partir do potencial de atuação dos membros da Rede Escola Continental, que atuam simultaneamente nas áreas da saúde do trabalhador e meio ambiente. Por meio da análise de redes sociais, se observou o potencial de diálogo existente entre as duas áreas temáticas, a partir da articulação em rede dos atores sociais, que pode favorecer a construção de estratégias integradas para o enfrentamento dos problemas de saúde do trabalhador relacionados às questões ambientais.

Palavras chave: Participação social, implementação de políticas públicas, continuidade de participação, saúde do trabalhador, meio ambiente.

ABSTRACT

The present study aimed at discussing the processes of social participation regarding the formulation and implementation of public policies in Workers' Health, during the 2006-2007 period, emphasizing the long-term articulation between different social actors and the analysis of their strategies to link occupational and environmental questions. The dissertation is composed of three chapters, presented as related articles. The main research methodology is social network analysis, used also as a conceptual tool, to study the communication patterns between policy makers, health workers and users of the health system, involved in the decision making processes regarding the formulation and implementation of the Third National Health Conference, held in November 2005. The first chapter describes the debates between stakeholders from the Brazilian states regarding the deliberations approved at the National Conference. Based on documental analysis, we studied the long-term involvement of these stakeholders from the preparatory to the follow-up phases of the Conference, as well as the diversity of the social entities involved, the variety of themes selected and the implementation strategies of political actions. The second chapter analyses the long-term participation and the structure of the network of stakeholders involved in the Continental School Network, an initiative aimed at strengthening social organization and participation in public policies in 2006 and 2007. In this chapter, we show a relationship between the time of participation in the network and the intensity of information exchanges and collaboration between the members. The third chapter presents the challenge of intersectorial articulation between the Continental School Network members involved in workers' health and environmental issues. Using social network analysis, we show the potential for dialogue between the individuals involved in the two issues and connected through networking, as well as the opportunities for building integrated strategies to face health workers' problems related to environmental issues.

Key words: social participation, implementation of public policies, long-term participation, workers' health, environment

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 1.

Figura 1. Relação entre os meses de realização das PED e o número de participantes por estado e região. p. 36

CAPÍTULO 2.

Figura 1. Rede de contato entre os participantes dos dois encontros da REC-ST de 2007 p. 61

Figura 2. Rede de colaboração entre os participantes dos dois encontros da REC-ST de 2007 p. 62

CAPÍTULO 3.

Figura 1. Rede de contatos da REC-ST, ilustrando os indivíduos envolvidos nas áreas temáticas de saúde do trabalhador e meio ambiente p. 79

Figura 2. Rede de colaboração da REC-ST, ilustrando os indivíduos envolvidos nas áreas temáticas de saúde do trabalhador e meio ambiente. p. 80

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 1.

- Tabela 1. Número de questionários coletados em cada Plenária Estadual Devolutiva p. 35
- Tabela 2. Distribuição dos participantes nas diferentes etapas preparatórias e pós 3ª CNST p. 37
- Tabela 3. Porcentagem das Entidades de Movimento Social representadas entre as Categorias do SUS. p. 38
- Tabela 4. Lista de Temas Prioritários e Atividades de Intervenção presentes nos Planos de Ação Estadual das PED p. 41

CAPÍTULO 2.

- Tabela 1. Participação dos membros da REC de 2007, no primeiro evento de 2006 p. 60
- Tabela 2: Comparação das medidas de centralidade entre os diferentes grupos de atores associada ao ano de ingresso na REC-ST. p. 64
- Tabela 3: Comparação das medidas de centralidade entre a categoria dos usuários com a dos gestores e dos trabalhadores de saúde p. 65

LISTA DE ABREVIATURAS

CDS - Centro de Desenvolvimento Sustentável

CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

CoPEH-LAC - Comunidade de Prática sobre a Abordagem Ecológica em Saúde Humana na América Latina e no Caribe

COSAT - Coordenação de Saúde do Trabalhador

LER/DORT - Lesão por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomusculares do Trabalho

MA - Meio Ambiente

MS - Ministério da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PED - Plenárias Estaduais Devolutivas

REC-ST - Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador

RENAST - Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador

ST - Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE SIGLAS	
INTRODUÇÃO	13
REFERENCIAL TEÓRICO	20
CAPÍTULO 1. PARTICIPAÇÃO SOCIAL: O ELO ENTRE A FORMULAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR	28
1.1 INTRODUÇÃO	28
1.1.1 A participação social na construção das políticas públicas	29
1.1.1.1 A participação social no campo da Saúde do Trabalhador	30
1.1.2 O Processo de Devolução das deliberações da 3ª CNST	32
1.2 METODOLOGIA	34
1.2.1 Apresentação dos Dados	34
1.3 RESULTADOS	36
1.3.1 A agenda das PED	36
1.3.2 A participação social de longo prazo	37
1.3.3 A diversidade dos participantes das PED	37
1.3.4 Os temas prioritários	40
1.3.5 Estratégias de intervenção	42
1.4 DISCUSSÃO	43
1.5 REFERÊNCIAS	46
CAPÍTULO 2. CONTINUIDADE DE PARTICIPAÇÃO E ESTRUTURA DE REDES SOCIAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR	50
2.1 INTRODUÇÃO	50
2.1.1 Participação social e a articulação em rede na formulação e implementação de políticas na saúde do trabalhador	50
2.1.1.1 Participação social nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST)	51
2.1.1.2 Continuidade na participação	52
2.1.1.3 Articulação em rede	53
2.1.1.4 A Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador – REC-ST	54
2.1.2 A análise de Redes Sociais	54
2.1.2.1 Propriedades das redes	55

2.1.2.2 Aplicação das medidas ao estudo da REC-ST	57
2.2 METODOLOGIA	58
2.3 RESULTADOS	60
2.3.1 A participação das categorias de atores ao longo do tempo (diversidade e continuidade)	60
2.3.2 Caracterização das redes de contato e colaboração da REC-ST	61
2.3.2.1 Conectividade das redes de contato e colaboração da REC-ST	61
2.3.2.2 A distância média entre os indivíduos das redes de contato e colaboração da REC-ST	63
2.3.2.3 As centralidades dos indivíduos das redes de contato e colaboração da REC-ST	63
2.4 DISCUSSÃO	65
2.5 REFERÊNCIAS	68
CAPÍTULO 3. O PROCESSO PARTICIPATIVO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E SUA INTERFACE COM O MEIO AMBIENTE	72
3.1 INTRODUÇÃO	72
3.1.1 A relação saúde e trabalho e as questões ambientais	73
3.1.2 A formulação de políticas públicas integradas	73
3.1.3 A Saúde do Trabalhador como potencial de integração das duas áreas por meio da participação social	74
3.1.4 O contexto da 3ª CNST e seus desdobramentos	75
3.1.5 A articulação em rede	76
3.2 METODOLOGIA	77
3.3 RESULTADOS	79
3.4 DISCUSSÃO	81
3.5 REFERÊNCIAS	82
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS	88

INTRODUÇÃO

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Nas últimas décadas, a participação social vem se tornando um tema recorrente no discurso político mundial (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006). Muitos autores ressaltam controvérsias que envolvem esse conceito amplo, polissêmico e de forte componente político (DAGNINO, 2002; GOHN, 2004; VEIGA, 2007; SAYAGO, 2008). Diferentes modalidades de participação são classificadas em suas derivações como manipulação, consulta, negociação ou mesmo a participação ativa, quando o indivíduo participa do processo de decisão política (CORTES, 2002). Entretanto, a noção de participação e sua utilização dependem principalmente da orientação política e ideológica de quem o emprega (SAYAGO, 2008).

Alguns autores destacam a apropriação do conceito pelas lutas políticas e sociais no Brasil e na América Latina, que tomaram espaço no final dos anos de 1970, durante a trajetória das transições democráticas (GONH, 2004; WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006). Para esses autores participação e organização da sociedade civil tornaram-se sinônimos na luta contra os regimes militares. O processo de democratização política e a crise do Estado no final do século XX vêm apontando para a construção de mecanismos de partilha do poder deliberativo e executivo, incluindo representações diretas da sociedade (BURSZTYN, 2001). A Constituição Federal de 1988 descentralizou a gestão das políticas públicas e sancionou a participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisão (STRALEN et al, 2006).

ESPAÇOS PARTICIPATIVOS INSTITUÍDOS NA GESTÃO PÚBLICA

Importantes dispositivos foram definidos no sentido de transferir para o poder local novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer a participação da sociedade nas decisões políticas (BRAVO, 2007). Além disso, a institucionalização de espaços participativos permitiu a inserção dos diversos setores organizados da sociedade na gestão das políticas públicas de diversas áreas.

No setor da saúde, as Conferências Nacionais de Saúde, juntamente com os Conselhos de Saúde assumem a condição de instância formal de exercício do princípio de participação

da comunidade na gestão das políticas públicas, pautadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (GUIZARDI et al, 2004). A consolidação desses espaços, para os quais foram canalizadas as demandas dos movimentos populares e sindicais, representa uma inovação que reconfigura e estabelece as novas bases para a relação entre Estado e sociedade (BRAVO, 2007).

A SAÚDE DO TRABALHADOR

O campo da Saúde do Trabalhador também vem contribuindo para as discussões sobre a inserção da participação social na diferentes fases de construção política. Surgido no ápice do processo de redemocratização do país, ele é fruto da articulação entre diferentes setores organizados da sociedade, do movimento sindical, de técnicos da rede de serviços de saúde e da academia, com o objetivo de superar o modelo clássico médico/assistencial/previdenciário (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; PINHEIRO, 2005). O ideário reformista do setor incorporou a questão do trabalho como categoria social e determinante dos processos de adoecimento da população trabalhadora (VASCONCELOS, 2007).

As conquistas desse período culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, que incorporou as questões de saúde do trabalhador ao enunciar o conceito ampliado de saúde e ao atribuir ao SUS a responsabilidade de coordenar as ações de saúde no país, com um cuidado diferenciado para os trabalhadores, considerando sua inserção no processo produtivo (DIAS; HOEFEL, 2005). Atualmente a área da Saúde do Trabalhador está estruturalmente alicerçada em uma dinâmica que envolve uma diversidade de atores sociais, trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores, em especial de organizações de trabalhadores e instituições que tratam de especificidades da área em questão (OLIVEIRA et al, 1997).

A INTERFACE COM O MEIO AMBIENTE

Também é importante registrar a aporte decisivo que o campo da Saúde do Trabalhador ofereceu como ponto de partida para refletir sobre a necessidade de uma abordagem integrada das políticas públicas, na perspectiva de suas inter-relações com a saúde, o trabalho e o meio ambiente (TAMBELLINI; CAMARA, 1998). A preocupação com os problemas ambientais, compreendidos também como uma questão social, vem sendo

manifestado na agenda de muitos movimentos sociais, despontando em debates polêmicos sobre os efeitos perversos do modelo de desenvolvimento econômico global (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

Dessa forma, surge o desafio da intersetorialidade, definida como a articulação de saberes e experiências na identificação participativa de problemas coletivos e nas decisões integradas sobre políticas e investimentos (JUNQUEIRA, 1996). A abordagem integrada das políticas públicas parte do pressuposto que existem problemas que não podem ser adequadamente resolvidos se examinados numa perspectiva puramente setorial (PECI; COSTA, 2002) e deve ser vislumbrada a partir a incorporação sistêmica destas inter-relações nas políticas de desenvolvimento (PORTO, 2005).

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO POLÍTICA

De acordo com Gehlen (2004), as políticas públicas eficientes devem incluir e identificar as potencialidades dos diferentes segmentos sociais, valorizando suas diferenças através de metodologias participativas no sentido de propiciar as condições para superação das desigualdades e promover a inclusão social. Dessa forma, o imbricado processo de construção de políticas públicas pode ser descrito pela interação das fases que compreendem a formulação, negociação, implementação, acompanhamento e avaliação.

A literatura no campo da análise desses processos chama a atenção para as relações intrínsecas existentes entre cada uma dessas fases e seus efeitos retroalimentadores, que se interferem mutuamente condicionando o sucesso ou o fracasso na execução da política (HILL; HUPE, 2002; MENICUCCI, 2006). Segundo Menicucci (2006), não há uma relação direta entre os conteúdos das políticas formuladas e os resultados da sua implementação, que podem ser diferentes da concepção original. Esse processo constante de adaptação, gerado em função das mudanças nos contextos, envolve a tomada de decisões que pode condicionar a criação de novas políticas. Com esse aspecto, se torna imperativo o desenvolvimento de estratégias que promovam a convergência dos interesses existentes, ao longo de todo o processo de construção política, em torno de objetivos comuns, por meio do diálogo entre os diversos atores envolvidos na sua implementação.

ARTICULAÇÃO EM REDE

A articulação em rede dos atores envolvidos em torno desses processos políticos vem se tornando uma estratégia chave, adotada para potencializar as ações coletivas na busca de soluções mais coordenadas, permitindo a integração dos atores em seus contextos relacionais específicos (SCOTT, 2000; FREEMAN, 1979). Os vínculos compartilhados entre os diferentes atores articulados em redes constituem estruturas relacionais que podem canalizar e/ou difundir informações, angariar apoios e alianças, influenciando as visões e as percepções, na escolha de estratégias para a formação de projetos políticos que tenham objetivos mais adequados às reais necessidades da sociedade (GRANOVETTER, 2000). Segundo Marques (2006), a utilização da análise de redes sociais pode contribuir de forma relevante para o estudo das políticas públicas, na medida em que as estruturas das redes podem influenciar as dinâmicas de poder que envolvem os processos decisórios.

TEMA, OBJETIVO E EIXOS NORTEADORES DA DISSERTAÇÃO

A análise dos processos de participação social, por meio da articulação em rede, que envolvem a construção das políticas públicas de saúde e suas relações com o trabalho e o meio ambiente, consiste no *tema central* dessa pesquisa. Com o enfoque no campo da Saúde do Trabalhador, esse estudo se insere no contexto dos desdobramentos políticos que envolveram a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST), realizada em novembro de 2005. *O objetivo geral* da pesquisa foi analisar a estrutura da participação dos atores sociais envolvidos na formulação e implementação das políticas de Saúde do Trabalhador, dando ênfase nas estratégias de manutenção de participação social de longo prazo e de integração com as questões ambientais.

A dissertação está estruturada em três capítulos, os quais consistem em artigos relacionados, embora independentes, que buscam responder as questões postas nos seguintes *eixos norteadores* de reflexão:

Eixo I. A participação de longo prazo dos atores sociais na construção de políticas públicas de Saúde do Trabalhador.

A participação dos diferentes setores organizados da sociedade ao longo das fases que envolvem os processos decisórios se torna fundamental para garantir a manutenção de

aspectos originais e essenciais das propostas formuladas e/ou sua adequação às realidades locais. Fortalecer as relações entre os espaços sociais diferenciados (o Estado, as associações, as entidades civis e lideranças comunitárias) pode favorecer a atuação política dos atores envolvidos na luta por políticas públicas mais legítimas e responsivas aos interesses dos usuários (BURSZTYN, 2000). Com isso, se justifica o estudo da continuidade da participação dos atores sociais envolvidos na construção de políticas públicas em Saúde do Trabalhador.

A partir disso, o primeiro capítulo descreve os processos que envolvem a construção de políticas públicas, destacando os fatores que condicionam sua execução. Contextualiza a existência de mecanismos de participação institucionalizados, analisando especificamente a 3ª CNST. Discute os instrumentos gerados nessa conferência, seus principais desdobramentos, bem como o perfil e a continuidade da participação dos atores envolvidos nesse processo até o atual momento. O objetivo específico desse capítulo consistiu em analisar os espaços de participação existentes na Saúde do Trabalhador, destacando as inovações, limitações e desafios que esses mecanismos apresentam para a participação de longo prazo no processo de formulação e implementação das políticas públicas de saúde.

Eixo II. A diversidade dos atores sociais e a multiplicidade de suas relações – o potencial da articulação em rede.

A diversidade de atores e suas representações institucionais nos processos decisórios, oferecem a oportunidade de reconhecimento e de incorporação dos interesses diferenciados da sociedade na formulação de políticas públicas em saúde (DAGNINO, 2002). A articulação em rede desses atores tem o potencial de promover as trocas de conhecimento e experiências entre os diversos grupos sociais, fornecendo melhores respostas aos problemas de saúde identificados (MERTENS et al, 2008). Nesse sentido, se justifica o estudo de redes sociais, a fim de analisar o padrão de comunicação e de colaboração entre os diferentes atores, que pode fornecer melhores pistas para o fortalecimento da participação na construção de políticas de saúde.

O segundo capítulo utiliza a análise de redes sociais como arcabouço conceitual e metodológico para mapear as relações entre os atores que participaram em dois encontros nacionais, posteriores à 3ª CNST, realizados em 2006 e em 2007. Descreve a formação da Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST), estruturada durante esses dois momentos e analisa como a participação de longo prazo pode estar associada a papéis

individuais diferenciados que promove uma maior eficiência para os processos de comunicação e colaboração em rede. O objetivo específico desse capítulo foi de analisar a articulação em redes de trocas de informação e de colaboração de diferentes categorias de atores sociais envolvidos na formação da REC-ST, ao longo dos anos de 2006 e 2007.

Eixo III. A participação social e sua interface nas áreas de saúde e ambiente

Os problemas de saúde coletiva muitas vezes são também expressões associadas aos problemas ambientais (PORTO; ALIER, 2007). Surge então a necessidade de uma visão mais abrangente acerca das complexidades que caracterizam a saúde, exigindo novas estratégias de intervenção e desenvolvimento de enfoques integrados. Assim, a interface das áreas de saúde e ambiente vem sendo amplamente discutida e se constituindo em marcos referenciais para a adoção de políticas públicas (RIGOTTO, 2003). Com isso, se justifica investigar o potencial dos diferentes atores sociais, participantes em processos decisórios, na atuação integrada dos campos profissionais e institucionais que envolvem as áreas temáticas de saúde do trabalhador e meio ambiente.

O terceiro capítulo aborda os pontos relacionados à interface das temáticas de saúde e meio ambiente a partir do campo da Saúde do Trabalhador. Analisa a adoção de enfoques integrados na construção das políticas públicas, por meio da participação dos atores sociais e de suas diferentes áreas de atuação. Utiliza a análise de redes sociais a fim de identificar a diversidade de temas de interesse dentro de uma rede formada por gestores, trabalhadores de saúde e usuários, envolvidos nos processos de implementação das deliberações da 3ª CNST. Discute as potencialidades, os desafios e as dificuldades da intersetorialidade na atuação política. O objetivo específico desse capítulo consistiu em analisar o potencial de articulação intersetorial dos atores sociais envolvidos na REC-ST, por meio das relações de trocas de informação e de colaboração, em diferentes temas de interesse relacionados aos problemas de saúde, trabalho e meio ambiente.

O referencial teórico a ser tratado após essa introdução consiste na descrição de conceitos-chaves utilizados na pesquisa, como o conceito integrado de saúde e trabalho, a participação e o controle social. Além desses, será apresentado o resgate histórico da conformação da Área da Saúde do Trabalhador, baseado na reflexão de seus fundamentos teóricos e práticos, permeando as diferentes fases de análise da relação trabalho-saúde, desde a Medicina do Trabalho, passando pela Saúde Ocupacional até a Saúde do Trabalhador.

Na conclusão geral será discutida a integração dos resultados dos capítulos anteriores e as considerações finais.

REFERENCIAL TEÓRICO

SAÚDE E TRABALHO

No Brasil a saúde se constitui em um direito social básico para as condições de cidadania da população (BRASIL, 2008). Entretanto uma concepção mais abrangente do termo supõe compreendê-la também como um padrão de qualidade de vida de uma sociedade (SPOSATI; LOBO, 1992). Segundo as autoras, a transmutação da saúde em mercadorias vem compondo o imaginário das pessoas, transformando-a em símbolos de consumo e onde também se insere a “naturalização” das doenças. A saúde é mais do que isso, “Saúde é mais do que ‘uma coisa’; ela é um valor e uma perspectiva” (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 367).

A revisão dos marcos conceituais do setor de saúde foi elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986. Nesse evento foram expressas as propostas construídas ao longo de quase duas décadas e que serviram de base para a Constituição Federal brasileira e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS, 2007). Existe um consenso sobre o importante papel que essa conferência assumiu, na definição dos princípios doutrinários que foram posteriormente incorporados ao texto da Constituição Federal de 1988 (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005).

Em seu relatório, o conceito ampliado de saúde foi definido como um direito social de todos cidadãos brasileiros e dever do Estado (BRASIL, 1987). Definido ainda, em seu sentido mais abrangente, como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1987, p.382). O direito social de ter garantia à condição de saúde traz, intrinsecamente em sua constituição, o conceito de participação social, a partir do reconhecimento e da pressão popular para a efetivação desse direito (SPOSATI; LOBO, 1992).

As lutas pela melhoria da saúde são históricas da nossa sociedade. Algumas das maiores conquistas nesse sentido foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual incorporou em seu texto o conceito ampliado de saúde, estabelecendo a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação da população como os princípios e diretrizes legais do SUS (BRASIL, 2006). As Leis Orgânicas da Saúde

(n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90) regulamentam esses princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental dos seres humanos.

Embora o arcabouço jurídico que institui o direito à saúde atualmente demonstre avanços no sentido de uma nova concepção de saúde, ele foi resultado de um longo processo de mudanças sócio-econômicas, políticas e culturais vividas por alguns países da América Latina, o qual suscitou, concomitantemente, a emergência de formulações teóricas sobre as relações saúde-trabalho. Nesse sentido, para se entender o conceito de saúde, ampliando sua abordagem para o processo e organização do trabalho como determinante de enfermidades, é importante resgatar as transformações sociais ocorridas nos últimos anos, muitas das quais são determinadas pela complexidade dos processos produtivos, que delimita as formas pelas quais o trabalho se organiza, hierárquica e assimetricamente, sob as regras do capital (BRASIL, 2007).

O conceito de trabalho se constrói a partir do processo pelo qual o ser humano se apropria e se relaciona com a natureza, para produzir bens materiais, modificando-a e modificando a si mesmo numa relação dialética entre a teoria e a prática, gerada pelo processo histórico (MARX, 1983). Karl Marx afirma em O Capital que

“O trabalho é, em primeiro lugar, um processo de que participam igualmente o homem e a natureza, e no qual o homem espontaneamente inicia, regula e controla as relações materiais entre si próprio e a natureza.” (MARX, 1983, p. 197).

Essa ação ocorre sobre o objeto e instrumentos de trabalho, configurando e caracterizando suas diferentes formas de organização, divisão, valorização, a formação social e os modos de produção (LACAZ, 2007). Falar em trabalho implica falar na relação capital-trabalho (COHN; MARSIGLIA, 1994) e, por conseqüência, na imensa transformação social decorrente dessa organização. Segundo as mesmas autoras, a organização do trabalho no capitalismo e suas transformações, estão expressas na necessidade constante de ampliar a produtividade visando à acumulação do capital. E, em decorrência desse modelo, surge a possibilidade da apropriação privada dos meios de produção, a exploração do trabalho por segmentos significativos da população e a apropriação do trabalho excedente realizado pelos trabalhadores.

Esses processos resultam em formas avançadas na divisão social do trabalho, correspondendo a uma distribuição de tarefas que os indivíduos desenvolvem na sociedade. Nesse sentido, o controle do processo de trabalho se faz na medida em que as tarefas de concepção se separam das de execução, gerando a desqualificação do trabalhador e a parcialização do trabalho (MARX, 1983). Além disso, o incremento da produtividade, com o desenvolvimento dos instrumentos de trabalho, como por exemplo, a maquinaria, desqualifica o trabalhador ainda mais, na medida em que ele passa a realizar tarefas isoladas sem conhecimento sobre a totalidade do processo de trabalho no qual está envolvido (COHN; MARSIGLIA, 1994).

Com a evolução da tecnologia industrial, no início do século XX, o *taylorismo* e o *fordismo* surgem como novos modelos para a compreensão da “organização científica do trabalho” e da produção nas empresas (PENA, 2006). Enquanto o primeiro modelo buscava reduzir ao máximo o tempo gasto na execução de cada tarefa, por meio do fracionamento do processo de trabalho em tarefas cada vez mais simples; o segundo buscava um ordenamento seqüencial em cadeia do processo de produção, com ritmo de trabalho bem definido. Ambos modelos convertem o trabalhador, de sujeito, em objeto de produção, com a separação extrema entre a concepção e a execução do trabalho (COHN; MARSIGLIA, 1994).

Atualmente, as discussões sobre as condições de trabalho e as doenças provocadas a partir delas vêm se tornando objeto de regulamentação (BRASIL, 2007). Entretanto, para se entender o processo saúde-doença, ampliando o conceito sobre o processo de trabalho como determinante de enfermidades, é importante resgatar todo o percurso de construção do campo da Saúde do Trabalhador, apontando as diferenças conceituais, teórico-metodológicas que a distingue da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE DO TRABALHADOR

A Medicina do Trabalho surge na Inglaterra, com a Revolução Industrial, na primeira metade do século XIX (MENDES; DIAS, 1991; GOMEZ; COSTA, 1997), em um momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente. Entretanto, os prejuízos econômicos decorrentes dos altos índices de acidentes de trabalho e adoecimentos em função da submissão dos trabalhadores a um processo desumano de produção, com jornadas extenuantes, em ambientes extremamente insalubres, exigiu intervenções no sistema,

sob o risco de tornar inviável a reprodução do próprio processo. Dessa forma, o médico passou a estar presente nas fábricas atuando como “braço direito” do empregador, na recuperação dos trabalhadores, visando principalmente o seu retorno à linha de produção (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido a finalidade da Medicina do Trabalho não era aprofundar o olhar médico para as enfermidades originárias na relação trabalho-saúde, mas sim, avaliar a adaptação física e mental dos trabalhadores para sua colocação no trabalho, podendo ou não devolver o paciente às fontes determinantes de seu mal-estar original (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006). Segundo o mesmo autor, a Medicina do Trabalho nasce fora do paradigma da saúde pública, assumindo o papel de criar e manter a dependência do trabalhador no exercício do controle direto da sua força de trabalho.

Outra característica dessa abordagem é sua orientação pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença, um agente etiológico (GOMEZ; COSTA, 1997). Centrada na figura do médico, atua essencialmente sobre as conseqüências, e a partir da identificação de riscos específicos isolados, tratando os sintomas associados a alguma doença legalmente reconhecida. Infelizmente, as enfermidades decorrentes do trabalho não são percebidas em suas fases iniciais, ao contrário, são muitas vezes confundidas com outras patologias, tornando difícil a identificação de sua origem.

Em decorrência do processo de transformações nos sistemas produtivos e, simultaneamente, pelo rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho, a Medicina do Trabalho revelou-se impotente para intervir sobre os problemas de saúde dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991). Seja por se tratar de uma “ferramenta técnica” da gestão de pessoas, em apoio ao desenvolvimento das linhas de produção, como também por estar impedida de colidir com o interesse maior dos processos produtivos (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006).

Como resposta, na primeira metade do século XX, surge a Saúde Ocupacional, a partir de uma proposta interdisciplinar, ampliando a intervenção do médico sobre o ambiente, a partir da integração de outras disciplinas e profissões. Com base na Higiene Industrial, a Saúde Ocupacional incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores é considerado na produção da doença, a partir da análise clínica e de indicadores ambientais de exposição e efeito (GOMEZ; COSTA, 1997).

Entretanto, na prática, essa abordagem repete as mesmas limitações da Medicina do Trabalho, onde os riscos são “naturalizados” e descontextualizados das razões de sua origem. Além disso, outros fatores podem ser listados para explicar sua insuficiência, como: a permanência do referencial mecanicista da Medicina do Trabalho; o descompasso da produção de conhecimento e de tecnologia com o ritmo da transformação do processo de trabalho; a dificuldade em se concretizar a interdisciplinaridade, com atividades justapostas e desarticuladas agravadas pelas lutas corporativas (MENDES; DIAS, 1991).

A partir dos anos de 1950, com a reorganização dos movimentos sociais, em especial na Europa, novos questionamentos emergiram sobre as condições de trabalho, bem como reivindicações para a garantia da saúde e da qualidade de vida. O movimento de Reforma Sanitária, originado na Itália, foi um marco dessas mudanças nas práticas da saúde, na medida em que envolveram organizações de trabalhadores, técnicos de serviços de saúde e instituições de ensino e pesquisa na luta por melhores condições de trabalho e de vida (DIAS; HOEFEL, 2005).

No Brasil, essas mudanças chegaram a meados dos anos 70, com a redemocratização do país, pelo fim da ditadura militar. Esse momento é marcado pela confluência dos movimentos sociais, com destaque para o retorno da atuação sindical, por meio da resistência, conquistas e inúmeras reivindicações (GOMEZ; LACAZ, 2005). A partir da formulação e da conquista de novos direitos, com o forte apoio dos trabalhadores e a atuação do movimento sindical, a Saúde do Trabalhador é colocada em pauta, na agenda da Reforma Sanitária Brasileira (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006).

Dessa forma, a conformação da área da Saúde do Trabalhador se inicia tendo como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas decisões de organização e gestão dos processos produtivos; a garantia de atenção integral à saúde (DIAS; HOEFEL, 2005). Segundo Gomez e Costa (1997) por Saúde do Trabalhador compreende-se

“Um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina

Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana. (GOMEZ; COSTA, 1997 p. 25)”.

Assim, com a Saúde do Trabalhador inicia-se a configuração de um novo paradigma, na tentativa de superação dos modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Entretanto, instaurar esse novo paradigma, significa enfrentar a hegemonia das concepções consolidadas, reproduzidas na formação de profissionais e sustentadas por recursos econômicos e técnicos. Atualmente é uma área em constante construção, freqüentemente constituída em arena de conflitos e entendimentos, formalizados ou pactuados entre trabalhadores, empresas e instituições públicas (GOMEZ; COSTA, 1997).

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

As mudanças no sistema brasileiro de saúde, como um dos efeitos da redemocratização, pode ser um dos principais determinantes da participação da sociedade civil nos processos decisórios de construção de políticas públicas do setor (CORTES, 2002). A Reforma Sanitária foi o resultado da ação política de uma elite de reformadores que, aproveitando da conjuntura favorável de democratização, estabeleceram importantes alianças com as lideranças dos movimentos sociais, no intuito de obter apoio popular para, junto ao poder executivo e legislativo, inserir mudanças político-institucionais que formariam a nova base para as políticas de saúde no país (WEIYLAND, 1995).

Esses novos sujeitos políticos, auto-denominados de “movimento sanitário”, aglutinados em torno de interesses da academia, do movimento médico, do movimento popular, de parlamentares, entre outros, foram bem sucedidos no processo de implementação da Reforma Sanitária, ocupando gradualmente as estruturas de governo, costurando importantes alianças no Congresso Nacional Constituinte, que acabaria por editar a nova Constituição de 1988, nela incluindo os princípios fundamentais do SUS (MENICUCCI, 2006; VASCONCELOS, 2007).

Essa aliança entre reformadores e movimentos sociais trouxe benefícios políticos para ambos os lados: para os movimentos sociais, com o aumento de sua influência política sobre o processo de tomada de decisão, por meio do acesso direto às autoridades de saúde e facilitada pelos espaços instituídos de participação; para os reformadores, com o apoio

político de massa para o enfrentamento de grupos de interesses contrários às reformas pretendidas (WEYLAND, 1995; CORTES, 2002).

Atualmente, alguns autores apontam a manutenção de uma relativa permeabilidade do setor de saúde àquelas representações da sociedade civil tradicionalmente engajadas no processo político. Entretanto ainda consideram a existência de práticas clientelistas e arranjos políticos paternalistas que dificultam a consolidação de uma participação autônoma da sociedade civil organizada (MARQUES, 1999; CORTES, 2002). Com a liberação política, a institucionalização de importantes mecanismos de participação social foram criados, a fim de garantir um controle social dos processos decisórios de construção política.

O conceito de *controle social*, que historicamente era entendido como controle do Estado e do empresariado sobre a sociedade, ao longo dos anos vem sendo reconfigurado para o “controle social sobre as ações do Estado” (BRASIL, 1986, p. 8) e que emerge então, como efeito da participação dos diferentes segmentos sociais organizados na luta pelo acesso às decisões políticas (BRASIL, 2003; GUIZARDI et al, 2004). O controle social na saúde também foi conquistado na Constituição de 1988 a qual o definiu como “a gestão participativa nas políticas públicas de saúde, onde a sociedade civil organizada planeja e fiscaliza a política local” (BRAVO, 2007).

Com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) e a Lei Federal 8.142/1990 a sociedade civil organizada passou a ter dois espaços permanentes de manifestação: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são instâncias com representação dos vários segmentos sociais que, a cada quatro anos, devem se reunir para avaliar e propor as diretrizes para formulação da política de saúde nas três esferas de governo (SPOSATI; LOBO, 1992). Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e usuários do SUS. Definidas como instâncias deliberativas do SUS, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde (BRASIL, 2005, 2006a, b).

Entretanto, as formas de atuação desses mecanismos são ainda muito questionadas quanto aos aspectos da legitimidade, representatividade e controle efetivo, além da diversidade de interesses imersos no contexto. De forma geral, o que se observa é que na maioria dos setores da política pública brasileira ainda prevalece um conceito restrito de controle social, sendo necessário fazer avançar nos mecanismos de participação, construindo

formas efetivas para garantir a representação dos múltiplos setores nos espaços coletivos, numa perspectiva de reconhecimento da pluralidade de pensamento e de interesses sociais (BRASIL, 2003). Essa conjuntura atual supõe uma nova instrumentação das lutas democráticas e populares, incluindo uma reavaliação dos canais de participação para assegurar que os membros sejam mais fortalecidos tecnicamente, representativos e legítimos, assegurando assim, as posições discutidas nas entidades representadas (BRASIL, 1995).

CAPÍTULO 1. PARTICIPAÇÃO SOCIAL: O ELO ENTRE A FORMULAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

1.1 INTRODUÇÃO

A construção de políticas públicas é um processo contínuo de interação e negociação entre os diferentes atores que participam na tomada de decisão (HILL; HUPE, 2002). Segundo os autores, os vários estágios constituintes do processo se relacionam à formulação (definição de diretrizes e estratégias de ação) e implementação (execução, acompanhamento e avaliação) que vão definir a manutenção, sucessão ou interrupção das políticas.

A participação dos potenciais beneficiários de uma política é importante tanto na definição dos seus objetivos, durante a fase de formulação, quanto na transformação desses objetivos em ações concretas, na fase da implementação. A inclusão das prioridades dos atores envolvidos nas diferentes fases de planejamento vindo sendo adotada como estratégia chave para dar respostas efetivas às necessidades da população. Além disso, a diversidade dos atores, seus diferentes níveis de envolvimento, em diferentes escalas de atuação (municipal, estadual e nacional) condicionam os tipos e as formas das decisões políticas (KAPIRIRI; NORHEIM; MARTIN, 2009).

Entretanto, o processo participativo de construção de políticas públicas se torna vulnerável às mudanças políticas e técnico-administrativas que podem ocorrer durante as trocas de governos locais, estaduais ou federais (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Essas mudanças podem comprometer principalmente a vinculação entre as fases de formulação e implementação, podendo levar à mudanças no conteúdo da política e na redução de benefícios potenciais para a população (HILL; HUPE, 2002; CECILIO et al, 2007).

Dessa forma, a continuidade da participação dos diferentes setores organizados da sociedade, em processos de tomada de decisão, pode permitir o acompanhamento das propostas a longo prazo e a incorporação de temas diferenciados e relevantes para a população, tornando as políticas públicas mais legítimas e responsivas às necessidades dos usuários (BURSZTYN, 2000; ASSIS; VILA, 2003). Klandermans e Oegema (1987) apontam

a carência de dados empíricos sobre a continuidade de processos participativos na construção de políticas públicas, desde a formulação até a implementação, indicando a necessidade de estudos longitudinais para esse propósito.

Para esse artigo, serão analisados os processos de participação social na construção de políticas públicas, dando ênfase na continuidade dessa participação nos processos decisórios, entre as fases de formulação e implementação, na diversidade dos atores envolvidos, e na definição coletiva dos temas prioritários da política adaptados à diversidade dos contextos locais.

1.1.1 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, a emergência dos movimentos sociais se tornou chave para as transformações políticas das últimas décadas, na medida em que estes passaram a participar nas distintas arenas do cenário político, inseridos nos processos de formulação, implementação e fiscalização de políticas públicas. As formas como as entidades de representação da sociedade civil passaram a participar no processo de construção de políticas públicas variaram ao longo dos diversos contextos históricos (BAQUERO, 2003; COHN, 2003).

Os setores da saúde e meio ambiente vêm incorporando a participação das organizações da sociedade civil na construção dos diversos campos de políticas públicas, por meio de canais representativos como, por exemplo, as conferências nacionais, os conselhos, os orçamentos participativos, as audiências públicas, entre outros (FARIA, 2007).

A Constituição Federal de 1988 formalizou o direito de participação da sociedade na formulação, gestão e controle de políticas públicas em diversas áreas (FARIA, 2007). Esses novos espaços possibilitaram a representação de diferentes segmentos sociais, instituídos na estrutura da gestão governamental (LABRA; FIGUEIREDO, 2002; CORTES, 2002; COHN, 2003; GUIZARDI et al, 2004; PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005; VASCONCELOS, 2007).

A realização de Conferências Nacionais de Saúde (CNS) é tradição no setor desde o início do século. São eventos periódicos que tem por objetivo o debate de interesses diferenciados que possam conduzir à formulação da política de saúde em cada esfera de

governo e propor diretrizes de ação. Suas deliberações passam a ser norteadoras no processo posterior de implementação (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005).

Mais recentemente, a formalização desses espaços de participação social foi instituída com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90), a Lei Federal 8.142/1990 e com a Resolução N° 333/2003 do Ministério da Saúde (MORAES, 2006). A composição desses espaços é paritária em relação ao conjunto dos segmentos representado, sendo compostos por 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação do governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2003, 2005a, 2006a, b, c).

Entretanto, a simples existência de espaços instituídos de participação nas diferentes fases da construção de políticas públicas não garante o envolvimento da sociedade na tomada de decisão que responda efetivamente às demandas sociais (VEIGA, 2007). Se faz necessária a existência de mecanismos que assegurem a participação da sociedade civil ao longo das diferentes fases, na formulação das políticas e também nos processos implementação, de forma a garantir o desenvolvimento de ações efetivas para melhorar a saúde da população (ALONSO; COSTA, 2002).

Com isso, destacamos a relevância em investigar o espaço coletivo de deliberação política das CNS, mais especificamente, da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), monitorando seus desdobramentos associados à continuidade da participação social na fase de implementação das políticas formuladas para a área.

1.1.1.1 A participação social no campo da Saúde do Trabalhador

As ações em Saúde do Trabalhador no Brasil iniciaram-se em meados dos anos 80, influenciadas pelo movimento de Reforma Sanitária Italiana, de forte inspiração operária, e moldadas a partir das contribuições da Medicina Social Latino-Americana (GOMES; COSTA, 1997; MACHADO; LACAZ, 2007; LOURENÇO; BERTANI, 2007, VASCONCELOS, 2007). A inovação do conceito residia na superação das referências técnico-científicas e político-institucionais sobre a relação saúde-trabalho, características dos campos clássicos e tradicionais da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (VASCONCELOS, 2007).

Nesse campo da saúde, a construção de políticas públicas sempre esteve intimamente relacionada ao grau de organização e pressão que a sociedade civil exerce sobre o Estado (HOEFEL, 2005; DIAS; HOEFEL, 2005). Os quase 25 anos de trajetória do campo foram marcados pela confluência dos movimentos sociais que reivindicavam direitos e representatividade no cenário político e social, fruto da articulação entre setores sindicais, técnicos da rede de serviços de saúde e da academia (GOMEZ; COSTA, 1997; PINHEIRO, 2005; OLIVEIRA, 2006).

A consolidação das idéias e o contorno das ações políticas para o campo passaram a ser mais contundentes a partir da realização da 1ª CNST, em dezembro de 1986, como desdobramento proposto pela 8ª CNS, que consolidou a proposta de criação do SUS (BRASIL, 1987). Ao final do ano de 2003, por ocasião da 12ª CNS, foi indicada a necessidade de realização da 3ª CNST. Sua organização incluiu uma etapa preparatória em que foram realizadas 1240 conferências, entre municipais, regionais e estaduais, com uma participação estimada de 100.000 pessoas durante todo o processo (LACAZ, 2007; BRASIL, [2009?]). Vasconcelos (2007) destaca a importância da realização das conferências municipais e estaduais anteriores à etapa nacional, como um momento de intensa mobilização social no processo de formulação da política, permitindo a difusão dos temas considerados prioritários pela sociedade.

Nessa fase preparatória da 3ª CNST foram realizadas 906 Conferências Municipais, 370 Conferências Regionais, 27 Conferências Estaduais, 20 Conferências Locais, no Distrito Federal, 16 encontros de preparação, até culminar na Conferência Nacional, realizada de 24 a 25 de novembro de 2005, em Brasília/DF (BRASIL, [2009?]).

Na etapa nacional foram discutidas e aprovadas 344 deliberações centradas nos seguintes eixos temáticos: I. Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)? II. Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País? III. Como efetivar e ampliar o Controle Social em saúde dos (as) trabalhadores (as)? (BRASIL, 2005b).

Esse conjunto de diretrizes se apresenta de forma abrangente a fim de regular as ações de saúde do trabalhador, em todos os níveis de gestão. Elas podem ser descritas tanto em termos gerais, sobre as relações de trabalho e as políticas de emprego; quanto em temas específicos. O segundo eixo é totalmente dedicado à aproximação da saúde do trabalhador às

temáticas ambientais e sua interface com as políticas de saúde ambiental e desenvolvimento sustentável, enquanto que o terceiro eixo está relacionado à necessidade de fortalecer as organizações do movimento social e dos trabalhadores, por meio do *Controle Social*, que pode ser entendido como o controle sobre o Estado, pelo conjunto da sociedade organizada em todos os segmentos sociais, das políticas aprovadas (BRAVO, 2007).

Percebe-se divergências na opinião de alguns autores quanto a existência de impactos favoráveis associados aos desdobramentos da 3ª CNST. Vasconcelos (2007) e Lacaz (2007) descrevem o baixo grau de articulação entre as deliberações aprovadas no que se refere às ações intersetoriais e aos temas emblemáticos. Pouca referência se faz quanto à manutenção das temáticas de interesse dos participantes na fase de implementação das políticas (VASCONCELOS, 2007). Além disso, os autores discutem a fragilidade da área e apontam dificuldades em sistematizar e implementar as propostas levantadas nas conferências nacionais (GOMEZ; LACAZ, 2005).

No entanto, no Relatório da 3ª CNST, o terceiro Eixo Temático das suas Deliberações é dedicado às estratégias de fortalecimento da participação social. Nesse ponto, se destaca a previsão de um processo de acompanhamento das propostas aprovadas na 3ª CNST para sua efetiva implementação. Descrita no artigo 300 do Eixo Temático III, visa:

“Garantir a efetivação das propostas aprovadas nas Conferências de Saúde do Trabalhador, de um modo geral, por meio de plenárias estaduais de acompanhamento, retornando o relatório final para as suas bases representativas, monitorando o cumprimento das propostas aprovadas, sendo enviada para o endereço de cada delegado participante, cópia do texto final” (BRASIL, [2009?] pag.147).

Com esse texto, se percebe a intencionalidade em dar continuidade ao processo de formulação desencadeado durante as etapas de realização dessa Conferência Nacional, vinculando as propostas planejadas às estratégias de implementação nas esferas estaduais e municipais.

1.1.2 O PROCESSO DE DEVOLUÇÃO DAS DELIBERAÇÕES DA 3ª CNST

Durante o ano de 2006 e 2007, os Conselhos Estaduais e a Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT) do Ministério da Saúde (MS), promoveram o Processo de Devolução

das deliberações aprovadas na 3ª CNST. Por meio da realização de Plenárias Estaduais Devolutivas (PED), esse processo pretendeu avançar na construção da Política de Saúde do Trabalhador e retornar para os estados as principais propostas aprovadas na 3ª CNST, de modo a dar continuidade ao alto grau de mobilização atingido nas etapas preparatórias da Conferência Nacional (BRASIL, [2009?]).

Para esses eventos, em cada estado, foram convidados os setores públicos interessados de diversas áreas e representantes das entidades de movimento social. A proposta de trabalho prevista nas PED e seus objetivos eram: 1. realizar uma discussão local das prioridades e desafios de ação política na área da saúde do trabalhador, a fim de fortalecer a participação social e a atuação dos diferentes atores envolvidos; 2. problematizar as realidades locais do estado e municípios, a fim de definir as temáticas prioritárias de saúde e relacioná-las às deliberações da 3ª CNST; 3. construir um Plano de Ação Estadual, por meio da pactuação com as diversas áreas e instâncias do setor público e nos diferentes níveis de gestão (municipal, estadual e nacional), no intuito de transformá-lo em atividades de intervenção de curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2007).

Assim, o objetivo desse artigo é investigar o processo participativo desenvolvido nas PED, associados às estratégias de implementação das deliberações da 3ª CNST. Para isso serão analisadas:

1. a manutenção da participação social em longo prazo entre as etapas preparatórias da 3ª CNST e a fase posterior de realização das PED;
2. a diversidade dos atores envolvidos, quanto à representação das entidades que estiveram presentes nesse espaço público de formulação e implementação política;
3. a diversidade de temas considerados prioritários pelos participantes e a existência de estratégias de implementação das propostas de ações políticas planejadas nos diferentes níveis de gestão.

1.2 METODOLOGIA

Buscou se focar na análise do principal desdobramento da 3ª CNST, a realização de 23 PED que ocorreram durante os anos de 2006 e 2007. Os dados foram analisados a partir das fichas de inscrição dos participantes e dos relatórios estaduais gerados em cada evento.

As fichas de inscrição forneceram as informações sobre a presença de cada participante nas etapas preparatórias da 3ª CNST. Isso permitiu analisar a continuidade da participação desses atores entre as fases de formulação e de implementação das deliberações da Conferência Nacional. As fichas continham também informações sobre a diversidade dos atores envolvidos nas PED, com relação às suas representações institucionais, vinculadas ao sistema público, e também às entidades de movimento social.

Os relatórios permitiram identificar os temas considerados prioritários para ação política em Saúde do Trabalhador eleitos por cada estado. Esses relatórios continham também a sistematização das atividades de intervenção a fim de implementá-las a curto, médio e longo prazo. Com isso foi possível analisar as estratégias de intervenção desenvolvida em cada estado.

1.2.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Foram coletados um total de 1677 fichas de inscrição em 20 PED de acordo com a lista de estados onde elas ocorreram (Tabela 1). Entretanto, em função do número distinto de respostas preenchidas nas fichas de inscrição para as diversas perguntas, os números totais utilizados (N) variaram entre as análises. Respectivamente, 1460 e 1422 foram os totais utilizados para a análise da participação nas etapas municipal/estadual e nacional da 3ª CNST, e 1483 foram os totais utilizados para análise da diversidade dos participantes e suas representações institucionais.

Tabela 1. Número de questionários coletados em cada Plenária Estadual Devolutiva.

Região	Estado	Questionários Coletados
Centro Oeste	Distrito Federal	*
	Goiás	45
	Mato Grosso	69
	Mato Grosso do Sul	98
Nordeste	Alagoas	85
	Bahia	41
	Ceará	143
	Maranhão	182
	Paraíba	40
	Pernambuco	173
	Piauí	29
	Rio Grande do Norte	80
Sergipe	32	
Norte	Acre	†
	Amapá	94
	Amazonas	47
	Pará	†
	Rondônia	45
	Roraima	†
	Tocantins	60
Sudeste	Espírito Santo	*
	Minas Gerais	91
	Rio de Janeiro	*
	São Paulo	214
Sul	Paraná	54
	Rio Grande do Sul	*
	Santa Catarina	55
TOTAL		1677

* Estados que não realizaram as PED.

† Estados que não disponibilizaram suas fichas de inscrições para a pesquisa.

1.3 RESULTADOS

1.3.1 A AGENDA DAS PED

Durante todo o ano de 2006, 22 estados realizaram as plenárias estaduais, seguindo suas agendas locais (Figura 1). O segundo e o terceiro trimestre de 2006 foi o período de maior mobilização em torno desses eventos, havendo ocorrido 19 PED no intervalo de seis meses. O estado do Pará realizou sua plenária em outubro de 2007, quase um ano após a 3ª CNST. O número de participantes varia consideravelmente entre os estados, com o mínimo de 15 participantes no estado de Roraima e o máximo de 240 no estado de São Paulo. Três estados da região nordeste, Maranhão, Ceará e Pernambuco, se destacaram com alto número de participantes. Até o presente momento, quatro estados não realizaram suas PED: Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal.

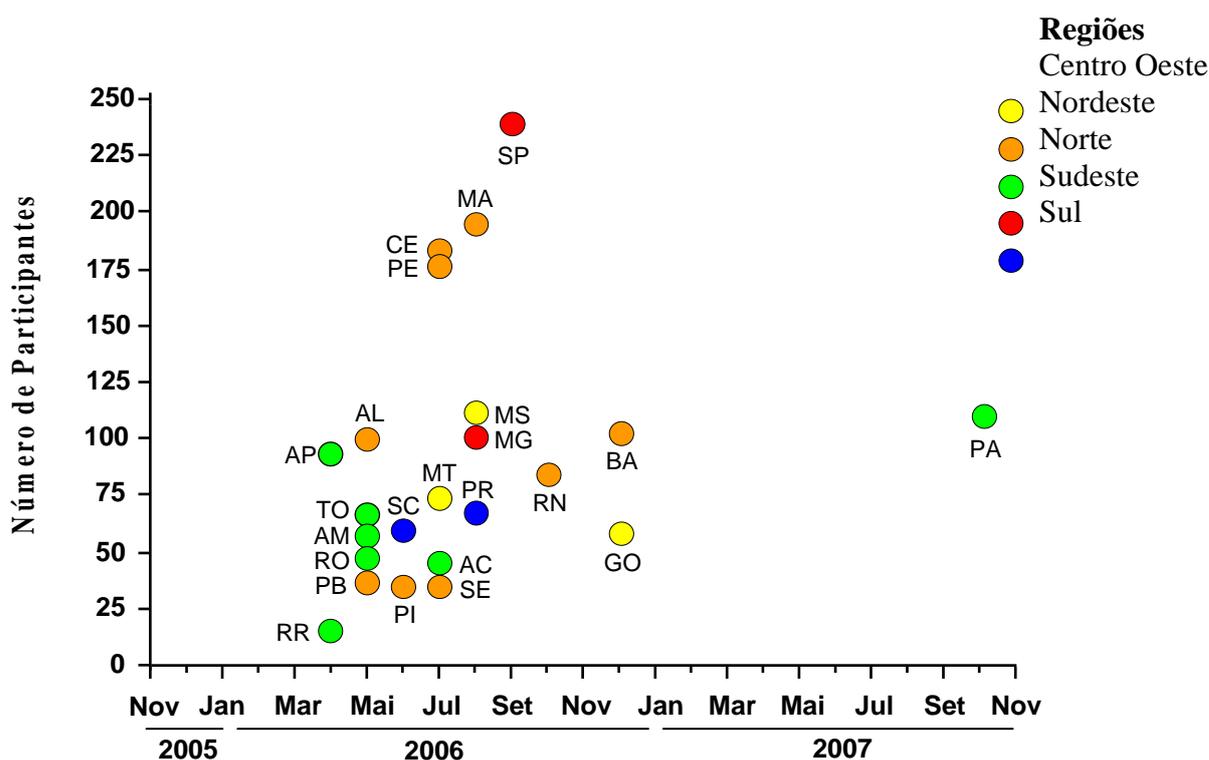


Figura 1. Relação entre os meses de realização das PED e o número de participantes por estado e região.

Com esses dados é possível perceber a uma grande mobilização dos atores em cada estado, em função do número expressivo de participantes. Além disso, chama atenção o potencial de alcance desses eventos, associado à participação da grande maioria dos estados brasileiros.

1.3.2 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE LONGO PRAZO

A Tabela 2 mostra a porcentagem dos participantes das PED que estiveram presentes nas etapas preparatórias (municipal e estadual) e na etapa nacional da 3ª CNST, distribuídos entre homens e mulheres. Se observa um decréscimo no número de participantes ao longo das três etapas, justificado pelo sistema de delegação destinado às parcelas representativas do controle social em cada fase do processo. Quase um quarto dos participantes das PED estiveram envolvidos na fase nacional da 3ª CNST, enquanto que a participação sobe para mais de 60 % nas fases estadual e municipal.

Outro ponto importante foi a notável presença das mulheres nesses eventos, sendo maioria em todas as etapas descritas.

Tabela 2. Distribuição dos participantes nas diferentes etapas preparatórias e pós 3ª CNST.

	N	Participantes dos Eventos					
		Total*		Mulheres†		Homens†	
		n	%	n	%	n	%
3ª CNST (Etapas)							
Municipal	1460	990	68	546	55	444	45
Estadual	1460	896	61	491	55	405	45
Nacional	1422	333	23	175	53	158	47
PED	1677	1677	100	942	56	735	44

* O Total é calculado a partir do número de fichas de inscrição coletadas (N).

† A porcentagem da participação de homens e mulheres é calculada a partir do total de participantes dos eventos (n).

1.3.3 A DIVERSIDADE DOS PARTICIPANTES DAS PED

A participação da sociedade civil em conferências nacionais é condicionada a sua eleição como delegado/delegada em cada etapa preparatória, por meio de sua representação institucional que pode ser vinculada às entidades de gestão e/ou às entidades de movimento social. Dessa forma, os participantes foram diferenciados de acordo com dois critérios de representação (Tabela 3):

- *Segmentos do SUS* – representação do controle social da saúde, que permite aos atores sociais participarem como delegados/delegadas das etapas da 3ª CNST. Inclui as categorias de usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço privado ou sem fins lucrativos. A representação de uma dessas categorias não possibilita sua participação em outra.

- *Entidades de Movimento Social* – representação das diferentes entidades de organização da sociedade civil, incluindo sindicatos, entidades religiosas, associações, partido político, ONGs, entre outras. Nesse critério os atores podem ter múltiplas afiliações.

Tabela 3. Porcentagem das Entidades de Movimento Social representadas entre as Segmentos do SUS.

<i>Segmentos do SUS</i>	Trabalhadores	Usuários	Gestores	Outros	Prestadores	TOTAL	
n	621	525	288	34	15	1483	
%	42	35	19	2	1	100	
	%	%	%	%	%	%	n
<i>Entidades de Mov. Social</i>							
Sindicatos	26	42	18	15	20	30	444
Religiosas	20	24	22	24	20	22	327
Associações	12	34	12	15	0	20	298
Partido Político	13	21	25	24	7	18	269
Cons. Saúde e Gestores	14	23	15	3	33	18	261
ONGs	6	20	12	12	20	12	182
Outros	9	10	11	15	53	10	153
CIST	1	4	5	0	20	3	41
Não participam	38	6	36	21	13	25	377

Os participantes das PED representam os diversos Segmentos dos SUS, sendo a categoria dos Trabalhadores da saúde a mais representada (42%), seguida pela dos Usuários (35%). Apesar dessa distribuição não acompanhar a paridade prevista no SUS (a qual presume que os usuários devem compor 50% do total dos participantes nos eventos das conferências nacionais, e os trabalhadores de saúde, 25%), a maior presença dos trabalhadores de saúde pode ser em resposta à mobilização desencadeada dentro das entidades gestoras, as quais organizaram os eventos e estimularam a participação do corpo de funcionários a elas vinculados. A categoria de Gestores está representada por 19% dos participantes das PED e os Prestadores de Serviços foram minoria (1%). Alguns participantes não se enquadraram dentro dos Segmentos do SUS (outros – 2%), se denominando representantes de entidades de educação (ensino fundamental e médio, universidades, etc.), facilitadores, convidados e de outras entidades governamentais.

Em geral, todas Entidades de Movimento Social estudadas estão representadas entre os participantes das PED. Os Sindicatos são mais representados (30%), reforçando sua condição de principal protagonista nas lutas políticas de diversas áreas e, em especial, na Saúde do Trabalhador. Em seguida, se destacam as entidades Religiosas (22%), as quais apresentam percentagens muito semelhantes em todas categorias de atores dos Segmentos do SUS. As Associações também apresentam alto grau de representação entre os participantes (20%). Essa categoria inclui as associações de trabalhadores, de portadores de deficiências, de moradores e de bairro, culturais, entre outras. A filiação aos Partidos Políticos por 18% dos participantes das PED destaca a cultura de representação partidária, freqüentemente presente em processos de construção de políticas públicas.

Os Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores estão representados por 18% dos participantes das PED, o que indica uma atuação formalizada desses atores, por meio dessas entidades instituídas na gestão pública. As ONGs foram pouco citadas entre os participantes (12%), juntamente com outras entidades de movimento social (10%), entre elas, entidades indígenas, cooperativas, conselhos de classes de trabalhadores, federações, clubes de serviço, fóruns, comitês, movimento estudantil, grupos ambientalistas, Agenda 21. As Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador - CIST¹ foram a menos citadas (3%), o que pode revelar uma possível dificuldade de articulação dessas comissões técnicas com o processo de devolução realizado.

A grande heterogeneidade na representação das Entidades de Movimento Social entre os participantes das PED também é percebida dentro de cada Segmento do SUS. Em geral, os atores possuem múltipla afiliação à essas entidades, descritas respectivamente em: duas (17%), três (7%), quatro (2%) e cinco (1%) afiliações, sendo que 49% dos participantes representam apenas uma entidade.

A categoria dos Usuários é peculiar em função da alta taxa de participação em todas as Entidades de Movimento Social, com destaque para os Sindicatos (42%) e Associações (34%) que são mais representados dentro dessa categoria. Os Trabalhadores de saúde é a categoria onde são encontrados o maior número de participantes que não está representado por nenhum movimento social, (38%), seguida pelos Gestores (36%). Essa última categoria se destaca com relação a grande participação em Partidos Políticos (25%).

¹ São criadas em âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Tem por finalidade articular políticas e programas de interesse intersetoriais, entre eles a Saúde do Trabalhador (Lei nº 8.080/90, art. 12 e 13, inciso VI).

Apesar da diversidade de Entidades de Movimento Social apresentada pelos participantes, chama a atenção o número de atores que não estão vinculados a nenhuma delas (25%).

1.3.4 OS TEMAS PRIORITÁRIOS

A participação dos diversos atores presentes nas PED possibilitou a identificação de uma diversidade de temáticas prioritárias de saúde em cada estado e a definição de estratégias para a implementação das Deliberações que respondam às efetivas demandas da população.

A Tabela 4a apresenta os Temas Prioritários eleitos em cada estado, reunidos segundo a frequência de citação no conjunto de relatórios gerados nas PED, agrupados nas cinco regiões geográficas do Brasil. Cada tema foi categorizado em função da natureza do seu interesse, ou seja, temas relacionados à saúde, ao trabalho e ao meio ambiente, e posteriormente foram reunidos em quatro grandes áreas temáticas: Saúde do Trabalhador, Meio Ambiente, Qualificação do Controle Social e Atividades Laborais.

Em relação à área temática de Saúde do Trabalhador, os 23 estados que participaram das PED apontaram diversos temas como prioritários para ação, entre eles, os mais citados foram os Acidentes de Trabalho (15) e às Doenças Ocupacionais (12). Muitos estados das regiões Nordeste e Sul destacam os acidentes de trabalho como prioritários. Já as regiões Nordeste, Sudeste e Sul apontam o tema LER/DORT (Lesão por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomusculares do Trabalho) como prioritário em seus estados. Outros problemas de saúde relacionados ao trabalho citados foram o assédio moral e a saúde mental.

É possível observar que grande parte das temáticas de saúde levantada se relacionava também à área ambiental (22), em especial a elevada referência ao uso indiscriminado de agrotóxicos (19) e contaminação ambiental por substâncias químicas (10). Entretanto, outros problemas de saúde e meio ambiente foram descritos, tais como, desmatamento e queimadas, contaminação de lençóis freáticos e rios, a questão do lixo e de saneamento básico precário e outras formas de poluição em geral.

Algumas das temáticas abordadas possuem abrangência nacional, enquanto outras estão relacionadas às especificidades regionais. O estado do Amapá aponta para contaminação ambiental associada às mineradoras, enquanto o estado do Ceará enfoca a intoxicação por

produtos químicos. As especificidades regionais observadas, ainda com relação à área ambiental incluíram o desmatamento, as queimadas e doenças como a malária nos estados do Acre e Rondônia; a poluição da água e a questão do lixo no Pará, Maranhão e Ceará; falta de saneamento básico em Pernambuco; doenças pulmonares causadas por poeiras no Rio Grande do Norte, entre outras.

Tabela 4. Lista de Temas Prioritários e Atividades de Intervenção presentes nos Planos de Ação Estadual das PED.

	C. Oeste (n=3)*	Nordeste (n=9)*	Norte (n=7)*	Sudeste (n=2)*	Sul (n=2)*	TOTAL (n=23)
a) TEMAS PRIORITÁRIOS						
1. Saúde do Trabalhador	3	9	7	2	2	23
Acidente de Trabalho	2	7	3	1	2	15
LER/DORT†	1	5	2	2	2	12
2. Meio Ambiente	3	9	7	2	1	22
Agrotóxicos	3	8	5	2	1	19
Contaminação por substâncias químicas	2	3	4	1	0	10
3. Atividades Laborais	1	7	3	1	0	12
Cana de Açúcar	0	2	0	1	0	3
Mineração	1	0	1	0	0	2
Indústria Têxtil e Calçados	0	2	0	0	0	2
4. Qualificação do Controle Social	1	3	3	0	1	8
b) PLANO DE AÇÃO						
Atividades de Intervenção						
Educativas	3	9	7	2	2	23
Capacitação	3	9	6	2	2	22
Informação	3	9	6	2	2	22
Diagnóstico	1	9	7	2	2	21
Estruturação	3	7	6	2	2	20
Fiscalização	2	4	2	1	1	10
Vigilância	3	2	3	1	0	9
Assistência	0	0	2	0	0	2

* Número de estados, na Região Geográfica, que realizaram a PED.

† Lesão por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomusculares do Trabalho

Algumas das temáticas abordadas possuem abrangência nacional, enquanto outras estão relacionadas às especificidades regionais. O estado do Amapá aponta para contaminação ambiental associada às mineradoras, enquanto o estado do Ceará enfoca a intoxicação por produtos químicos. As especificidades regionais observadas, ainda com relação à área ambiental incluíram o desmatamento, as queimadas e doenças como a malária nos estados do Acre e Rondônia; a poluição da água e a questão do lixo no Pará, Maranhão e Ceará; falta de

saneamento básico em Pernambuco; doenças pulmonares causadas por poeiras no Rio Grande do Norte, entre outras.

A área temática relativa às Atividades Laborais se refere aos problemas relacionados aos setores produtivos de maior impacto na saúde dos trabalhadores. Este dado varia muito entre as regiões, o que permite inferir que essas atividades dependem de contextos ambientais e de produção diferenciados para cada região. Alguns deles, comumente citados nos relatórios foram: o setor canavieiro, a mineração, e a indústria têxtil e de calçados. Além desses, em alguns estados foram pontuados atividades relacionadas à agropecuária e frigoríficos. A região nordeste se destaca pela elevada citação dessa área temática em seus estados (7).

O tema de Qualificação do Controle Social foi o menos citado como prioritário entre os estados e regiões (8).

1.3.5 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A partir do levantamento dos temas prioritários, em cada PED foram elaborados Planos de Ação para o encaminhamento de ações concretas que levariam à implementação das deliberações vinculadas às problemáticas de saúde identificadas. A Tabela 4b reúne as principais Atividades de Intervenção listadas no conjunto dos relatórios gerados em cada estado. Nesses Planos de Ação também foram identificadas as instituições e as instâncias de pactuação que deveriam se articular de modo intersetorial, bem como os mecanismos políticos existentes para tratar os problemas de saúde apontados.

O primeiro ponto de destaque desses planos é a grande demanda por ações educativas e de formação nas diversas áreas que envolvem a saúde do trabalhador. Os 23 estados que realizaram suas plenárias apontaram a prioridade de Atividades Educativas, seguidas pelas Atividades de Capacitação (22) e Informação (22), as quais somente o estado do Acre não especificou em seu Plano de Ação. Além dessas, as Atividades de Diagnóstico também foram fortemente indicadas (21), sugerindo a necessidade de um maior conhecimento técnico acerca dos problemas de saúde identificados em cada estado. Outra atividade frequentemente citada foi de Estruturação (20), que consiste na criação e/ou no fortalecimento das instituições que atendem as demandas de saúde, na implantação das CIST, no planejamento de novos programas, na formação de grupos de trabalho e fóruns ampliados de discussão. As atividades

de Fiscalização, Vigilância e Assistência foram menos citadas no conjunto das demais, embora em algumas regiões, a maioria dos estados tenha indicado essas atividades, a exemplo da região Centro Oeste e Sudeste.

1.4 DISCUSSÃO

O Processo de Devolução das Deliberações da 3ª CNST propiciou um novo espaço público para participação dos diversos setores organizados da sociedade que estiveram envolvidos ao longo das etapas preparatórias da Conferência Nacional e permaneceram engajados na transformação dessas Deliberações em ações concretas em todo o Brasil.

Esse processo, delineado por meio da realização das Plenárias Estaduais Devolutivas, pode ser considerado inovador no que se refere às estratégias de promover a continuidade da participação social entre as fases de formulação e implementação, fortalecendo a articulação entre os participantes desses eventos e suas entidades representativas. Além disso, favoreceu a definição coletiva de temas prioritários de saúde do trabalhador e sua incorporação nos objetivos dos planejamentos estratégicos, a fim de transformá-los em ações concretas.

Os resultados mostram que os diferentes atores sociais permaneceram participando em ambas as fases, de formulação das políticas de saúde do trabalhador, descritas ao longo das etapas preparatórias da 3ª CNST e de implementação, constituída na fase posterior das PED. Essa continuidade pode ser observada na alta taxa dos participantes das PED, mais de 60%, que também estiveram presentes em, no mínimo, uma das etapas que antecederam a Conferência Nacional. Essa permanência também é indicativa do grande envolvimento desses atores inseridos ao longo do processo, motivados por meio de suas nomeações como delegados para esses eventos, representando suas categorias de trabalho e as entidades de movimentos sociais.

A realização das PED em um curto intervalo de tempo após a 3ª CNST pode ter sido um fator relevante para assegurar o expressivo número de participantes observado. Esse dado é enfatizado pelo grande número de plenárias realizadas no primeiro trimestre de 2006. Além disso, o alcance nacional que esse processo proporcionou se observa na participação de mais de 80% dos estados brasileiros. A partir disso, vale a pena questionar a capacidade desses atores em capilarizar as discussões desses eventos para seus municípios. A ausência de quatro

estados no processo pode estar associada à divergência de interesses locais e/ou regionais em promover esse espaço de diálogo com a sociedade em suas localidades.

A diversidade dos atores participantes é observada em função da heterogeneidade das entidades de representação, de gestão e de movimento social, revelada no estudo. Além disso, os participantes das PED estão vinculados em cada um dos Segmentos do SUS, conferindo a legitimidade representativa necessária de participação nos processos decisórios do campo da saúde. Entretanto, não é encontrada nas PED a distribuição paritária desses segmentos prevista na legislação, para participação nas conferências. O fato da participação da categoria dos trabalhadores se sobressair a dos usuários pode ser atribuído à diferentes fatores tais como, melhor acesso às informações relacionadas a esses eventos, correlação de forças e poderes políticos que permitem uma maior porcentagem da participação da primeira categoria em relação a segunda, e finalmente, como muito desses trabalhadores estão inseridos no sistema público de saúde, eles podem ter maiores chances de obter permissão em se ausentar de seus trabalhos para participar desses eventos relacionados, em relação aos usuários, que podem ser trabalhadores de outros ramos e atividades.

A heterogeneidade das entidades representadas entre os participantes mostra o potencial da interação dos diferentes olhares e experiências no enfrentamento dos problemas de saúde. Os resultados revelaram que os participantes estão envolvidos em mais de uma entidades. Segundo Baquero (2003), a forma mais produtiva de participação para uma interação mais ampla com o conjunto de fatores que envolvem uma questão política, parece ser não apenas a participação em várias entidades, mas a participação em entidades com propósitos diferentes.

Além disso, a participação de longo prazo favoreceu a articulação das deliberações da 3ª CNST e sua adequação aos problemas considerados prioritários na escala local, privilegiando a definição de estratégias adequadas às realidades de cada região. A diversidade temática levantada nesses eventos revela a necessidade de abordagens integradas na perspectiva de suas relações com a saúde, o trabalho e o meio ambiente. Esses três componentes temáticos foram fortemente citados nos Planos de Ação dos estados que realizaram as PED, quase na mesma proporção, sugerindo a necessidade da interface entre essas áreas de atuação na construção de políticas integradas que considerem a complexidade dos atuais problemas de saúde no Brasil.

O desafio da intersetorialidade, definida como a articulação de saberes e experiências na identificação participativa de problemas coletivos e nas decisões integradas sobre as políticas e os investimentos, pode vir a ser enfrentado com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, prevista para acontecer no final de 2009. Esse evento pode ser uma nova oportunidade para a incorporação das questões ambientais nas diversas políticas de desenvolvimento, com a efetiva participação da sociedade.

Um dado contraditório que chamou atenção foi a pouca referência ao tema de Qualificação do Controle Social nos relatórios estudados. Levando em consideração que um dos principais objetivos desses eventos era fortalecer a atuação desses atores e a sua participação na gestão pública, a pouca referência do empoderamento social só é identificada quando se discute as estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde, meio ambiente e trabalho elencados nos relatórios. Isso pode ser em função de uma concepção de controle social não como um fim, mas como um meio de alcançar os objetivos almejados por esses atores, na forma de atividades educativas, de capacitação e informação. Com respeito aos temas relacionados às atividades laborais, são citados os maiores setores produtivos no Brasil, indicando a necessidade do diálogo com essas grandes áreas de produção em processos políticos, visando o comprometimento na adequação de ambientes de trabalho saudáveis.

Algumas questões do presente estudo devem ser consideradas a fim de direcionar novas estratégias de pesquisa que contemplem alguns fatores não analisados, entre eles a análise dos relatórios municipais e estaduais das etapas preparatórias da 3ª CNST, a fim de correlacionar as demandas sociais levantadas na escala local e regional, com o conjunto de deliberações elaboradas na etapa nacional. Com relação ao Processo de Devolução, algumas limitações são observadas no que se refere a necessidade de realizar uma nova fase de acompanhamento da execução dos Planos de Ações de cada estado, a fim de identificar sua viabilidade e os possíveis caminhos desenvolvidos para a implementação das deliberações da 3ª CNST, suas dificuldades e desafios.

Uma consideração importante desse processo é que merece relevância para a elaboração de uma nova questão de pesquisa se refere às formas pelas quais o processo de fortalecer a participação social em contextos políticos pode ser apropriado e/ou manipulado por diferentes grupos de elites políticas locais e regionais, que se valem da mobilização popular alcançada para manter suas relações de poder, direcionando os resultados segundo seus próprios interesses. Dessa forma, se torna fundamental investigar como esse processo

possibilitou o empoderamento dos movimentos sociais, no sentido de influir efetivamente em decisões políticas que favoreçam os setores sociais por eles representados, para o enfrentamento das dificuldades decorrentes na manipulação e manutenção de poderes locais.

Para responder a essas questões boas perspectivas são vislumbradas com relação à continuidade e ao fortalecimento da participação da sociedade nos processos decisórios, por meio do desenvolvimento de novas estratégias de articulação desses atores, em redes de discussões e colaborações políticas. A estruturação da Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST), uma rede de formação e qualificação do controle social, que vem ocorrendo ao longo dos últimos três anos, pode ser uma nova oportunidade para a efetiva atuação da sociedade na gestão das políticas públicas planejadas.

Com esse trabalho é possível concluir sobre a importância da manutenção de processos políticos que valorizem a participação da sociedade, permitindo o fortalecimento da articulação entre os diferentes setores organizados, no sentido de potencializar suas atuações, contribuindo para a democratização do processo de tomada de decisão do setor saúde. A consolidação desses espaços pode auxiliar no empoderamento dos atores sociais, em sua articulação direta na gestão da coisa pública. No entanto, segundo Gonh (2004), a participação da sociedade civil não pode se resumir a esses espaços construídos na esfera pública, mas sim ela deve emergir de estruturas participativas organizadas autonomamente da sociedade civil.

1.5 REFERÊNCIAS

ALONSO, A.; COSTA, V. Ciências Sociais e Meio Ambiente no Brasil: um balanço bibliográfico. **BIB - Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais**, ANPOCS, n. 53, pp.35-78, 2002.

ASSIS, M. M. A.; VILA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 376-382, 2003.

BAQUERO, M. Construindo uma outra sociedade: O Capital Social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, n. 21, p. 83-108, 2003.

BRASIL. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987, 41p.

_____. **A Prática do controle social:** Conselhos de Saúde e financiamento do SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60p.

_____. **Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003.** Brasília; Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2005a. 11p.

_____. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador:** Trabalhar, sim! Adoecer, não! Coletânea de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 215p.

_____. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 208p.

_____. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 156p.

_____. **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde:** Resgate Histórico do Controle Social no SUS. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 256p.

_____. **Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana:** Educação, comunicação e controle social em saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. 120p.

_____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores.** Brasília: Ministério da Saúde, [2009?], 173p.

BRAVO, M. I. S. Participação social e controle social. In: **Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana: Educação, comunicação e controle social em Saúde do Trabalhador** (Textos de Apoio). Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. 119 p.

BURSZTYN, M. Políticas públicas e o desafio das desigualdades regionais. **Ciclo de Palestras sobre Desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Integração Nacional, p. 53-56, 2000.

CECILIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, 2007.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde, **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, 2002.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 817-828, 2005.

FARIA, C. F. Sobre os determinantes das políticas participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais da Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste In: AVRITZER, L. (Org.). **Participação Social no Nordeste.** Belo Horizonte: UFMG, 2007.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, p. 211-259, 2000.

GOMES, C. M.; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

GONH, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.20-31, 2004.

GUIZARDI et al, Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde, **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15- 39, 2004.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing Public Policy**. Londres: Sage Publications, 2002. 231p.

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: Trabalhar, sim! Adoecer, não! **Coletânea de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde. p. 72-78, 2005.

KAPIRIRI, L.; NORHEIM, O. F.; MARTIN, D. K. Fairness and accountability for reasonableness. Do the views of priority setting decision makers differ across health systems and levels of decision making? **Social Science & Medicine**, v. 68, p. 766–773, 2009.

KLANDERMANS, B.; OEGEMA, D. Potentials, Networks, Motivations, and Barriers: Steps Towards Participation in Social Movements. **American Sociological Review**, v. 52, n. 4, p. 519-531, 1987.

KOHLER, M. C. M. Agenda 21 local: Desafios da sua implementação. Experiências de São Paulo, Rio de Janeiro, Santos e Florianópolis. 2003. 176p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e Perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 3, p. 121-130, 2003.

MORAES, H. H. S. Informação em saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação. In: **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília. Ministério da Saúde, p. 17-27, 2006.

OLIVEIRA, V. C. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 29-43, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 (Sup), p. 1819-1829, 2007.

PEDROSA, J. I. S. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 13, n. 4, p. 741-748, 1997.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.

PINHEIRO, T. M. M. **Produção-consumo e ambiente**: uma visão da saúde do trabalhador, p. 511-536, 2005. Disponível em: [http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/leitura2008/Produ%C3%A7%C3%A3o%20Consumo%20e%20Ambiente%20\(Pinheiro%202005\).pdf](http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/leitura2008/Produ%C3%A7%C3%A3o%20Consumo%20e%20Ambiente%20(Pinheiro%202005).pdf). Acesso em: 28 junho 2008.

VASCONCELOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma Política de Estado. 2007. 421p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

VEIGA, B. G. A. Participação social e políticas públicas de gestão das águas: olhares sobre as experiências do Brasil, Portugal e França. 2007. 320p. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) – Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília.

CAPÍTULO 2. CONTINUIDADE DE PARTICIPAÇÃO E ESTRUTURA DE REDES SOCIAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

2.1 INTRODUÇÃO

A participação da população é reconhecida como elemento essencial para melhorar a qualidade das políticas de prevenção e de promoção da saúde (BUTTERFOSS, 2006; CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007). A diversidade dos atores, a continuidade no envolvimento e a organização em rede são três fatores que podem afetar a efetividade do processo participativo (TAKÁCS; JANKY, FLACHE, 2008). A participação das diversas categorias de atores, nos processos de formulação das políticas, facilita a identificação dos problemas prioritários e o desenvolvimento de soluções adaptadas às diversidades das demandas sociais (BAQUERO, 2003). A continuidade no processo participativo pode assegurar o acompanhamento das políticas públicas da fase de formulação até a fase de implementação. A organização em rede, onde os diversos atores trocam informações e experiências, favorece a difusão das soluções voltadas para problemas compartilhados e a ação coletiva (MERTENS, 2005). No presente artigo, analisamos a diversidade, a participação em longo prazo e a organização em rede dos atores envolvidos na Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST) no processo de implementação das deliberações da 3ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador (3ª CNST).

2.1.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A ARTICULAÇÃO EM REDE NA FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, instituiu a participação social como uma diretriz essencial dos serviços de saúde (BRASIL, 2000). Dessa forma, novos espaços foram institucionalizados permitindo a participação da sociedade na gestão pública de políticas (CORTES, 2002; DADNINO, 2002; GONH, 2004; GUIZARDI et al, 2004). Segundo Machado e Porto (2003) esses espaços participativos possibilitam a adaptação das demandas à diversidade e prioridades regionais e locais desde a formulação até a implementação das políticas em saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), desde a promulgação da Lei 8.080 de 1990, se constituíram como um exemplo desses espaços, em que as organizações da sociedade podem se envolver na formulação de políticas, a partir de um processo de definição de prioridades, diretrizes e planejamentos que vão orientar o período posterior de implementação (GUIZARDI et al, 2004).

2.1.1.1 Participação social nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST)

Vasconcelos (2007) descreve as CNST como espaços ricos de formulação de propostas, entretanto questiona a capacidade do estado em dar respostas às demandas levantadas. As decisões políticas associadas às prioridades da população podem ser influenciadas em função da diversidade dos atores participantes, dos diferentes níveis de envolvimento desses e das diferentes escalas de atuação (municipal, estadual e nacional) (KAPIRIRI; NORHEIM; MARTIN, 2009).

A participação dos atores nessas conferências é condicionada às suas vinculações em entidades, órgãos e instituições delegadas que, por meio de representação paritária, se agrupam em quatro segmentos do Sistema Único de Saúde (SUS) a seguir (BRASIL, 2003, 2005):

1. *Gestores*: Representantes do governo, vinculados às entidades de saúde, nas diversas escalas (municipal, estadual e nacional) que ocupam cargos de direção ou gerência na administração pública, nomeados ou indicados. Podem ser inscritos nas conferências como representantes de Departamentos de Saúde (autarquia ou instituto), Secretaria da Saúde, Regional de Saúde, FUNASA e outros órgãos do Ministério da Saúde, Unidades de Saúde, Hospitais.
2. *Prestador de Serviços em Saúde*: Representantes de organizações privadas ou sem fins lucrativos que prestam serviços ao SUS, podendo ser inscritos a partir das Federações de Hospitais Privados e Universitários, Consórcios e Convênios de Saúde, Universidades e entidades formadoras conveniadas ou contratadas pelo SUS.
3. *Trabalhadores de Saúde*: profissionais das diversas áreas da saúde, médicos, enfermeiros, técnicos, fonoaudiólogos, psicólogos, serviço social, entre outros. Suas inscrições nas

conferências são realizadas a partir das suas entidades que congregam e representam seus interesses, entre elas, sindicatos, associações, federações, confederações e conselhos de classe.

4. *Usuários do SUS*: Indivíduos cuja única aproximação com o Sistema de Saúde Pública é na qualidade de usuário. São representantes da sociedade civil, por meio de entidades sociais, entre elas, associações de portadores de patologias, associações de portadores de deficiências, entidades indígenas, movimentos sociais e populares organizados, movimentos organizados de mulheres, entidades de aposentados e pensionistas, entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais, entidades de defesa do consumidor, organizações de moradores, entidades ambientalistas, organizações religiosas, entidades patronais (urbanas e rurais).

Cada um desses segmentos tem direito a uma porcentagem da inscrição de delegados/delegadas para as Conferências de Saúde: 25% para os gestores e prestadores de serviços; 25% para os trabalhadores de saúde; e 50% para representantes de entidades de usuários (BRASIL, 2003).

O potencial de envolvimento dessa diversidade de atores representantes de múltiplas entidades nas conferências oferece oportunidades de reconhecimento e de incorporação de interesses diferenciados e legítimos da sociedade na formulação de políticas públicas em saúde. (DAGNINO, 2002).

2.1.1.2 Continuidade na participação

A participação dos potenciais beneficiários das políticas de saúde na fase de formulação pode contribuir para a definição de propostas baseadas nas demandas da sociedade, porém não garante sua implementação (HILL; HUPE, 2002). Mudanças político-administrativas podem comprometer a fase posterior à formulação, estando muitas vezes associadas à rotatividade dos membros gestores e equipe técnica em cada troca de governo, e também à falta de vontade política em dar continuidade a programas e projetos já iniciados no governo anterior (KOHLE, 2003; CECILIO; ANDREAZZA, 2007).

Com relação às CNST, alguns autores apontam a falta de iniciativa do Estado em dar continuidade às discussões travadas nesses eventos, no que se refere à sistematização e ao encaminhamento das deliberações aprovadas para sua implementação (VASCONCELOS,

2007; LACAZ, 2007). Além disso, não existem registros anteriores de estratégias de participação social no acompanhamento das propostas oriundas dessas conferências nacionais.

Entretanto, a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST), realizada em novembro em 2005, inovou ao incorporar em suas deliberações a necessidade da realização de um “Processo de Devolução” para os estados, do conjunto de propostas aprovadas. Assim, duas importantes fases podem ser descritas: a primeira está associada à organização da conferência que mobilizou aproximadamente 100.000 pessoas nas etapas preparatórias municipais e estaduais, dedicada à formulação das políticas; a segunda fase corresponde a realização de 23 Plenárias Estaduais Devolutivas (PED), realizadas após a conferência entre 2006 e 2007, que teve como objetivo dar continuidade ao processo de formulação e garantir a implementação, nas esferas estaduais e municipais, das 344 deliberações aprovadas (BRASIL, [2009?]).

Mais de 60% dos participantes das PED também estiveram presentes em pelo menos uma das etapas preparatórias municipais e/ou estaduais. Dessa forma, as PED representaram uma oportunidade para assegurar a continuidade da participação dos diferentes setores organizados da sociedade, permitindo o acompanhamento das deliberações nas diferentes fases de formulação e implementação das políticas públicas de saúde do trabalhador.

2.1.1.3 Articulação em rede

A articulação em rede pode facilitar a difusão de informações (ROGERS, 1995), promover as trocas de conhecimento e experiências entre as pessoas ou grupos sociais que possuem objetivo compartilhado (MERTENS et al., 2008), fornecer melhores respostas aos problemas identificados na área da saúde pública (ROVERE, 1998) e favorecer a ação coletiva e o capital social (PRETTY, 2003).

Durante a realização das PED foram identificados temas prioritários, compartilhados entre a maioria dos estados das diversas regiões brasileiras. O mais citado na maioria dos estados foi o uso indiscriminado de agrotóxicos, que pode ser considerado um exemplo de problemática complexa, multiescalar, que demanda ações intersetoriais. A organização em rede dos diversos atores envolvidos em uma temática desse tipo pode oferecer uma estrutura de comunicação favorável a construção interdisciplinar e intersetorial. A articulação em rede

dos diversos atores participantes das PED aumenta o potencial de troca de saberes e experiências, para responder à complexidade das problemáticas de saúde, por meio de uma abordagem integrada e intersetorial, permitindo a vinculação dos interesses diversos associados aos processos decisórios na construção de políticas públicas (ASSIS; VILA, 2003).

2.1.1.4 A Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador – REC-ST

A realização das PED forneceu um rico espaço onde os participantes se articularam em torno de prioridades locais e regionais de saúde, a fim de estabelecer parcerias e estratégias de enfrentamento para os problemas de saúde identificados. Além disso, a estruturação da REC-ST foi outra estratégia encontrada para dar continuidade às atividades iniciadas nas PED e fortalecer a atuação dos participantes, por meio de atividades de implementação.

O núcleo inicial de articulação da REC-ST foi formado por quatro participantes das PED de cada estado, escolhidos por meio de debates coletivos. Entretanto, todos os participantes das PED foram convidados a fazer parte da rede como membro potencial, deixando sua vinculação à critério do interesse de cada um. Dessa forma, inicialmente, a REC-ST foi formada por aproximadamente 140 membros. Ao longo dos anos de 2006 e 2007, com o envolvimento de novos atores, a rede cresceu e hoje está composta por aproximadamente 300 trabalhadores representantes da sociedade civil, gestores públicos e profissionais de saúde da grande maioria dos estados brasileiros.

A REC-ST oferece um objeto de estudo privilegiado para analisar a organização em rede de diversos atores envolvidos na implementação de políticas públicas de saúde do trabalhador.

2.1.2 A ANÁLISE DE REDES SOCIAIS

A análise de redes sociais estabelece um novo paradigma na pesquisa sobre a estrutura social. Como uma ferramenta de estudo das relações entre indivíduos ou grupos em diferentes situações sociais, permite diversas abordagens que visam analisar o compartilhamento de

informações, conhecimentos e recursos entre os atores sociais de redes formais e informais (SCOTT, 1995; MERTENS et al, 2005).

Uma rede é formada por um conjunto de elementos, chamados nós, com conexões entre eles, os elos (NEWMAN, 2003). Assim, um grupo de indivíduos conectados entre si por meio de relações sociais específicas, pode ser considerado uma rede social (SCOTT, 1995; WASSERMAN; FAUST, 1994). A análise de redes sociais estuda as relações entre o comportamento dos indivíduos na escala micro e o padrão de interações entre os indivíduos na escala macro (WASSERMAN; FAUST, 1994). Estas relações são analisadas por meio da integração de dados atributivos, que são definidos ao nível dos indivíduos, como o gênero, a idade, a atividade profissional ou afiliação a política; e de dados relacionais, que são definidos ao nível de pares de indivíduos e que descrevem os elos de um determinado tipo como, por exemplo, as relações de comunicação, parentesco, de amizade, de poder, entre outras (SCOTT, 1995).

Os dados relacionais são utilizados para revelar o padrão de interação entre os indivíduos. Amizade (FARARO; SUNSHINE, 1964), colaborações científicas (NEWMAN, 2001), relações sexuais (BEARMAN; MOODY; STOVEL, 2002; LILJEROS et al, 2001), comunicação por meio de email (EBEL; MIELSCH; BORNHOLDT, 2002), conselhos entre organizações (SAINT-CHARLES; MONGEAU, 2005), discussão interpessoal (MERTENS et al, 2005, 2008) ilustram a grande variedade de relações sociais que tem sido estudadas do ponto de vista das redes sociais.

2.1.2.1 Propriedades das redes

Algumas propriedades das redes são especialmente relevantes para analisar os processos de comunicação e de colaboração entre indivíduos e grupos: a conectividade da rede, a distância média entre os indivíduos e a centralidade dos indivíduos (WASSERMAN; FAUST, 1994).

Conectividade

Para que uma informação possa ser comunicada ou uma experiência possa ser compartilhada entre dois indivíduos, eles precisam ser conectados diretamente ou por meio de

outros. Se existe um caminho que conecta cada par de indivíduos na rede, ela é chamada de rede conectada e as informações e experiências têm o potencial de serem transmitidas entre qualquer par de indivíduos. Diferentemente, se a rede é composta de diversos grupos entre os quais não existe um caminho que conecta os indivíduos, ela é dita desconectada. Estes grupos são chamados de componentes e as informações ou experiências podem ser compartilhadas somente entre os indivíduos que pertencem ao mesmo componente e não entre os indivíduos de componentes distintos.

Distância média entre os indivíduos

O potencial de comunicação e de trocas dentro de uma rede depende também da distância entre os indivíduos. A distância entre dois nós é definida como o número de elos no caminho mais curto entre eles (WASSERMAN; FAUST, 1994). A distância média, que consiste na média das distâncias entre cada par de indivíduos na rede, constitui uma medida que pode ser usada para avaliar globalmente os processos de comunicação na escala da rede completa. É importante notar que esta medida somente pode ser calculada para o conjunto de indivíduos que pertencem ao mesmo componente, já que na rede não existem caminhos entre indivíduos que pertencem a componentes distintos.

Uma distância curta em uma rede social revela o potencial para uma comunicação eficiente, permitindo que as informações ou experiências sejam trocadas entre qualquer par de indivíduos com um pequeno número de intermediários. Vários autores identificaram distâncias curtas em diversas redes sociais: a atuação conjunta em filmes (WATTS; STROGATZ, 1998), a co-autoria na publicação de artigos científicos (NEWMAN, 2001), as trocas de emails (EBEL et al, 2002), a discussão sobre saúde (MERTENS et al., 2008) e a amizade (ADAMIC; ADAR, 2003).

Medidas de centralidade dos indivíduos

Três medidas de centralidade, o grau (*degree*), a intermediaridade (*betweenness*) e o afastamento (*farness*) podem ser utilizadas para diferenciar os indivíduos no que diz respeito a seus papéis nos processos de troca de informação e experiências.

A *centralidade de grau* é o número de relação direta que um indivíduo tem com outros indivíduos na rede (FREEMAN, 1979; WASSERMAN; FAUST, 1994). Em redes de trocas de informação, um indivíduo com um grau alto pode ser considerado um ponto focal de comunicação, pelo menos localmente com as pessoas com quem mantém contato direto. Os indivíduos com um grau baixo podem ser considerados periféricos, com pouco envolvimento no processo de comunicação. Os isolados, com grau igual a zero, não trocam informações com os outros membros da rede.

A *centralidade de intermediaridade* é uma medida de rede que captura a propriedade de um indivíduo estar freqüentemente no caminho mais curto entre outros pares de indivíduos (FREEMAN, 1979; WASSERMAN; FAUST, 1994). Em redes de troca de informações, um indivíduo com alta intermediaridade, está posicionado estrategicamente entre outros indivíduos e possui um potencial de controle nos processos de comunicação, favorecendo ou inibindo o fluxo de informações dentro do grupo. Em redes de colaboração, os indivíduos intermediários podem controlar e articular as atividades coletivas.

A *centralidade de proximidade* é uma medida que expressa o quanto um indivíduo precisa de poucos intermediários para alcançar os demais indivíduos (FREEMAN, 1979; WASSERMAN; FAUST, 1994). O afastamento (*farness*), a soma das distâncias de um indivíduo em relação aos demais indivíduos na rede, é utilizado para avaliar a centralidade de proximidade: quanto menor o afastamento de um indivíduo maior sua centralidade de proximidade.

2.1.2.2. Aplicação das medidas ao estudo da REC-ST

Analisar as propriedades constituintes das redes sociais se torna essencial para estudos de grupos organizados que pretendem fortalecer suas articulações e potencializar suas atuações nas diversas situações. Com essas medidas é possível, na prática, identificar os fatores que podem facilitar no desenvolvimento de estratégias mais direcionadas para alcançar diferentes objetivos e atribuições.

A organização em rede da REC-ST buscou potencializar as trocas de informações e fortalecer as colaborações entre os participantes, a partir das experiências desenvolvidas nos diversos estados. Utilizaremos a análise de redes sociais a fim de estudar o padrão de

comunicação e de colaboração entre os membros da REC-ST e identificar o potencial dessa rede em promover a articulação em longo prazo entre os participantes.

2.2 METODOLOGIA

A REC/ST foi sendo estruturada progressivamente ao longo da realização das PED, entre 2006 e 2007. Os participantes desses eventos nomeavam, por meio de debates coletivos, os membros que passariam a integrar a REC-ST. Três encontros nacionais envolvendo o conjunto dos seus membros foram realizados.

O primeiro encontro nacional se deu na ocasião do II Encontro da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST), realizado em Brasília/DF, de 20 a 22 setembro de 2006. Este foi um evento promovido pela Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT) do Ministério da Saúde (MS), destinado às entidades de gestão da saúde do trabalhador de todo o Brasil, para o qual também foram convidados gestores, trabalhadores de saúde e usuários, representando diversas entidades de movimentos sociais. Nesse evento, se destinou um dia inteiro para a organização de grupos de trabalho e discussões em torno da estruturação da REC-ST.

No ano de 2007, a rede se reuniu em duas novas ocasiões. A 1ª Oficina Nacional da Rede Escola Continental, ocorrida de 4 a 6 junho em Brasília/DF, foi o primeiro evento destinado totalmente à discussão em torno da manutenção da REC-ST. Essa oficina foi promovida e organizada pela COSAT/MS, apoiada pelas entidades estaduais gestoras de saúde e de movimento social, as quais viabilizaram a ida dos participantes à Brasília. O objetivo principal desse segundo encontro consistiu em definir as principais orientações para a manutenção da REC-ST enquanto rede de articulação do Controle Social do SUS.

O terceiro encontro nacional da REC-ST esteve novamente associado ao Encontro da RENAST, em sua terceira edição, realizado em Florianópolis/SC, de 13 a 15 de julho de 2007. Durante esse evento, foi destinado um dia para a discussão da consolidação da REC-ST junto aos gestores presentes.

Os dados utilizados para o presente artigo foram coletados por meio da aplicação de um questionário distribuído aos participantes nos dois últimos encontros nacionais da REC-ST, realizados em 2007. Das 413 pessoas que participaram em pelo menos um dos dois

eventos da REC-ST de 2007, todas foram convidadas a preencher os questionários, sendo que 54 % dos participantes, ou seja, 223 pessoas, entregaram o questionários.

O questionário distribuído continha duas partes: a primeira contendo perguntas para coleta dos dados sócio-demográficos, ou seja, a identificação do participante, sua atividade profissional, vinculação institucional e informação sobre sua participação no primeiro evento da REC-ST em 2006; a segunda parte consistia da identificação das relações de contato e colaboração entre os membros da REC-ST.

Os dados sócio-demográficos permitiram a identificação dos dados atributivos. Entre eles, as informações referentes às vinculações institucionais foram agrupadas seguindo o critério da paridade na participação dos seguimentos do SUS: 1. gestores (os prestadores de serviços foram incorporados nessa categoria); 2. trabalhadores de saúde; e 3. usuários (movimento social).

Os dados relacionais foram revelados a partir da indicação, por cada respondente, dos indivíduos com quem ele mantinha relações de contato e de colaboração, a partir da lista de todos participantes do evento, integrada no questionário. As perguntas para revelar essas duas relações foram:

Relações de Contato - Com quem você mantém contato (discussões, troca de informações, etc.) em relação aos temas de saúde do trabalhador?

Relações de Colaboração - Com quem você colabora ou tem atividades conjuntas em relação aos temas de saúde do trabalhador?

Os temas de saúde do trabalhador utilizados para revelar as relações foram: RENAST, Plenárias de Devolução, Rede Escola Continental, LER/DORT (Lesão por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomusculares do Trabalho), Acidentes de Trabalho, Agrotóxicos, Questões Ambientais.

Para a construção das redes, foram levadas em consideração somente as nomeações recíprocas identificadas entre os 223 participantes do estudo, indicando um reconhecimento mútuo da existência da relação entre os dois atores. Os dados de redes foram armazenados em uma planilha ator *versus* ator usando o programa UCInet (BORGATTI et al, 2002) e exportadas para o programa Netdraw (BORGATTI, 2002) para visualização das estruturas de rede como apresentado na Figura 1. O programa UCINET foi utilizado para calcular as

centralidades de grau, de intermediaridade e de proximidade cada indivíduo nas respectivas redes (FREEMAN, 1979).

2.3 RESULTADOS

2.3.1 A PARTICIPAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ATORES AO LONGO DO TEMPO (DIVERSIDADE E CONTINUIDADE)

A Tabela 1 mostra que os membros da REC-ST que participaram dos eventos de 2007 (223) são distribuídos entre Gestores (43%), Trabalhadores da saúde (22%) e Usuários (36%). Nota-se maior participação dos Gestores e menor presença dos Usuários comparada a paridade prevista na legislação do SUS, que é de 25% e 50% para as duas categorias, respectivamente. O nível de participação dos trabalhadores de saúde na REC-ST em 2007 se aproxima da percentagem prevista pelo SUS, 25%.

A continuidade no processo participativo é assegurada por 104 indivíduos que participaram na REC-ST desde 2006. Ao analisar cada categoria, observamos que somente 27 % dos Trabalhadores de Saúde já participaram em 2006, enquanto que uma percentagem significativamente mais alta de Usuários (55% - Chi quadrado $p < 0,01$) e de Gestores (49% - Chi Quadrado $p < 0,05$) estiveram presentes no primeiro encontro da REC/ST.

Tabela 1. Participação dos membros da REC de 2007, no primeiro evento de 2006.

Participação em 2006						
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Gestor	47	(49)	48	(51)	95	(100)
	%	(45)	(40)		(43)	
Trabalhador	13	(27)	35	(73)	48	(100)
	%	(13)	(29)		(22)	
Usuário	44	(55)	36	(45)	80	(100)
	%	(42)	(30)		(36)	
Total	104	(47)	119	(53)	223	(100)
	%	(100)	(100)		(100)	

2.3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS REDES DE CONTATO E COLABORAÇÃO DA REC-ST

2.3.2.1 Conectividade das redes de contato e colaboração da REC-ST

A rede de contato da REC-ST revela às possibilidades de troca de informações e discussões sobre questões emblemáticas de saúde do trabalhador, enquanto que a rede de colaboração mostra o potencial de intercâmbios de experiências concretas por meio da prática.

As figuras 1 e 2 apresentam, respectivamente, as redes de contato e de colaboração entre os membros da REC-ST que participaram dos encontros de 2007. Os símbolos representam os membros da rede e as linhas as relações entre eles. As esferas identificam os indivíduos que são membros da REC-ST desde 2006 e os triângulos quem se tornou membro somente a partir de 2007. Usuários, gestores e trabalhadores de saúde são identificados pelas cores vermelha, azul e verde, respectivamente.

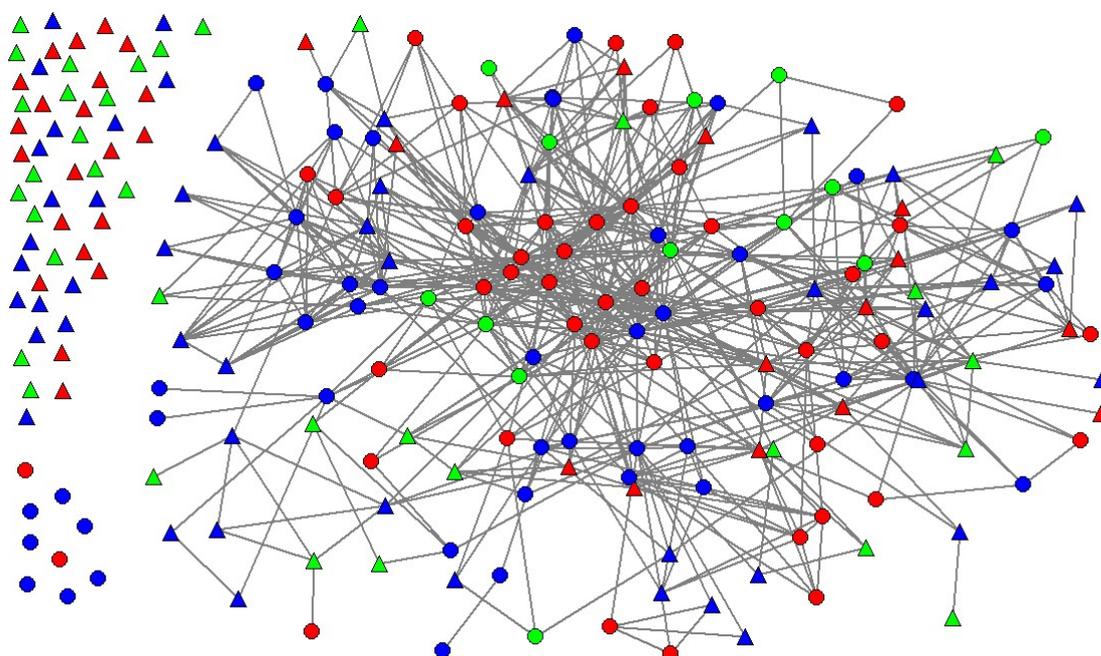


Figura 1. Rede de contato entre os participantes dos dois encontros da REC-ST de 2007.

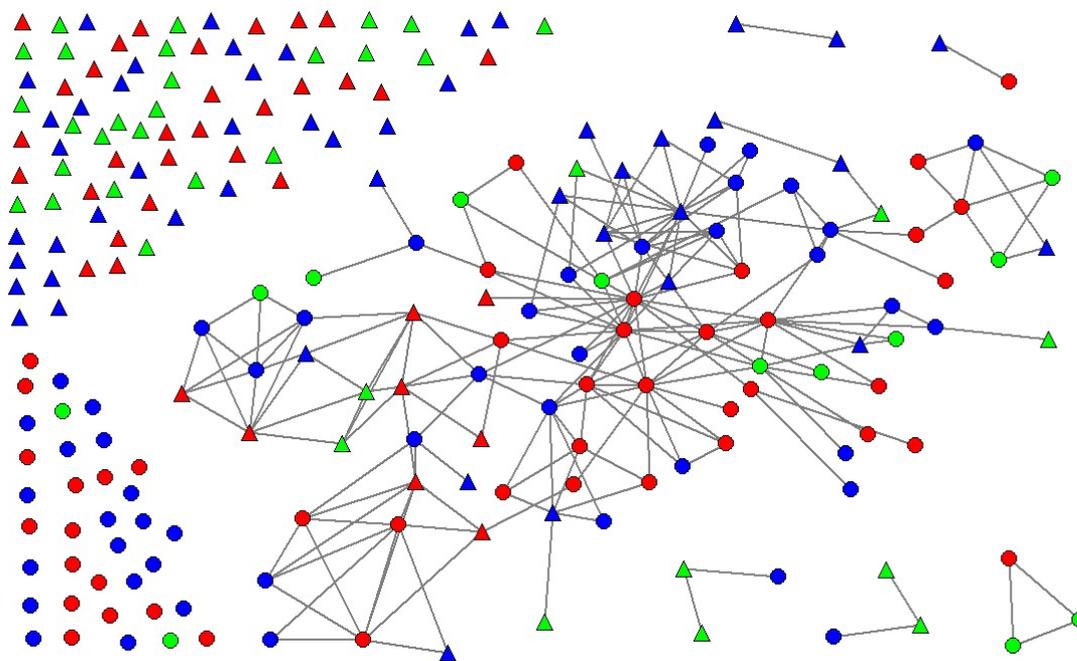


Figura 2. Rede de colaboração entre os participantes dos dois encontros da REC-ST de 2007.

A rede de contato possui um componente principal, ou seja, um grande grupo de 157 pessoas conectadas que trocam informações entre si. Esta configuração demonstra que usuários (57), gestores (71) e trabalhadores de saúde (29) estão ativamente envolvidos em trocas de informação em torno dos temas prioritários da REC-ST. Os membros que participam desde 2006 (95) predominam no componente principal em comparação com os indivíduos que participaram pela primeira vez em 2007 (62). Existe, porém, 66 indivíduos, (23 usuários, 24 gestores e 19 trabalhadores de saúde) que são isolados na rede, ou seja, não tem contato com nenhum outro indivíduo. A grande maioria (57/66) dos indivíduos que não trocam informação com nenhum outro membro da REC-ST são indivíduos que somente passaram a participar em 2007.

A rede de colaboração se distingue da rede de contato por apresentar menor número de indivíduos conectados no componente principal (93). Essa rede também apresenta cinco pequenos componentes, três tríades (três indivíduos conectados) e duas díades (um par de indivíduos conectados), além de 130 isolados. O componente principal revela a colaboração entre 35 usuários, 43 gestores e 15 trabalhadores de saúde. A maioria desses indivíduos (63), participa da REC-ST desde 2006, enquanto que 41 passaram a participar da rede somente em 2007. Dos 130 isolados (45 usuários, 52 gestores e 33 trabalhadores de saúde), 75% não estavam participando em 2006.

Esse conjunto de dados de ambas as redes permite inferir sobre a conectividade da REC-ST, no que se refere ao seu potencial de articulação dos indivíduos participantes. A rede de contato é uma rede bem conectada, com um grande componente principal composto de muitas relações. A rede de colaboração é uma rede menos conectada, com um componente principal de menor densidade de relações e outros cinco grupos com poucos indivíduos conectados. Estas diferenças entre as duas redes podem estar associadas à natureza das relações envolvidas, sendo que os contatos e as trocas de informações ocorrem mais facilmente entre os membros, enquanto que o desenvolvimento de atividades colaborativas presume um maior comprometimento entre cada par de indivíduos.

Os resultados mostram que a participação dos membros da REC-ST ao longo dos dois anos é um fator importante para o aumento da conectividade da rede, possibilitando o estabelecimento de relações cada vez mais fortes, do contato à colaboração.

2.3.2.2 A distância média entre os indivíduos das redes de contato e colaboração da REC-ST

A distância média entre os indivíduos do componente principal da rede de contato, que interliga as 157 pessoas, é 3.0, o que significa que, em média, uma informação pode circular entre qualquer par de indivíduos da rede com somente dois indivíduos intermediários. Este resultado indica o potencial para uma eficiente comunicação entre os membros da REC-ST. No componente principal da rede de colaboração (93) a distância média é de 4.1, mostrando que o processo de troca de experiência, além de envolver globalmente menos indivíduos, comparado ao das trocas de informação (componente principal de 157), depende em média de um número maior de intermediários.

2.3.2.3 As centralidades dos indivíduos das redes de contato e colaboração da REC-ST

As medidas de centralidade permitiram identificar os diferentes papéis que os indivíduos podem desempenhar dentro da rede. Os indivíduos com um grande número de relações podem atuar como pontos focais; os mais intermediários, que estão estrategicamente posicionados entre outros indivíduos, podem se valer desse poder de articulação; e as pessoas que se situam mais próximas às demais podem facilmente alcançar um grande número de indivíduos na rede.

Os dados da Tabela 2 permitem comparar, nas redes de contato e colaboração de 2007, as propriedades de centralidade dos indivíduos que são membros da REC-ST desde 2006 em relação aos que participaram pela primeira vez em 2007. A Tabela 2a apresenta as médias de centralidade de cada grupo de atores, associado à natureza das relações (troca de informações/atividades de colaboração) desenvolvida em cada rede.

Tabela 2: Comparação das medidas de centralidade entre os diferentes grupos de atores associada ao ano de ingresso na REC-ST.

		Rede de contato			Rede de colaboração				
		Participaram em 2006?			Participaram em 2006?				
		n	Sim	Não	Total	n	Sim	Não	Total
a) Grau	n		104	119	223		104	119	223
	Gestores	95	8,3	3,7	6,0***	95	2,2	1,3	1,7^{NS}
	Trabalhadores de saúde	48	8,7	2,1	3,9***	48	2,6	0,6	1,1***
	Usuários	80	10,9	2,9	7,3***	80	3,3	1,1	2,3**
	Total	223	9,4	3,0	6,0***	223	2,7	1,0	1,8***
b) Intermediaridade	n		104	119	223		104	119	223
	Gestores	95	216	49	132**	95	69	22	46^{NS}
	Trabalhadores de saúde	48	150	19	54**	48	38	9	17^{NS}
	Usuários	80	205	19	121***	80	153	40	102*
	Total	223	203	31	111***	223	101	24	60**
c) Afastamento[†]	n		95	62	157		63	30	93
	Gestores	71	457	510	480**	43	373	409	386^{NS}
	Trabalhadores de saúde	29	444	537	495**	15	414	405	411^{NS}
	Usuários	57	439	478	449^{NS}	35	346	380	354^{NS}
	Total	157	447	509	472***	93	368	400	378^{NS}

Teste t ***p<0.001, **p<0,01, *p<0,05, NS: não significativo.

†As medidas de afastamento foram realizadas somente para os indivíduos que pertencem aos componentes principais das duas redes.

Na rede de contato, o número médio de grau dos membros que estiveram presentes em 2006 é significativamente maior comparado aos que somente participaram em 2007 para os três grupos de atores. Na rede de colaboração, se observa um resultado semelhante, exceto para os gestores, para os quais a diferença não é significativa. A Tabela 2b mostra como a intermediaridade de cada grupo de atores pode estar condicionada ao momento de ingresso (2006 ou 2007) na REC-ST. Na rede de contato, os indivíduos dos três grupos são, em média,

significativamente mais intermediários quando participam da rede desde 2006. Na rede de colaboração a diferença é significativa somente no caso dos usuários. A Tabela 2c apresenta a medida da centralidade de proximidade. Na rede de contato, os participantes da REC-ST desde 2006 possuem um afastamento médio menor, ou seja, estão mais próximos dos demais indivíduos da rede, do que os que participaram somente a partir de 2007. Na rede de colaboração as diferenças não são significativas.

As centralidades médias de grau, de intermediaridade e de proximidade também foram comparadas entre as três categorias de atores. A Tabela 3 apresenta o principal resultado dessa comparação. O grupo dos usuários se destaca como a categoria mais central, com diferenças significativas (teste t, $p < 0,05$) na rede de contato, quanto à medida de menor afastamento em relação aos gestores e quanto às medidas de maior grau e maior afastamento em relação aos trabalhadores de saúde. Na rede de colaboração, essa diferença também é significativa para as três medidas, porém somente em relação aos trabalhadores de saúde.

Tabela 3: Comparação das medidas de centralidade entre a categoria dos usuários com a dos gestores e dos trabalhadores de saúde

	Gestores	Trabalhadores de saúde
Usuários		
Rede de contato		
Maior grau	Sim ^{NS}	Sim [*]
Maior intermediaridade	Não ^{NS}	Sim ^{NS}
Menor Afastamento	Sim [*]	Sim [*]
Rede de colaboração		
Maior grau	Sim ^{NS}	Sim [*]
Maior intermediaridade	Sim ^{NS}	Sim [*]
Menor afastamento	Sim ^{NS}	Sim [*]

Teste t: * $p < 0,05$; NS: não significativo.

2.4 DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a REC-ST oferece um espaço onde gestores, trabalhadores e saúde e usuários estão articulados em rede de discussão e de colaboração em torno de temas que foram definidos como prioritários nos processos de formulação e implementação da política em Saúde do Trabalhador, associados à 3ª CNST. Existe uma relação entre o tempo

de participação na REC-ST e a intensidade de troca de informação e de colaboração entre seus membros. O grupo dos usuários se destaca em relação aos gestores e trabalhadores de saúde, como a categoria com as maiores centralidades de grau, de intermediaridade e de proximidade nas duas redes.

Organização em rede e papel da REC-ST

A REC-ST tem como principal objetivo promover trocas de informação e estabelecer atividades conjuntas no processo de tradução das deliberações da 3ª CNST em ações concretas e adaptadas à diversidade dos contextos sociais e ambientais dos diversos estados brasileiros. Diferentes temas de saúde do trabalhador, como a contaminação ambiental e a exposição humana aos agrotóxicos e outras substâncias químicas, bem como acidentes de trabalho e LER/DORT foram identificados como prioritários em quase todos os estados brasileiros que participaram das PED. A existência de uma rede efetiva, cujos membros interajam na escala nacional, pode favorecer a circulação de informações relevantes e a colaboração entre os estados, de modo a assegurar a difusão de experiências emblemáticas voltadas para construção coletiva de soluções para estes problemas. Além disso, a articulação entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários, com suas atribuições e papéis específicos e complementares, pode facilitar o desenvolvimento de ações que atendam às demandas da sociedade.

O papel dos usuários na REC-ST

Os resultados indicam que os usuários têm um papel importante nos processos de comunicação e de colaboração na REC-ST. São os indivíduos que têm uma alta centralidade de grau, que mantêm contatos e colaborações diretas com os outros membros da rede e podem ser considerados pessoas-chave, com papel significativo na manutenção da conectividade nas duas redes. Esses participantes, com níveis de intermediaridade alta na rede de contatos, podem também usufruir de um maior potencial de controle nos processos de comunicação, favorecendo ou inibindo o fluxo de informações dentro do grupo. Na rede de colaboração, eles podem ter um papel chave nos processos de articulação das atividades coletivas. Na rede de contato, uma maior centralidade de proximidade indica uma independência do indivíduo nos processos de comunicação, em função do seu potencial em transmitir suas mensagens para todos os membros da rede com um pequeno número de intermediários.

A continuidade

A análise das redes de contato e de colaboração mostra que a participação de longo prazo pode possibilitar aos indivíduos maiores oportunidades de estabelecerem relações de troca de informação e desenvolverem atividades conjuntas. Mais que isso, a continuidade de participação reforça a comunicação e colaboração já existentes, potencializando as atuações desses membros em torno de objetivos concretos.

A natureza distinta das duas relações estudadas (contato e colaboração) pode explicar a diferença encontrada no número de pessoas que estão conectadas em cada uma das redes. Essa diferença - maior conectividade na rede de contato em relação à rede de colaboração - pode estar associada à força de cada relação, a qual se faz necessário um maior investimento em tempo e energia para desenvolver atividades colaborativas do que para manter o contato dentro da rede.

Nesse sentido, a permanência da participação de longo prazo possibilita aos indivíduos maiores oportunidades de estabelecerem relações mais fortes, de influência mútua, ou seja, mais colaborações. Com isso, se destaca a importância de maiores investimentos e estratégias de participação de longo prazo, que facilitem o desenvolvimento de relações estruturadas em torno de ações coletivas, multiplicadoras de experiências vividas e que possam estar vinculadas aos processos de formulação e implementação de políticas públicas para qualquer área de interesse.

Algumas limitações desse estudo merecem ser pontuadas. A existência de mais participantes nos eventos do que de questionários coletados pode estar associada ao objetivo principal do segundo evento de 2007, o III Encontro Nacional da RENAST, que reuniu essencialmente gestores e trabalhadores de saúde em torno de discussões específicas da Saúde do Trabalhador e que não se relacionava diretamente com a REC-ST. Além disso, os participantes eram convidados a responder o questionário caso se interessassem em ser membros da REC-ST. Esse critério pode ter reduzido a participação de muitos indivíduos na pesquisa, indicando um possível desinteresse em se envolver em questões referentes às questões que envolvem a participação, o controle social, o associativismo político, entre outras.

Outro ponto a ser considerado é a necessidade da inclusão de outros atores que podem participar da REC-ST como, por exemplo, a comunidade universitária e os prestadores de serviços. Esses grupos sociais estão fragilmente representados nas redes, tendo sido

incorporados aos usuários e aos gestores, respectivamente. A fraca participação desses atores pode estar associada ao baixo interesse, ou em participar de eventos da área, ou na mobilização social.

Questões futuras

O presente estudo, realizado na escala nacional, não revela o papel da REC-ST na escala local, no processo de implementação das deliberações da 3ª CNST. Pesquisas futuras poderão analisar se os participantes da REC-ST, comprometidos em assumir o papel de multiplicador em seus respectivos estados, estão de fato difundindo as informações que circulam na rede, a fim de alcançar um leque maior de pessoas que contribuam para ações concretas em favor da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Um exemplo concreto do potencial multiplicador da REC-ST a ser investigado ocorreu recentemente no estado do Tocantins, que realizou uma nova plenária de qualificação do controle social em torno da temática do uso indiscriminado de agrotóxicos no estado. Esse evento permitiu fortalecer o diálogo entre os membros da REC-ST com as entidades gestoras das diversas áreas envolvidas e outros convidados, a fim de definir coletivamente as estratégias para o enfrentamento dessa problemática e traduzir as políticas existentes em ações efetivas.

Esse pode ser um exemplo a ser seguido nos demais estados federativos, de incentivo ao fortalecimento de uma participação de longo prazo, que envolva a diversidade de atores interessados, a fim de manter uma comunicação articulada em torno de interesses coletivos e de troca de experiências vividas, para uma atuação mais direta e efetiva na gestão pública de políticas.

2.5 REFERÊNCIAS

ADAMIC, L. A.; ADAR, E. Friends and neighbours on the Web. **Social Networks**, v. 25, p. 211-230, 2003.

ASSIS, M. M. A.; VILA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 376-382, 2003.

BAQUERO, M. Construindo uma outra sociedade: O Capital Social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, n. 21, p. 83-108, 2003.

BEARMAN, P. S.; MOODY, J.; STOVEL, K. **Chains of Affection**: The Structure of Adolescent Romantic and Sexual Networks, Working paper. Institute for Social and Economic Research and Policy, Columbia University, 2002. 40p.

BORGATTI, S. P. **NetDraw**: Graph Visualization Software. Harvard: Analytic Technologies, 2002.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **Ucinet for Windows**: Software for Social Network Analysis. Harvard: Analytic Technologies, 2002.

_____. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 188p.

_____. **A Prática do controle social**: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60p.

_____. **Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003**. Brasília; Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2005. 11p.

_____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores**. Brasília: Ministério da Saúde, [2009?], 173p.

BUTTERFOSS, F. D. Process evaluation for community participation: Process evaluation for community participation. **Annual Review of Public Health**, v.27, p.323-340, 2006.

CAMPOS, L; WENDHAUSEN, W. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n.2, p. 271-279, 2007.

CECILIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, 2007.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde, **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, 2002.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-302.

EBEL, H.; MIELSCH, L. I.; BORNHOLDT, S. Scale-free topology of e-mail networks. **Physical Review**, v. 66, n. 3, 2002.

FARARO, T. J.; SUNSHINE, M. H. **A Study of a Biased Friendship Net**, Syracuse: Syracuse Univ. Press, 1964.

FREEMAN, L. C. Centrality in Social Networks: Conceptual clarification, **Social Networks** 1, 215-239, 1979.

GONH, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.20-31, 2004.

GUIZARDI et al, Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde, **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15- 39, 2004.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing Public Policy**. Londres: Sage Publications, 2002. 231p.

KAPIRIRI, L.; NORHEIM, O. F.; MARTIN, D. K. Fairness and accountability for reasonableness. Do the views of priority setting decision makers differ across health systems and levels of decision making? **Social Science & Medicine**, v. 68, p. 766–773, 2009.

KOHLER, M. C. M. Agenda 21 local: Desafios da sua implementação. Experiências de São Paulo, Rio de Janeiro, Santos e Florianópolis. 2003. 176p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LILJEROS, F. et al. The web of human sexual contacts. **Nature**, v. 411, p. 907-908, 2001.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. D. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.3, p.121-130, 2003.

MERTENS, F. et al A network approach for analysing and promoting equity in participatory Ecohealth research. **Ecohealth**, v. 2, p. 116-123, 2005.

MERTENS, F. Emergence and robustness of a community discussion network on mercury contamination and health in the brazilian Amazon. **Health Education and Behavior**, v. 35, n. 4, p. 509-521, 2008.

NEWMAN, M. E. J. The structure of scientific collaboration networks. **Proceedings of the National Academy of Sciences**. USA, n. 98, p. 404-409, 2001.

NEWMAN, M. E. J. The structure and function of complex networks. **SIAM Review**, v. 45, p. 167–256, 2003.

PRETTY, J. Social Capital and the Collective Management of Resources. **Science**, v. 302, p. 1912-1914, 2003.

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 4th ed. New York: Free Press. 1995

ROVERE, M. **Redes En Salud**; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999. 113p.

SAINT-CHARLES, J.; MONGEAU, P. Les réseaux d'amitié et de conseil: une question d'incertitude et d'ambigüité. **Management International**, v. 9, p. 51-60, 2005.

SCOTT, J. P. **Social Network Analysis: A Handbook**. 2 ed. SAGE Publications, 2000.

TAKÁCS, K.; JANKY, B.; FLACHE, A. Collective action and network change. **Social Networks**, V. 30, p. 177–189, 2008.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social Network Analysis: Methods and Applications**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

VASCONCELOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma Política de Estado. 2007. 421p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

WATTS, D. J.; STROGATZ, S. H. Collective dynamics of ‘small-world’ networks. **Nature**, v. 393, n. 4, 1998

CAPÍTULO 3. O PROCESSO PARTICIPATIVO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E SUA INTERFACE COM O MEIO AMBIENTE

3.1 INTRODUÇÃO

As relações entre saúde, trabalho e ambiente vem sendo amplamente discutidas dentro das mais diversas áreas de atuação política e também na academia (RIGOTTO, 2003). Os princípios que norteiam a integração das ações políticas de saúde, trabalho e meio ambiente vêm sendo desenvolvidos segundo abordagens e contextos históricos diversos e, atualmente, se constituem em marcos referenciais para a adoção de políticas intersetoriais (BRASIL, 1995).

A contribuição do campo da Saúde do Trabalhador consiste em discutir as relações entre os sistemas produtivos e as condições de saúde das populações trabalhadoras e não trabalhadoras, evidenciando a existência de um elo inexorável com os sistemas ambientais. A evolução conceitual do campo, reside também na incorporação da questão do trabalho como categoria social e na participação dos trabalhadores em processos de construção de políticas públicas (VASCONCELOS, 2007).

Os canais institucionalizados de participação da sociedade como, por exemplo, as Conferências Nacionais de Saúde, se apresentam como um espaço oportuno para a definição coletiva de objetivos, diretrizes e temas prioritários de ação política que respondam às demandas da população (GUIZARDI et al, 2004). A articulação em rede dos diferentes atores envolvidos nos processos decisórios, facilita a troca de informações e o desenvolvimento de colaborações e parcerias, potencializando às discussões travadas dentro desses canais participativos. Permite também a identificação de problemas prioritários para abordagens integradas das questões referentes à saúde, ao trabalho e ao meio ambiente (MERTENS et al, 2005).

Esse artigo analisa o potencial de articulação de uma rede nacional de diferentes atores envolvidos nos processos de implementação de políticas publicas decorrentes da 3ª

Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST), na identificação de problemas integrados de saúde, trabalho e meio ambiente.

3.1.1 A RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO E AS QUESTÕES AMBIENTAIS

As discussões sobre as relações entre saúde humana e trabalho emergem na Revolução Industrial como resultado do impacto da atividade produtiva na saúde da grande massa de trabalhadores. O conceito “saúde” nasce tutelado pelo contrato de trabalho, a partir do controle sobre o corpo biológico, medicalizado, discriminado e submetido às regras para a perpetuação do processo produtivo (VASCONCELOS, 2007). O ambiente de trabalho era visto como meio externo, concebido como simples cenário onde se desenvolviam os processos de uma determinada doença (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Ao longo do último século vão se desenvolver distintas abordagens das relações saúde-trabalho e a incorporação do meio ambiente nos processos determinantes de enfermidades. Do modelo mecanicista da Medicina do Trabalho, a qual considerava a saúde como mantenedora e insumo motriz do sistema produtivo (VASCONCELOS; PIGNATTI, 2006), esse paradigma se reconfigura na Saúde Ocupacional, a partir da ampliação da intervenção médica sobre o ambiente de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais (MENDES; DIAS, 1991). Com o surgimento do campo da Saúde do Trabalhador, no final da década de 70, se torna explícito o elo existente entre as questões de saúde e trabalho relacionados com o meio ambiente (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

3.1.2 A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS

Nos últimos anos, tem sido observado um desenvolvimento acentuado de estudos que relacionam as temáticas de saúde, trabalho e meio ambiente buscando a construção de uma referência conceitual e prática dessa interface para a formulação das políticas públicas no Brasil (PORTO; FREITAS, 1997; PORTO; ALIER, 2003; PORTO, 2005, BRASIL, 2007). Os diversos marcos legais nacionais são fortemente favoráveis à adoção de enfoques integrados de saúde, trabalho e meio ambiente. A Constituição Federal de 1988 fortaleceu diversos direitos de cidadania e incorporou em sua visão, a saúde como direito social e dever do Estado, entre outros avanços:

- Art. 200, incisos II e VIII no Capítulo da Saúde, fixa como atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras, a execução de “ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”;
- O Art. 225º, no Capítulo do Meio Ambiente, por sua vez, estabelece que "todos tem direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial a sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e a coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”.

Entretanto, apesar desses marcos legais se mostrarem favoráveis à integração das áreas, a organização do Estado é caracterizada pela fragmentação e setorialização. Frequentemente os diferentes setores trabalham de forma desarticulada, inclusive entre os níveis federal, estadual e municipal. A falta de integração ocorre também nos sub-setores que mantêm visões muito estreitas de suas atribuições (BRASIL, 1995).

3.1.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR COMO POTENCIAL DE INTEGRAÇÃO DAS DUAS ÁREAS POR MEIO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

As contribuições do campo da Saúde do Trabalhador são decisivas nas discussões das inter-relações entre o trabalho, o ambiente e a saúde (PINHEIRO, 2005). Esse novo campo desenvolve sua base conceitual e metodológica, a partir da mudança do binômio saúde-doença para o enfoque no trabalhador, enquanto sujeito e protagonista, possuidor de saberes e instrumentos para a ação política, sendo, inclusive, o primeiro sinalizador de impacto ambiental (PORTO; FREITAS, 1997; VASCONCELOS, 2007). Dessa maneira, a participação do trabalhador bem como da população vulnerável aos riscos ambientais decorrentes da atividade produtiva, se torna elemento essencial e integrador dos diversos fatores que envolvem as condições de saúde e qualidade de vida.

Em termos políticos e institucionais, o setor vem se destacando no estabelecimento do diálogo com a sociedade para a construção participativa de políticas públicas (PINHEIRO, 2005). Não só a saúde do trabalhador, mas também os setores do meio ambiente vêm incorporando a participação das organizações da sociedade civil, por meio de canais representativos como, por exemplo, as conferências nacionais, os conselhos, os orçamentos participativos, as audiências públicas, entre outros (FARIA, 2007). Esses novos espaços

possibilitam a representação de diferentes segmentos sociais, instituídos na estrutura da gestão governamental (LABRA; FIGUEIREDO, 2002; CORTES, 2002; COHN, 2003; GUIZARDI et al, 2004; PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005; VASCONCELOS, 2007).

Entretanto, a simples existência de espaços participativos não garante que ela ocorra (VEIGA, 2007). Scardua e Bursztyn (2003) também apontam que a simples representação social não é suficiente para garantir o monitoramento das ações do poder público. Se torna, portanto, fundamental considerar novas estratégias de acompanhamento popular dos processos políticos, desde a formulação até sua implementação, a fim de garantir a efetivação das propostas de ação política, adequadas às demandas e temas prioritários elencados pela sociedade.

3.1.4 O CONTEXTO DA 3ª CNST E SEUS DESDOBRAMENTOS

A realização da 3ª CNST, em novembro de 2005, se destacou em função de dois encaminhamentos relevantes para as questões desse artigo: 1. o desenvolvimento de estratégias de incorporação das temáticas ambientais nas políticas de saúde do trabalhador e; 2. o desenvolvimento de estratégias de manutenção da participação social na implementação dessas políticas. Esses dois aspectos estão presentes no conjunto das 344 deliberações descritas em três eixos temáticos: I. Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)? II. Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País? III. Como efetivar e ampliar o Controle Social em saúde dos (as) trabalhadores (as)? (BRASIL, 2005).

O segundo eixo pretende dar desenvolvimento as estratégias de integração das ações políticas de saúde do trabalhador às questões ambientais. O terceiro eixo, em seu artigo 300, prevê uma fase de acompanhamento das propostas aprovadas na 3ª CNST, para sua implementação, por meio do Processo de Devolução dessas deliberações para os estados federativos.

Esse processo consistiu na realização de Plenárias Estaduais Devolutivas (PED), durante todo o ano de 2006 e 2007, com o objetivo de avançar nas discussões travadas na Conferência Nacional e fortalecer a articulação de longo prazo dos participantes desses eventos. Nesse processo, foram realizadas 23 PED (três estados e o Distrito Federal não

realizaram), onde os participantes se articularam em torno de prioridades locais e regionais de saúde, trabalho e meio ambiente, a fim de estabelecer parcerias e estratégias de enfrentamento para os problemas levantados. Diversos problemas de saúde considerados prioritários foram identificados em vários estados, dentre eles, o uso abusivo e indiscriminado de agrotóxicos, doenças ocupacionais como a LER/DORT (Lesão por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomusculares do Trabalho), acidentes decorrentes do trabalho, impactos ambientais decorrente dos diversos sistemas produtivos, entre outros (TÁVORA et al, 2007a, b).

Durante essas plenárias, em cada estado, os participantes se organizaram em torno da estruturação da Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST), uma estratégia encontrada para fortalecer a articulação em rede desses atores no acompanhamento das atividades de implementação. Todos os participantes das PED eram convidados a fazer parte da REC-ST como membro potencial. Assim, essa rede foi crescendo ao longo dos anos e está composta hoje por aproximadamente 300 trabalhadores representantes da sociedade civil, gestores públicos e profissionais de saúde da grande maioria dos estados brasileiros.

Em setembro de 2006, durante o II Encontro da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST), realizado em Brasília/DF, os membros da REC-ST se reuniram para a organização de grupos de trabalho e discussões em torno dos objetivos da rede.

3.1.5 A ARTICULAÇÃO EM REDE

A articulação em rede dos diferentes setores organizados da sociedade vem se tornando uma prática estratégica para garantir a construção de políticas públicas mais condizentes com as demandas da população (MACHADO; PORTO, 2003). Essa articulação potencializa a incorporação dos diferentes saberes e experiências, na identificação participativa de problemas coletivos, para uma abordagem integrada das políticas públicas, na perspectiva de suas relações com a saúde, o trabalho e o meio ambiente (MERTENS et al, 2008).

O estudo de redes sociais tem sido muito utilizado para mapear as dinâmicas dos atores envolvidos, analisar os fluxos de informações, a posição de cada indivíduo na rede associada aos direitos, responsabilidades e tomadas de decisão, bem como a distribuição de poder, a estrutura de interdependência e de tensões no interior do grupo (MERTENS et al.,

2005, 2006). A fim de estudar como os comportamentos e as opiniões dos atores dependem das estruturas nas quais eles se inserem, são analisadas simultaneamente as características individuais e o conjunto de relações que os indivíduos estabelecem, por meio de suas interações uns com os outros (WASSERMAN & FAUST, 1994; WELLMAN, 1988). Assim essas relações são analisadas por meio da integração de dados atributivos, que são definidos ao nível dos indivíduos, como o gênero, a idade, a atividade profissional ou afiliação a política; e de dados relacionais, que são definidos ao nível de pares de indivíduos e que descrevem os elos de um determinado tipo como, por exemplo, as relações de troca de informação, colaboração, parentesco, de amizade, entre outras (SCOTT, 1995).

Para esse artigo, utilizamos a análise de redes sociais como ferramenta para estudar as relações entre os atores da REC-ST e o seu potencial de articulação em torno das áreas temáticas de saúde do trabalhador e meio ambiente.

3.2 METODOLOGIA

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário distribuído aos participantes do II Encontro da RENAST, realizado em 2006, onde os membros da REC-ST estiveram presentes. Para esse estudo, serão analisados os 174 questionários coletados nesse evento.

O questionário distribuído continha duas partes: a primeira visando a coleta dos dados sócio-demográficos, que consistiam na identificação do participante, sua atividade profissional e vinculação institucional; a segunda parte tinha por objetivo a coleta de dados para identificação das relações de contato e colaboração entre os participantes do evento.

As informações sócio-demográficas permitiram a identificação dos dados atributivos, que eram referentes ao envolvimento de cada participante nas duas grandes áreas temáticas estudadas: Saúde do Trabalhador (ST) e Meio Ambiente (MA). Essas áreas foram definidas por meio de uma pergunta de múltipla escolha: Em quais dos temas abaixo você está envolvido? Em seguida, era apresentada uma lista de quatro temas que foram elencados como prioritários pelos participantes das PED na maioria dos estados, dois relacionados a saúde do trabalhador (LER/DORT, Acidentes de Trabalho) e dois referentes as questões ambientais (Agrotóxico, Impactos Ambientais).

O envolvimento dos participantes em relação às duas áreas foi determinado seguindo o seguinte critério:

- a) O participante que marcou somente temas ambientais foi agrupado na categoria “Meio Ambiente”;
- b) O participante que marcou somente temas de saúde do trabalhador foi agrupado na categoria “Saúde do Trabalhador”;
- c) O participante que marcou temas de ambas as áreas (ST e MA) foi agrupado na categoria “Combinada”;
- d) O participante que não marcou nenhum tema listado foi agrupado na categoria “Nenhum tema”.

Os dados relacionais foram revelados a partir da indicação, por cada respondente, dos indivíduos com quem ele mantinha relações de contato e/ou de colaboração, a partir da lista de todos participantes do evento, integradas no questionário. As perguntas para revelar essas duas relações foram:

Relações de Contato - Com quem você mantém contato (discussões, troca de informações, etc.) em relação a temas de saúde do trabalhador e ambientais?

Relações de Colaboração - Com quem você colabora ou tem atividades conjuntas em relação a temas de saúde do trabalhador e ambientais?

Os temas de saúde do trabalhador e ambientais utilizados para revelar as relações eram: Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST), Plenárias de Devolução, Rede Escola Continental, LER/DORT, Agrotóxicos, Acidentes de Trabalho, Questões Ambientais.

As redes de contato e de colaboração entre os 174 entrevistados foram construídas levando em consideração somente as relações recíprocas, ou seja, quando ambos os entrevistados se citaram mutuamente. Os dados de redes foram armazenados em uma planilha ator *versus* ator usando o programa UCInet (BORGATTI et al, 2002) e exportadas para o programa Netdraw (BORGATTI, 2002) para visualização das estruturas de rede.

3.3 RESULTADOS

No conjunto dos participantes da REC-ST estudado, mais de um quarto (28%) dos indivíduos estão envolvidos exclusivamente em temas de saúde do trabalhador, enquanto que somente 8% se envolvem exclusivamente em temas ambientais. Porém, o que chama a atenção é que a grande maioria desses participantes (52%) estão envolvidos simultaneamente nos dois temas, revelando o potencial de interligação entre meio ambiente e saúde do trabalhador que a atuação desses pode favorecer na implementação das deliberações da 3ª CNST. Somente 13% dos entrevistados não estão envolvidos em nenhum dos temas.

A Figura 1 ilustra a Rede de Contatos e a Figura 2, a Rede de Colaboração, entre os 174 participantes da REC-ST que responderam o questionário em 2006. Os símbolos representam os membros da rede e as linhas as relações entre eles. As esferas na cor verde se referem aos participantes classificados na categoria “meio ambiente”; na cor vermelha, os classificados na categoria “saúde do trabalhador”; na cor azul, classificados na categoria combinada (ST e MA) e cinza para os participantes que não estão envolvidos em nenhum dos temas.

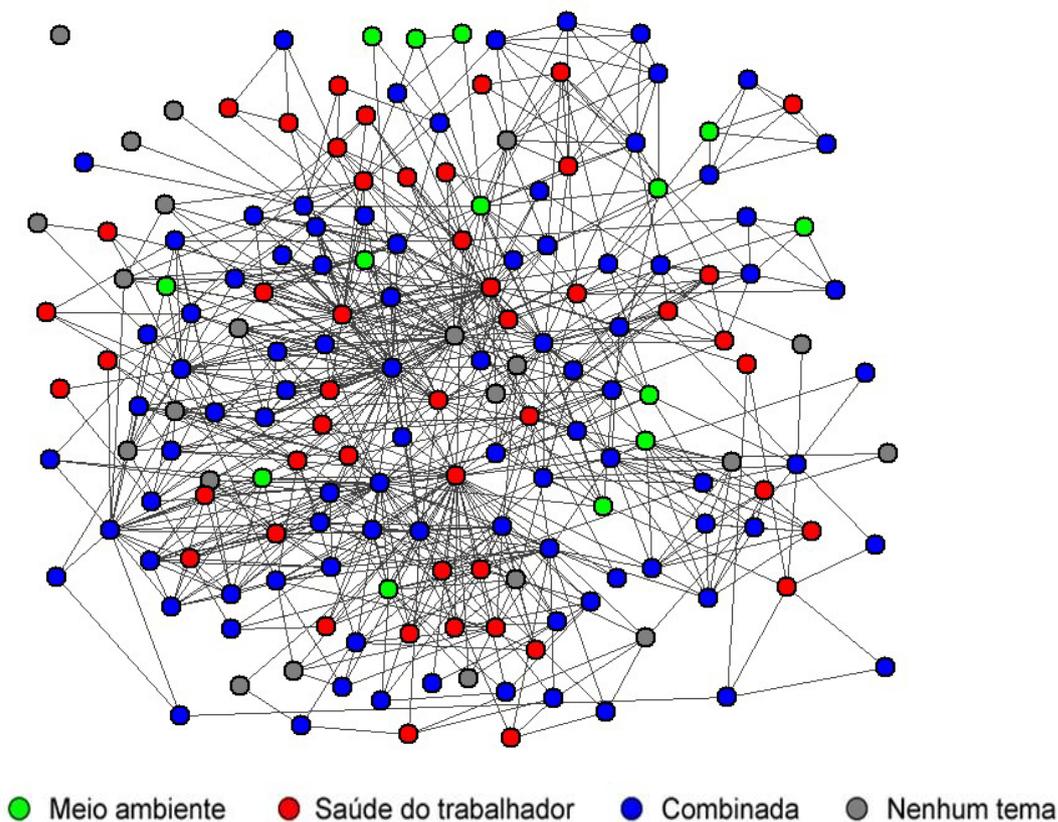


Figura 1. Rede de contatos da REC-ST, ilustrando os indivíduos envolvidos nas áreas temáticas de saúde do trabalhador e meio ambiente.

Uma alta conectividade é revelada nessa rede, em que 173 dos 174 entrevistados estão conectados em um grande componente principal, o que pode indicar um intenso processo de trocas de informação por parte da imensa maioria dos membros envolvidos na REC-ST. Além disso, se observa que os atores que estão envolvidos nos diversos temas estudados estão fortemente articulados em trocas de informação dentro do componente principal. A rede apresenta somente um indivíduo isolado, que não está envolvido nas temáticas estudadas.

Na rede de colaboração, se percebe uma menor densidade dessas relações entre os indivíduos, que pode estar associada a esse tipo de relação, a qual requer maior comprometimento de cada par de indivíduos para o desenvolvimento de atividades conjuntas. Apesar disso, a grande maioria dos membros (83%) permanecem conectados no componente principal (144 indivíduos). A rede apresenta também quatro grupos menores compostos por cinco, quatro, três e dois indivíduos conectados em cada um deles, além de 16 indivíduos isolados que não desenvolvem atividades colaborativas na REC-ST. Foi observado que os indivíduos com maior número de relações estão envolvidos em ambas as áreas temáticas estudadas, tanto na forma exclusiva, quanto na forma combinada.

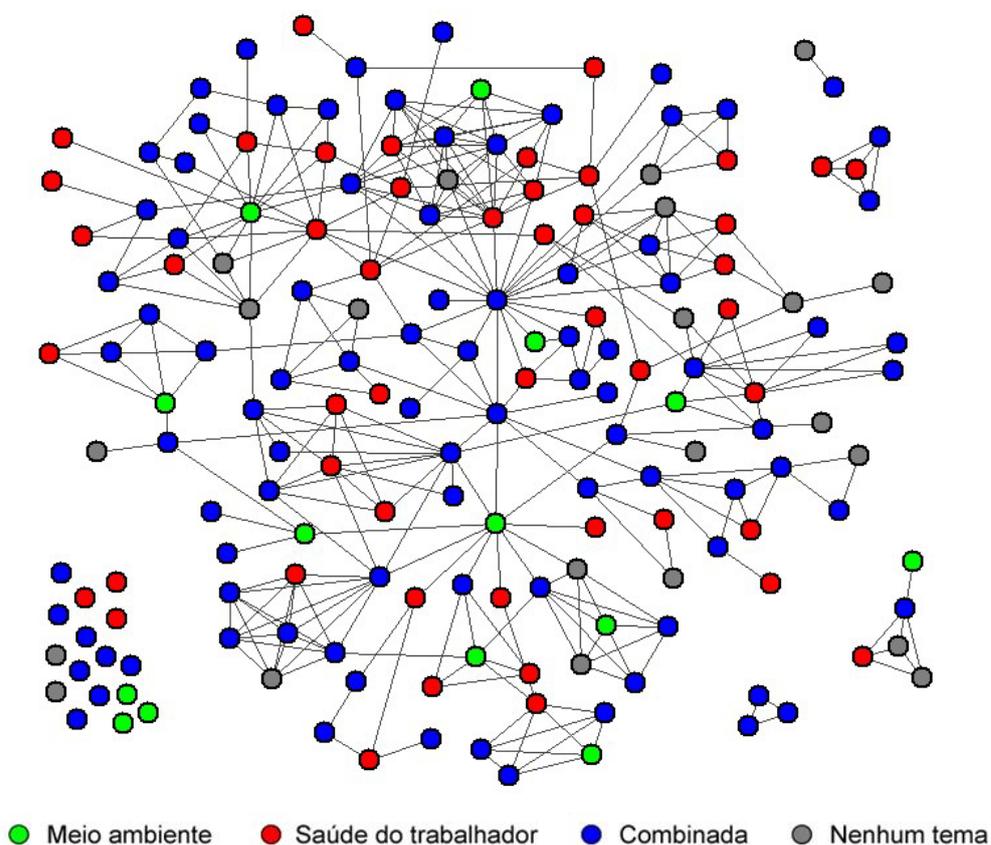


Figura 2. Rede de colaboração da REC-ST, ilustrando os indivíduos envolvidos nas áreas temáticas de saúde do trabalhador e meio ambiente.

3.4 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados permitem inferir sobre o impacto positivo que a articulação em rede dos diversos atores, que estiveram envolvidos no Processo de Devolução e implementação das deliberações da 3ª CNST, pode proporcionar na construção de estratégias integradas para o enfrentamento dos problemas de saúde do trabalhador relacionados às questões ambientais.

Essa conclusão se apóia na expressividade do potencial de diálogo integrador existente entre as duas áreas temáticas estudadas, por meio da participação desses atores na REC-ST. A existência de grandes componentes, fortemente conectados, em ambas as redes estudadas, revela a possibilidade do alcance nacional no desenvolvimento de modelos e estratégias de comunicação e de trocas de experiências, por meio da participação e atuação desses atores na rede.

Porém, devem ser levadas em consideração diversas limitações do presente estudo pois podem fornecer pistas para ações futuras que integram as dimensões do meio ambiente, da saúde e do trabalho na promoção da qualidade de vida dos trabalhadores e trabalhadoras. A natureza das relações de contato e/ou colaboração entre os atores não foi caracterizada, no sentido de identificar quais são as informações que estão sendo trocadas ou quais tipos de atividades conjuntas são desenvolvidas entre os diferentes grupos de participantes. Além disso, o fato dos participantes da REC-ST estarem articulados em âmbito nacional não garante que suas atuações alcancem as escalas do estado e município. Muito desse sucesso depende da influência e do papel que cada indivíduo desenvolve em suas localidades. Assim, se torna pertinente questionar de qual modo esse processo de articulação pode favorecer o desenvolvimento de projetos integradores voltados para a melhoria das condições de trabalho, saúde e meio ambiente na escala local, nos estados e nos municípios.

No entanto, não se deve subestimar a potencialidade que a REC-ST revela, como uma nova iniciativa, de dar sustentabilidade à implementação das deliberações da 3ª CNST. Diversas atividades da REC-ST vêm sendo desenvolvidas no ano de 2007 e 2008, com o objetivo de reforçar e ampliar a participação desses atores na integração entre meio ambiente, trabalho e saúde. Além disso, a realização da I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, prevista para acontecer no final de 2009, pode significar uma excelente oportunidade para a articulação desses atores em torno de questões emblemáticas de saúde que necessitem da abordagem integrada com o meio ambiente.

O exercício em identificar e compreender a complexidade que envolve as relações entre o trabalho, a saúde e o meio ambiente, por esses atores, pode ser considerado o ponto chave na articulação das políticas públicas, em uma perspectiva transetorial, transdisciplinar, democrática e com efetiva participação da sociedade (RIGOTTO, 2003).

Um estudo longitudinal das redes de contato e colaboração entre o conjunto de atores envolvidos nas atividades da REC-ST permitirá avaliar a sustentabilidade do processo participativo no desenvolvimento de ações integradas entre as diversas áreas temáticas que se relacionam aos problemas atuais de saúde, para a construção de políticas públicas de mais condizentes com as necessidades da população.

3.5 REFERÊNCIAS

BORGATTI, S. P. **NetDraw**: Graph Visualization Software. Harvard: Analytic Technologies, 2002.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **Ucinet for Windows**: Software for Social Network Analysis. Harvard: Analytic Technologies, 2002.

BRASIL. **Plano nacional de saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 104p.

_____. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**: Trabalhar, sim! Adoecer, não! Coletânea de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 215p.

_____. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56p.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde, **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, 2002.

FARIA, C. F. Sobre os determinantes das políticas participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais da Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste In: AVRITZER, L. (Org.). **Participação Social no Nordeste**. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

GUIZARDI et al, Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde, **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15- 39, 2004.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 3, p. 121-130, 2003.

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

MERTENS, F. et al A network approach for analysing and promoting equity in participatory Ecohealth research. **Ecohealth**, v. 2, p. 116-123, 2005.

MERTENS, F. Community network analysis for addressing gender, equity and participation in Ecohealth Research. In: WORLD CONGRESS ON PUBLIC HEALTH, 11TH / BRAZILIAN CONGRESS ON COLLECTIVE HEALTH, 8TH., 2006, Rio de Janeiro. **Proceedings of IDRC**. Montréal: IDRC, 2006. p. 102-111.

MERTENS, F. Emergence and robustness of a community discussion network on mercury contamination and health in the Brazilian Amazon. **Health Education and Behavior**, v. 35, n. 4, p. 509-521, 2008.

PINHEIRO, T. M. M. **Produção-consumo e ambiente**: uma visão da saúde do trabalhador, p. 511-536, 2005. Disponível em: [http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/leitura2008/Produ%C3%A7%C3%A3o%20Consumo%20e%20Ambiente%20\(Pinheiro%202005\).pdf](http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/leitura2008/Produ%C3%A7%C3%A3o%20Consumo%20e%20Ambiente%20(Pinheiro%202005).pdf). Acesso em: 28 junho 2008.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.

PORTO, M. F.; FREITAS, C. M. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2 (Supl), p. 59-72, 1997.

PORTO, M. F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque eco social, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2005.

PORTO, M. F.; ALIER, J. M. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interface para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 829-839, 2007.

RIGOTTO, R. M. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 4, p. 388-404, 2003.

SCARDUA, F.P. & BURSZTYN, M.A.A. Descentralização da política ambiental no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, v. 18, n. 1/2, p. 291-314, 2003.

SCOTT, J. P. **Social Network Analysis: A Handbook**. 2 ed. SAGE Publications, 2000.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998.

TÁVORA, R. et al. La participación social en la implementación de políticas en salud, trabajo y medio ambiente: el enfoque de la equidad social e de género. In: II CONGRESSO SALUD Y TRABAJO, 2007a, Havana. **Resúmenes**. p. 12-16.

TÁVORA, R. et al. A social network análisis of the Brazilian nacional initiative for occupational and environmental health. In: 19TH CONFERENCE OF INTERNACIONAL SOCIETY FOR ENVIRONMENTAL EPIDEMIOLOGY (ISEE), v. 49, n. 4, 2007b, Cidade do México. **Abstracts**. p. E609.

VASCONCELLOS, L. C. F.; PIGNATI, W. A. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1105-1115, 2006.

VASCONCELOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma Política de Estado. 2007. 421p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

VEIGA, B. G. A. Participação social e políticas públicas de gestão das águas: olhares sobre as experiências do Brasil, Portugal e França. 2007. 320p. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) – Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social Network Analysis: Methods and Applications**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

WELLMAN, B. Structural Analysis: from Method and Metaphor to Theory and Substance. In: **Social Structures: A Network Approach**. WELLMAN, B., BERKOWITZ, S. D. (ed). Greenwich/Connecticut: JAI Press, p. 19-61, 1988.

CONCLUSÃO

Este trabalho foi desenvolvido segundo a perspectiva da participação da sociedade em espaços públicos instituídos de gestão, tendo como foco processos amplos de mobilização social, que envolvem um conjunto de indivíduos em torno de eventos de grande porte, como foi o caso da 3ª Conferência Nacional de Saúde Trabalhador (3ª CNST) e seus desdobramentos.

A grande mobilização em torno dessa conferência foi iniciada já em sua fase preparatória, na qual aproximadamente 100.000 pessoas participaram ao longo das etapas municipais e estaduais. A etapa nacional reuniu 2.100 participantes, representantes dos diferentes segmentos do controle social do SUS (gestores, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e usuários), os quais trouxeram para o debate as principais questões de saúde das diversas regiões do país. A realização dessa conferência foi considerada um momento oportuno para debates propositivos em torno das principais temáticas que envolvem a construção de políticas públicas em saúde do trabalhador. Buscou contemplar a adoção de ações intersetoriais, envolvendo as principais questões trabalhistas e, além disso, apresentou um conjunto de deliberações que buscavam vincular as ações de Saúde do Trabalhador às políticas de desenvolvimento sustentável. Por fim, dedicou todo um eixo temático para o fortalecimento do controle social sobre os processos políticos da saúde do trabalhador. A partir desse eixo, foi prevista a realização do Processo de Devolução das 344 deliberações aprovadas, a fim de dar continuidade a mobilização social alcançada e devolver para os estados federativos o documento final da conferência.

Durante essa nova fase, 23 estados realizaram novas plenárias (Plenárias Estaduais Devolutivas – PED), envolvendo participantes que, na sua grande maioria, já estavam presentes nas etapas estaduais e municipais preparatórias da 3ª CNST. As análises permitiram concluir sobre o potencial de retorno político à população, que esse processo de devolução possibilita, a esses participantes já engajados anteriormente, no sentido de capilarizar para a escala local as discussões travadas na escala nacional. Ao longo de dois anos, essas PED foram sendo realizadas em cada estado, significando um novo momento para o controle social participar da reformulação dessas deliberações, adequando-as às suas realidades e particularidades locais e regionais. O modelo desse Processo de Devolução consistia na elaboração de Planos de Ação Estaduais a fim de motivar a implementação das deliberações.

Com isso surgiu também a necessidade de desenvolver uma estratégia para o acompanhamento da execução desses planos.

Para atender a essa demanda, a estruturação da Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST) foi uma estratégia viável encontrada, na medida em que, a organização em rede, permite uma maior articulação dos atores envolvidos no processo. Ainda durante as PED, a formação dessa rede se deu por meio da vinculação espontânea dos participantes presentes, mobilizados em torno da necessidade de uma atuação mais qualificada do controle social, junto aos setores públicos. Com isso, em cada estado, emergiram novos grupos de atores articulados, com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento dos Planos de Ações Estaduais e promover novas atividades de qualificação do controle social. Os encontros nacionais da REC-ST, realizados ao final de 2006 e em 2007, permitiu analisar o potencial de ação política da rede.

Por meio da análise de redes sociais, foi possível identificar o padrão de comunicação e colaboração que os membros da REC-ST desenvolvem dentro da rede. Assim, a REC-ST apresenta uma densa rede de contatos, sendo que a grande maioria dos indivíduos se encontram conectados em torno de trocas de informações. Além disso, a REC-ST também apresenta uma rede de colaboração, onde um número menor de indivíduos se relacionam em torno de atividades colaborativas diversas.

Esses contatos e colaborações desenvolvidos apresentam padrões distintos quando analisados em função do tempo de ingresso na rede. Indivíduos que participam da rede desde o primeiro ano (2006) apresentam maior número de contatos e de colaborações, comparados aos que iniciaram suas participações somente em 2007. Essa evolução no número de relações ao longo do tempo permite concluir que a participação de longo prazo potencializa o estabelecimento de novos contatos e colaborações. Além disso, esse fator também condiciona o padrão de relações que os indivíduos adquirem na rede, seus papéis e posições estratégicos que podem determinar o fluxo de informações, a mediação de atividades, entre outros. Foi observado que os indivíduos que representam a categoria dos usuários no controle social têm um papel importante nos processos de comunicação e de colaboração na REC-ST.

A partir do conjunto de eventos realizados em decorrência da 3ª CNST, a temática ambiental ganhou destaque nas discussões na grande maioria dos estados, em especial o tema do uso indiscriminado de agrotóxicos. Muitos participantes da REC-ST se envolvem

simultaneamente em torno de temas da saúde do trabalhador e ambientais, mostrando a potencialidade da atuação integrada que esses atores podem proporcionar na adequação das políticas públicas de saúde que impõe a incorporação das questões ambientais.

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, prevista para acontecer no final de 2009, pode ser uma nova oportunidade para investigar a atuação do controle social da saúde do trabalhador, prováveis participantes dessa conferência, em integrar as questões de trabalho, ambiente e saúde nas políticas que venham a ser formuladas. Resta ainda, identificar como esse processo participativo de formulação política transforma as deliberações aprovadas em ações concretas na escala local. Esse percurso será objeto de novos estudos, em torno de temáticas definidas, em alguns estados pilotos.

Entendemos que a participação da sociedade e o controle social que ela pode exercer sobre esses espaços públicos de construção política, se apresenta como estratégia viável de harmonizar os diferentes interesses envolvidos ao longo das fases de formulação das políticas públicas, sua adaptação aos contextos locais, até sua efetiva implementação. Entretanto, não basta somente que os atores participem, se torna necessária a qualificação de sua participação, a fim de que tenham o potencial de enfrentamento dos conflitos de interesses que permeiam esses espaços.

REFERÊNCIAS

- BURSZTYN, M. (org.) **A Difícil Sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 257 p.
- BURSZTYN, M. Políticas públicas e o desafio das desigualdades regionais. **Ciclo de Palestras sobre Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, p. 53-6, 2000.
- BRAVO, M. I. S. Participação social e controle social. In: **Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana: Educação, comunicação e controle social em Saúde do Trabalhador** (Textos de Apoio). Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. 119 p.
- BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. 430p.
- _____. **Plano nacional de saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 104p.
- _____. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60p.
- _____. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: Trabalhar, sim! Adoecer, não!** Coletânea de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 215p.
- _____. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 208p.
- _____. **Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana: Incorporando a saúde do trabalhador na construção das políticas públicas nacionais**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2006b. 48 p.
- _____. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social** Brasília. Ministério da Saúde, 2006c. 156p.
- _____. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56p.
- _____. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 106p.
- COHN, A.; MARSIGLIA, R. Processo e organização do trabalho. In: BUSCHINELLI, J. T. ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (orgs.). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde, **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, 2002.
- DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-302.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 817-828, 2005.

FREEMAN, L. C. Centrality in Social Networks: Conceptual clarification, **Social Networks** 1, 215-239, 1979.

GEHLEN, I. Políticas Públicas e Desenvolvimento Social Rural. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 95-103, jun. 2004.

GONH, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.20-31, 2004.

GOMES, C. M.; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 4. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 797-807, 2005.

GRANOVETTER, M. **A theoretical agenda for economic sociology**. Disponível em: http://ist-socrates.berkeley.edu/~iir/culture/papers/Granovetter01_03.pdf.2000

GUIZARDI et al, Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde, **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15- 39, 2004.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing Public Policy**. Londres: Sage Publications, 2002. 231p.

JUNQUEIRA, L.A.P. A descentralização e a gestão municipal da política de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 1, n. 1, p. 21-22. 1996.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 23, n. 4, Rio de Janeiro, p. 757-766, 2007.

MARQUES, Redes sociais e instituições na construção do estado e da sua permeabilidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 41, p. 45-67, 1999.

MARQUES, E. C. Redes Sociais e poder no estado brasileiro: aprendizados a partir das políticas urbanas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 60, p. 15-41, 2006.

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política**. São Paulo: Abril, 1983.

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

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, p.72-87, 2006.

MERTENS, F. Emergence and robustness of a community discussion network on mercury contamination and health in the brazilian Amazon. **Health Education and Behavior**, v. 35, n. 4, p. 509-521, 2008.

OLIVEIRA, M. H. B. et al. Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**. v. 13, n. 3, p. 425-433, 1997.

PECI, A.; COSTA, F. J. L. **Redes para Implementação de Políticas Públicas: Obstáculos e Condições de Funcionamento**. Salvador: ANPAD, 2002 13 p. Disponível em <http://www.abrad.org.br/enanpad2002-prog-pop-p.html> Acessado em 13/11/06.

PENA, P. G. L. Sociedades históricas, modos de produção, trabalho e saúde. **In: Curso de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Especialização à Distância)**. Unidade II – Relações de Produção, Consumo, Saúde e Ambiente. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2006. 15p.

PINHEIRO, T. M. M. **Produção-consumo e ambiente: uma visão da saúde do trabalhador**, p. 511-536, 2005. Disponível em: [http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/leitura2008/Produ%C3%A7%C3%A3o%20Consumo%20e%20Ambiente%20\(Pinheiro%202005\).pdf](http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/leitura2008/Produ%C3%A7%C3%A3o%20Consumo%20e%20Ambiente%20(Pinheiro%202005).pdf). Acesso em: 28 junho 2008.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.

PORTO, M. F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4 p. 829-839, 2005.

PORTO, M. F.; ALIER, J. M. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interface para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 829-839, 2007.

RIGOTTO, R. M. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 4, p. 388-404, 2003.

RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, Suplemento 4, p. S475-S501, 2007.

SATO, L.; LACAZ, F. A. C. BERNARDO, M. H. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, V. 11, N. 3, p. 281-288, 2006.

SAYAGO, D. Participação: olhar para fora ou olhar para dentro? **Ra Ximhai**, v. 4, n. 3, p.543-558, 2008.

VASCONCELOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado**. 2007. 421p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

VASCONCELLOS, L. C. F.; PIGNATI, W. A. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1105-1115, 2006.

VEIGA, B. G. A. Participação social e políticas públicas de gestão das águas: olhares sobre as experiências do Brasil, Portugal e França. 2007. 320p. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) – Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília.

WEIYLAND, K. Social Movements and the State: The Politics of Health Reform in Brazil. **World Development**, v. 23, n. 10, p. 1699-1712, 1995.

WENDHAUSEN, A. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. Empoderamento e recursos para participação em Conselhos Gestores. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, São Paulo, p. 131-144, 2006.

SCOTT, J. P. **Social Network Analysis: A Handbook**. 2 ed. SAGE Publications, 2000.

SPOSATI, A; LOBO, A. Controle Social e Políticas Públicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 8, n. 4, p. 366-378, 1992.

STRALEN, C. J. van et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n.3, p.621-632, 2006.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998.