UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

SELMA REGINA DE ANDRADE

SAÚDE DOS MARICULTORES E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:

uma análise sob o enfoque da Teoria da Reprodução Social

FLORIANÓPOLIS

2007

SELMA REGINA DE ANDRADE

SAÚDE DOS MARICULTORES E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: uma análise sob o enfoque da Teoria da Reprodução Social

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank

Florianópolis
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

A553s ANDRADE, Selma Regina de
Saúde dos maricultores e atenção básica à saúde: uma análise sob o enfoque da teoria da reprodução social./ orientada por Vera Lúcia Guimarães Blank e Juan Alfonso Samaja. Florianópolis : UFSC, 2007.
204 p.
Bibliografia: 199 a 205.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina.Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

I. Título 1. Política de saúde. 2. Saúde do trabalhador. 3. Atenção básica à saúde 4. Reprodução social.

CDU: 614

Catalogação na fonte por: Ivete Marisa Blatt – CRB 14/62

SELMA REGINA DE ANDRADE

SAÚDE DOS MARICULTORES E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA ANÁLISE SOB O ENFOQUE DA TEORIA DA REPRODUÇÃO SOCIAL

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 30 de março de 2007, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
Presidente

Dra. Agueda Lenita P. Wendhausen
Membro

Dr. Flávio Ricardo Liberali Magajewski
Membro

Dr. João Carlos Caetano
Membro

Dra. Denise E. Pires de Pires
Membro

Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto
Membro Suplente

Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Membro Suplente

Ao Professor Juan Samaja
(*In memorian)*

foto extraída da Revista *Time special issue*. Nov./1997.

Agradecimentos

À Vera Blank, minha orientadora e amiga, que me apontou caminhos e me brindou com a possibilidade de trabalhar novas teorias, meu agradecimento pelas contribuições, apoio e confiança.

Ao professor Juan Samaja (*in memorian*), meu co-orientador, por sua sabedoria, generosidade e paciência, com quem tive a honra de compartilhar um momento tão importante da minha vida, minha gratidão.

Aos professores e professoras da banca examinadora Denise Elvira Pires de Pires, Águeda Lenita P. Wendhausen, João Carlos Caetano e Flávio Ricardo L. Magajewski, pelas críticas, contribuições e credibilidade ao produto final desta pesquisa.

À Coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pela atenção e presteza com as quais sempre me receberam.

Aos professores da Universidade de Buenos Aires: Juan Alfonso, Roxana Ynoub e Stela Maris, que me acompanharam de perto e contribuíram com suas reflexões.

À Associação de Maricultores do Norte da Ilha de Santa Catarina (AMANI) pelo auxílio à pesquisa de campo e autorização para participação das reuniões e encontros.

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pela autorização e acesso aos documentos.

À Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina pela oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional através da liberação para realização do estágio de doutoranda no exterior.

À Universidade do Vale do Itajaí, através da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura, pelo apoio financeiro em forma de bolsa de estudos no período de fevereiro de 2006 a janeiro de 2007.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Ministério da Educação, pelo financiamento do estágio de doutoranda na Universidade de Buenos Aires, Argentina, no período de abril a julho de 2006.

À Universidade de Buenos Aires, Argentina, pela acolhida e oportunidade de desenvolvimento acadêmico.

Meus agradecimentos especiais

A meus pais pela vida e a minha família, pelo apoio incondicional.

Ao Luis Francisco pelo carinho, atenção e momentos preciosos.

Aos amigos trabalhadores da maricultura do norte da Ilha de Santa Catarina, aos profissionais de saúde e aos gestores que participaram desta caminhada, pela receptividade e colaboração sem os quais este trabalho não seria possível.

Aos amigos e colegas de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e da Universidade do Vale do Itajaí, pelo apoio e compreensão durante minhas atividades profissionais e acadêmicas.

Aos amigos e amigas de longa data e de outros carnavais, que sempre torceram por mim; aos meus amigos de fé, pela serenidade e suporte; e às amigas do viver humano, pelas constantes manifestações de carinho.

A todos que estiveram presentes no meu cotidiano, incentivando-me e apostando no meu sucesso, meu muito obrigada!

ANDRADE, Selma Regina de. **SAÚDE DOS MARICULTORES E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**: uma análise sob o enfoque da Teoria da Reprodução Social. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2007. 204f.

Orientadora: Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
Co-orientador: Dr. Juan Alfonso Samaja

RESUMO
O tema desta tese trata das interações entre usuários trabalhadores e o sistema público de saúde. A delimitação do tema focalizou um grupo populacional específico - os trabalhadores da maricultura do norte da Ilha de Santa Catarina, em vista de sua importância sócio-cultural e econômica no município, considerando o processo de vida e trabalho e as possíveis repercussões no processo saúde-enfermidade. Definiu-se o bairro de Santo Antônio de Lisboa, em Florianópolis, local de residência e de trabalho dos maricultores, onde se localiza o Centro de Saúde, sede daquele distrito sanitário. A Política de Saúde do Trabalhador, vigente no país, delimitou o contexto da análise das interações entre os trabalhadores produtores da maricultura e o sistema público de saúde. Adotou-se o referencial teórico da Reprodução Social e o referencial metodológico de Sistema de Matrizes de Dados, ambos descritos por Juan Samaja, filósofo e pesquisador no campo da metodologia e da psicogênese do conhecimento. A Teoria da Reprodução Social mostrou-se útil para explicar os distintos níveis de integração e distintas interfaces hierárquicas que compõem as totalidades individuais e coletivas, compreendidas nas dimensões biocomunal, comunal-cultural, político-estatal e societal, contribuindo para ampliar a compreensão dos fenômenos envolvidos no campo da saúde-enfermidade-atenção e na interação entre usuários e sistema de saúde. Esta pesquisa guiou-se pelas estratégias exploratória e descritivo-analítica para tratamento e análise dos dados, com o foco nos distintos componentes do sistema de matrizes, utilizando as técnicas de análise de conteúdo e de estatística descritiva, com o apoio mecânico do programa de informática ATLAS.ti. Caracterizou-se o processo de trabalho (objeto, ambiente, organização do trabalho, instrumentos e produto) do grupo de maricultores, identificando riscos à saúde e a possibilidade de uso dos serviços públicos de saúde. Caracterizou-se, também, o processo de reprodução social e saúde dos trabalhadores maricultores, bem como os componentes formulativo e operativo da dimensão estatal do setor saúde. A análise das interações entre os usuários maricultores e o serviço de saúde, no contexto da Política de Saúde do Trabalhador permitiram corroborar as proposições feitas, quais sejam, a de que o trabalhador maricultor interage com o sistema de saúde somente no plano biológico-curativo, no sentido da solução de algum problema instalado; a de que o componente operativo do nível estatal (Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa e os profissionais da Equipe Saúde da Família daquela unidade) encontra-se despreparado para atender a população trabalhadora, neste caso, os maricultores, em seus processos específicos de trabalho; e, finalmente, a Política de Saúde do Trabalhador, componente formulativo do nível estatal, não é reconhecida em seus princípios pelos usuários dessa política, nem pelos maricultores, nem pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família no distrito sanitário estudado.
Palavras-chave: Reprodução Social, Atenção Básica à Saúde, Saúde do Trabalhador, Política de Saúde, Maricultura.

ANDRADE, Selma Regina de. **SALUD DE LOS MARICULTORES Y ATENCIÓN BÁSICA A SALUD**: un análisis bajo el enfoque de la Teoría de la Reproducción Social. 2007. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2007. 204f.

Orientadora: Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
Co-orientador: Dr. Juan Alfonso Samaja

RESUMEN
El tema de esta tesis trata de las interacciones entre los usuarios trabajadores y el sistema público de la salud. La delimitación del tema ha focalizado un grupo específico de la población - los trabajadores de la maricultura del norte de la Isla de Santa Catarina, en vista de su importancia socio-cultural y económica en el municipio, considerando el proceso de vida y trabajo y las posibles repercusiones en el proceso salud-enfermidade. Ha sido definido el barrio de Santo Antônio de Lisboa, en Florianópolis, local de residencia y de trabajo de los maricultores, donde se localiza el Centro de Salud, sede de aquel distrito sanitario. La Política de Salud del Trabajador, en curso en el país, definió el contexto del análisis de las interacciones entre los trabajadores y el sistema público de salud. Se ha adoptado el referencial teórico de la Reproducción Social y el referencial metodológico de Sistema de Matrices de Datos, descritos por Juan Samaja, filósofo e investigador en el campo de la metodología y de la psicogenesis del conocimiento. La Teoría de la Reproducción Social se mostró útil para explicar los distintos niveles de integración y distintas interfaces jerárquicas que componen las totalidades individuales y colectivas, comprendidas en las dimensiones biocomunal, comunal-cultural, político-estatal y societal o tecno-económica, contribuyendo para ampliar la comprensión de los fenómenos involucrados en el campo de la salud-enfermedad-atención y en la interacción entre usuarios y sistema de salud. Esta investigación ha se guiado por las estrategias exploratória y descriptivo-analítica para tratamiento y análisis de los datos, con el foco en los distintos componentes del sistema de matrices, empleando las técnicas de análisis de contenido y de estadística descriptiva, con el apoyo mecánico del programa de informática ATLAS.ti. Ha sido caracterizado el proceso de trabajo (objeto, ambiente, organización del trabajo, instrumentos y producto) del grupo de maricultores, identificando riesgos a la salud y la posibilidad de uso de los servicios públicos de salud. Ha sido caracterizado el proceso de reproducción social y salud de los trabajadores maricultores, así como los componentes formulativo y operativo de la dimensión estatal del sector salud. El análisis de las interacciones entre los usuarios maricultores y el servicio de salud, en el contexto de la Política de Salud del Trabajador permitieron corroborar las proposiciones hechas, cuáles sean, a de que el trabajador maricultor interacciona con el sistema de salud solamente en el plan biológico-curativo, en el sentido de la solución de algún problema instalado; a de que el componente operativo del nivel estatal (Centro de Salud de Santo Antônio de Lisboa y los profesionales del Equipo Salud de la Familia) se encuentra despreparado para atender la población trabajadora, en este caso, los maricultores, en sus procesos específicos de trabajo; y, finalmente, la Política de Salud del Trabajador, componente formulativo del nivel estatal, no es reconocida en sus principios por los usuarios de esa política, ni por los maricultores, ni por los profesionales del Equipo de Salud de la Familia en el distrito sanitario estudiado.
Palavras claves: Reproducción Social, Atención Básica a la Salud, Salud del Trabajador, Política de Salud, Maricultura

ANDRADE, Selma Regina de. **MARICULTURE WORKERS AND ATTENTION TO BASIC HEALTH:** an analysis from the perspective of Social Reproduction Theory. 2007. Thesis (Nursing Doctorate) – Nursing Graduation Degree Program, Federal University of Santa Catarina. Florianópolis. 2007. 204f.

Adviser: Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
Co-adviser: Dr. Juan Alfonso Samaja

ABSTRACT

This study analyzes the interactions between workers-users and the public health system. It focuses on a specific population group – mariculture workers in the North of Santa Catarina Island, due to their socio-cultural and economic importance in the municipality. It considers their living and working processes and the possible repercussions on the health-illness process. The study was conducted in the neighborhood of Santo Antônio de Lisboa, in Florianópolis, the place of work and residence of the mariculturists, where the Health Center that is the center of that sanitary district is located. Brazil's current Worker Health Policy set the context of analysis of the interactions between the mariculture workers and the public health system. The theoretical reference adopted was that of Social Reproduction and the methodological reference used was the Data Matrix System, both described by Juan Samaja, a philosopher and researcher in the field of methodology and of the psychogenesis of knowledge. Social Reproduction Theory was useful for explaining the distinct levels of integration and hierarchical interfaces that compose the individual and collective totalities, understood in the biocommunal, common-cultural, political-governmental and societal dimensions. This helps to expand the understanding of the phenomenon involved in the field of health-illness-care and the interaction between users and the health system. This study was guided by exploratory and descriptive-analytical strategies to handle and analyze the data. It focuses on the distinct components of the system of matrixes, using the techniques of content analysis and descriptive statistics, with mechanical support from ATLAS.ti software. The work process (including the object, environment, labor organization, tools and product) of a group of mariculture workers was characterized, identifying the health risks they confront and their access to public health services. The study also characterized the process of social and health reproduction of the mariculture workers, as well as the formative and operative components of the government dimension of the health sector. The analysis of the interactions between the mariculture users and the health service, in the context of the Worker Health Policy, allow corroborating the conclusions. The first is that the mariculture worker interacts with the health system only in the biological-curative plane, not to solve any existing problem. The second is that the operative component at the government level (the Santo Antônio de Lisboa Health Center and the professionals in the Family Health Staff at that unit) is not prepared to attend the working population, in this case, the mariculture worekrs, in their specific work processes. Finally, the principles of the Worker´s Health Policy, a formative component at the government level, are not recognized by the users of this policy, neither by the mariculturists, nor by the professionals of the Family Health Staff in the sanitary district studied.

Key words: Social Reproduction, Basic Health Care, Health Policy, Mariculture.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Interações entre maricultores e serviços de saúde, na perspectiva da Política de Saúde do Trabalhador.	17
Figura 2:	Epigênese das totalidades sociais e da subjetividade humana.	85
Figura 3:	Relações hierárquicas do Sistema de Matrizes de Dados.	95
Figura 4:	Ilha de Santa Catarina. Regionais de Saúde de Florianópolis. Distrito de Santo Antônio de Lisboa. 2006.	98
Figura 5:	Áreas aqüicolas nas regiões de Sambaqui, Santo Antônio de Lisboa e Cacupé. Florianópolis/SC. 2005.	103
Figura 6:	Tela principal de trabalho com o ATLAS/ti.	113
Figura 7:	Foco de análise das interações entre trabalhadores maricultores e o sistema de saúde, segundo a Teoria da Reprodução Social. ..	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Fases de desenvolvimento da estrutura e das tarefas de grupo. ..	60
Quadro 2:	Características da interação em grupos cooperativos e em grupos competitivos.	60
Quadro 3:	Tarefas do processo de investigação	93
Quadro 4:	Áreas demarcadas para cultivo de ostras e mexilhões e número total de lotes, lotes úteis com produtor maricultor e de produtores maricultores participantes da pesquisa. Florianópolis/SC. Agosto/2005.	104
Quadro 5:	Momentos, técnicas e instrumentos de coleta e registro de dados	109
Quadro 6:	Características pessoais dos maricultores entrevistados. Florianópolis/SC. 2005-2006.	118
Quadro 7:	Ocorrência de problema(s) de saúde, meios de prevenção e tratamento do(s) problema(s), conforme declaração em entrevista por maricultor. Florianópolis, SC. 2005-2006.	123
Quadro 8:	Tamanho e composição do núcleo familiar, conforme declaração em entrevista por maricultor. Florianópolis, SC. 2005-2006.	126
Quadro 9:	Distribuição populacional por idade e sexo na região Norte da Ilha de Santa Catarina. Estimativa 2006.	136

LISTA DE ABREVIATURAS

ACAq	Associação Catarinense de Aqüicultura
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMANI	Associação de Maricultores do Norte da Ilha
AMASI	Associação de Maricultores do Sul da Ilha
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psico-Social
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CONSEG	Conselho Local de Segurança
COOPERILHA	Cooperativa Aqüicola da Ilha de. Santa Catarina
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
EMAPA	Escritório Municipal de Agropecuária, Pesca e Abastecimento
EPAGRI	Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina
FAMASC	Federação das Associações de Maricultores de Santa Catarina
FUNDACENTRO	Fundação de Segurança e Medicina do Trabalho
HGCR	Hospital Governador Celso Ramos
HRSJ	Hospital Regional de São José
HU	Hospital Universitário
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV	Índice de Condições de Vida
IGEOF	Instituto de Geração de Oportunidades de Florianópolis
IPUF	Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis

IRG	Ilha de Ratones Grande
IRP	Ilha de Ratones Pequeno
LCMM	Laboratório de Cultivo de Moluscos Marinhos
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NEA	Núcleo de Estudos Açorianos
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SEAP	Secretaria Especial de Aqüicultura e Pesca
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SIF	Selo de Inspeção Federal
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 1

1 INTRODUÇÃO 5

Objetivos 15

2 INTERAÇÃO E REPRODUÇÃO SOCIAL 16

2.1 A INTERAÇÃO SOCIAL: CONCEITOS E ABORDAGENS 18

2.1.1 Campos de análise da interação social 19

2.1.2 Processos básicos de interação 22

2.1.3 Correntes de pensamento em sociologia e a interação social 23

2.2 A INTERAÇÃO NOS ESTUDOS DE JUAN SAMAJA 27

2.3 REPRODUÇÃO SOCIAL SEGUNDO JUAN SAMAJA 34

2.3.1 As relações sociais e o processo saúde-enfermidade-atenção 35

2.3.2 Dimensões da Reprodução Social 39

2.4 A INTERAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR .. 44

2.4.1 Saúde-enfermidade-atenção: um processo individual e coletivo 45

2.4.2 O trabalhador e a saúde 49

2.4.3 Família, outros grupos sociais e o processo saúde-enfermidade-atenção 54

2.4.4 Estado: políticas e serviços públicos – os componentes formulativo e operativo do sistema de saúde 65

2.4.5 Sociedade civil: globalização e poder local 81

3 METODOLOGIA 89

3.1 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS 89

3.2 O PROCESSO DA PESQUISA 96

3.2.1 Universo de Unidades de Análise 97

3.2.2 Universo de variáveis e definições 99
3.2.3 Amostragem 101
3.2.4 Aspectos ético-legais 105
3.2.5 Fontes, instrumentos e técnicas de coleta e registro de dados 106
3.2.6 Tratamento e análise de dados: critério e dimensões 110
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 115
4.1 OS MARICULTORES E O PROCESSO DA REPRODUÇÃO SOCIAL 116
4.1.1 Reprodução biocomunal 116
4.1.2 Reprodução comunal-cultural 130
4.1.3 Reprodução estatal 138
4.1.4 Reprodução societal 148
4.2 O SISTEMA DE SAÚDE: COMPONENTES OPERATIVO E FORMULATIVO DA DIMENSÃO ESTATAL 165
4.2.1 O componente operativo do sistema de saúde no contexto da Saúde do Trabalhador: a percepção dos profissionais de saúde 165
4.2.2 O componente formulativo do sistema de saúde: a percepção dos gestores da Saúde do Trabalhador 172
4.3 AS INTERAÇÕES ENTRE OS TRABALHADORES DA MARICULTURA E O SISTEMA DE SAÚDE 182
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 190
REFERÊNCIAS 198
GLOSSÁRIO
APÊNDICES
ANEXOS

APRESENTAÇÃO

O interesse em compreender as possibilidades de realização do Estado, na condição de provedor do direito à saúde a indivíduos e grupos populacionais em diferentes âmbitos, motivou-me buscar, em uma situação concreta, alguns elementos que pudessem nortear respostas para essa inquietação. Das leituras técnicas, de minha formação em enfermagem, saúde coletiva e em administração pública, na área de política e planejamento governamental, e de minha experiência profissional na área de organização dos serviços de saúde, tenho acompanhado o crescente debate acadêmico e político sobre o desenvolvimento de estratégias para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e, recentemente, da Atenção Básica à Saúde. Os resultados desse movimento conduzido pelo poder público podem ser visualizados por meio dos indicadores da atenção ofertada nas unidades básicas de saúde aos grupos de gestantes, crianças e idosos, e também ao controle de determinadas doenças (hipertensão arterial e diabetes mellitus, por exemplo) - o chamado Pacto de Atenção à Saúde. No entanto, embora contemplado na legislação maior, a inclusão sistemática e regular de ações de atenção à saúde ao grupo de trabalhadores, nas especificidades de seus processos de trabalho, não tem sido tarefa simples. Ao contrário, continua sendo um desafio ao SUS, envolvendo distintos interesses, conflitos e atores sociais.

A importância do tema Saúde do Trabalhador se deve ao fato de que “no Brasil, milhares de trabalhadores e trabalhadoras adoecem, se acidentam e morrem no trabalho todos os anos” (NARDI, 1999, p. 13). De fato, as estatísticas brasileiras informam o registro anual de 5 mil mortes, 200 mil mutilações e 800 mil doentes, por decorrência do trabalho (GOMES et al., 2006), o que implica diretamente o tema da organização dos serviços de saúde. Esta relação se dá, em primeiro lugar, porque

na sociedade ocidental moderna o trabalho ocupa, pelo menos, um terço da vida das pessoas e, por isso, exerce grande influência na saúde (DEVER, 1998). Em segundo, porque “a saúde do trabalhador está no âmbito do SUS e todas as ações e serviços públicos de saúde são regulados pelo SUS” (CARVALHO e SANTOS, 1995, p. 172). Por último, é por meio de indicadores de morbi-mortalidade que se pode inferir sobre a qualidade dos serviços de saúde à população, incluindo a disponibilidade de recursos humanos capacitados para o seu atendimento (PEREIRA, 1995).

A interação entre a população trabalhadora e os serviços de saúde, em especial quando se trata do processo saúde-enfermidade-atenção, compõe uma temática extremamente ampla, o que exige definir qual trabalhador, qual serviço de saúde, em que contexto e sob qual perspectiva seria possível delimitar o tema, de modo a dar conta de sua complexidade, buscando ao mesmo tempo contemplar os critérios de validade, coerência e confiabilidade inerentes ao método científico.

A população de estudo constitui-se de um grupo de trabalhadores – os maricultores, moradores de uma região de Florianópolis/SC, a região da baía norte, que delimita um distrito sanitário: o de Santo Antônio de Lisboa. Essa população trabalhadora foi escolhida devido à representatividade da maricultura no desenvolvimento econômico local e sua contribuição no âmbito nacional e suas características que se aproximam de uma reestruturação produtiva. Além disso, foram considerados os aspectos culturais daquela região, cuja história relata sobre os hábitos e costumes da colonização açoriana e a tentativa de preservação dessas manifestações pela sociedade local. Por outro lado, esta região por suas características sociais e conformação geográfica, delimita um distrito sanitário, sede de um Centro de Saúde, que vem ao longo dos anos organizando-se para seguir as propostas de atenção à saúde de acordo com os princípios da política de saúde. Para conhecer a população de estudo e seu processo de trabalho, realizei um estudo de caso[1] (Anexo 1) com a técnica de observação participante, no período de março a junho de 2004, numa Fazenda de Criação de Moluscos Marinhos, localizada em Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis/SC.

[1] O estudo de caso, realizado sob a supervisão da orientadora Vera Lúcia G. Blank, resultou em um artigo intitulado “O processo de trabalho na maricultura e implicações na saúde dos trabalhadores: uma aproximação ao tema”,que contou com a colaboração da professora Denise E. P. de Pires (Anexo 1).

Após o contato com os maricultores e com os profissionais do Centro de Saúde, identifiquei e adotei o referencial teórico da Reprodução Social, devido seu potencial para explicar os distintos níveis de integração e distintas interfaces hierárquicas que compõem as totalidades individuais e coletivas, de acordo com uma perspectiva de sistemas complexos adaptativos. Também segui a metodologia da investigação científica, numa concepção de processo, que se organiza segundo instâncias de validação, em distintas fases e momentos (Anexo 2). Com base no referencial metodológico adotado, as tarefas do processo de investigação são concebidas como estratégias de construção, processamento e interpretação de Sistemas de Matrizes de Dados.

O aprofundamento teórico e metodológico foi realizado em discussões durante reuniões e participação em disciplina do professor Dr. Juan Samaja, autor desses referenciais, quando da realização do Estágio de Doutoranda na Universidade de Buenos Aires, Argentina, no período de 3 de abril a 30 de julho de 2006, com subsídios financeiros da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal (CAPES), do Ministério da Educação (MEC) - Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDEE). O estágio forneceu elementos para consolidar a proposta desenhada e possibilitou rever e ampliar conceitos fundamentais que permeiam a Teoria da Reprodução Social, além de oferecer oportunidades de debate sobre a construção do conhecimento como uma função de auto-regulação da vida.

O uso deste referencial teórico-metodológico deve ser visto não como um atrevimento, mas como um entusiasmo de aprendiz, em que pesem minhas limitações para dar conta do vasto mundo de conhecimentos que se abriu. Devo registrar a possibilidade de alguma falta involuntária, pela qual assumo total responsabilidade, já que o modelo permite a aproximação aqui elaborada, mas também e certamente muitas outras abordagens que poderiam enriquecer as respostas para essa realidade complexa que envolve a saúde-enfermidade-atenção.

No marco lógico da pesquisa, a pretensão com os resultados residiu em contribuir para ampliar a compreensão os fenômenos envolvidos no campo da saúde-enfermidade-atenção e na interação entre usuários e sistema de saúde, numa perspectiva totalizadora, com base nos níveis de integração da Reprodução Social. Aspirou, também, contribuir para a tomada de consciência dos atores no sistema de

saúde, incluindo sob este termo não somente aos realizadores de serviços de saúde, mas as populações destinatárias, isto é, as populações de indivíduos; de famílias e redes comunais; de instituições da sociedade política; e de instituições da sociedade civil: empresas e trabalhadores. Quisera que os apontamentos aqui realizados pudessem oferecer aos organismos responsáveis pela promoção da saúde novos elementos de juízo para a compreensão e o desenvolvimento de tecnologias sociais eficazes para as ações preventivas e reabilitadoras dos processos de saúde-enfermidade-atenção.

O relatório que segue apresenta, no capítulo 1, a introdução e contextualização do tema de pesquisa, o problema central, a tese e os objetivos, justificando sua relevância e pertinência. No capítulo 2 consta a revisão da literatura, configurando o estado da arte e o marco teórico, dedicados aos temas da interação social e do processo saúde-enfermidade-atenção em diferentes dimensões, tendo por referência o sujeito trabalhador. Os fundamentos metodológicos e os passos percorridos nesta pesquisa constam do capítulo 3.

O capítulo 4 reúne as informações colhidas, apresenta e discute as características das interações entre os trabalhadores da maricultura e o sistema público de saúde, no âmbito de um distrito sanitário. Por último, o capítulo 5 sintetiza reflexões e considerações realizadas em resposta aos objetivos propostos, seguindo-se as referências, glossário, apêndices e anexos.

1 INTRODUÇÃO

A ilha de Santa Catarina, sede da capital Florianópolis, foi colonizada por imigrantes açorianos, cujos costumes e manifestações populares como os folguedos (boi-de-mamão, pau-de-fitas, terno-de-reis), as comemorações religiosas (devoção ao Divino Espírito Santo) e o artesanato (renda de bilro, cerâmica manual), entre outros, têm sofrido influência com a imigração interna brasileira, porém ainda procuram ser preservados pela população nativa, com algum apoio de órgãos governamentais e não-governamentais. A pesca artesanal ou de pequena escala é uma das tradições açorianas que vem sofrendo forte impacto nessa região, devido à expressiva tendência ao aumento da pesca industrial em detrimento da artesanal. As dificuldades da pesca artesanal, ocasionadas principalmente por essa concorrência com os barcos de pesca de alto-mar, trouxeram aos pescadores e à economia municipal a preocupação com o subemprego e mesmo o desemprego desses trabalhadores. Foram configurados e colocados em pauta não só os problemas de natureza econômica, mas também suas conseqüências sociais, incluindo a possibilidade de descaracterização da cultura de comunidades locais. Estes fatos, associados ao baixo custo dos equipamentos para produção de moluscos, criaram as condições para o surgimento da maricultura em Santa Catarina, com a produção de ostras (ostreicultura) e mexilhões (mitilicultura) e seu amplo desenvolvimento posterior, com importância crescente na economia local, municipal e estadual (GRUMANN et al., 1998; PAULILO, 2002; MACHADO, 2002).

A produção de ostras em Florianópolis teve seu início com o Projeto de Desenvolvimento Sustentável da Maricultura, parceria entre a Prefeitura Municipal, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina S/A (EPAGRI). Das 102 áreas

demarcadas para cultivo no litoral catarinense pelo Ministério da Defesa, Comando da Marinha, 50 estão situadas em Florianópolis, com uma produção de mais de um milhão de dúzias de ostras por todos os núcleos. Esta produção significa cerca de 80% da produção nacional e um retorno comercial de quase R$ 6 milhões para os produtores locais (SEBRAE, 2004).

Inicialmente proposta como uma alternativa de renda para os pescadores, a maricultura gerou novos processos de trabalho, que têm influenciado a vida das pessoas. O valor sócio-econômico para as comunidades pesqueiras do litoral centro norte do Estado foi analisado por Grumann et al. (1998). Os autores argumentam que, ao utilizar técnicas simples e de baixo investimento, a maricultura proporciona uma renda adicional aos pescadores, contribuindo para a geração de mão-de-obra e fixação das populações tradicionais, principalmente os jovens, nas suas áreas de origem.

Na Ilha de Santa Catarina, as áreas de cultivo de moluscos marinhos estão situadas, em sua maioria, em duas regiões: a sul, representada pelo bairro Ribeirão da Ilha, com uma característica de produção empresarial; e a norte, principalmente nos bairros de Santo Antônio de Lisboa, Cacupé e Sambaqui, região de interesse desta pesquisa por se tratar de produção puramente artesanal[2]. O primeiro grupo de maricultores do norte da ilha foi formado em meados da década de 80, contando com 20 ex-pescadores. Atualmente, de um total de 99 produtores comerciantes do município de Florianópolis, cadastrados junto aos órgãos competentes por meio de Termo de Ajuste de Conduta (IBAMA 2003; 2006), existem cerca de 25 na região norte, integrantes da Associação de Maricultores do Norte da Ilha (AMANI).

Do ponto de vista econômico, as perspectivas de desenvolvimento do setor têm sido positivamente avaliadas, a despeito da coexistência de múltiplos interesses, muitas vezes divergentes, com relação ao uso de áreas marítimas. A regulamentação das áreas de cultivo de ostra, iniciada em 2002, conta com várias entidades dos diferentes níveis de governo atuando na fiscalização e controle. A dificuldade maior para acordo das competências e responsabilidades reside na imprevisibilidade do impacto ambiental em alguns anos. Parte das dificuldades de regulamentação das áreas marítimas inclui os interesses de diferentes segmentos

[2] O processo de trabalho artesanal é entendido como aquele onde o sujeito trabalhador detém e controla todas as etapas do processo, da produção à comercialização do produto.

que utilizam o mar como fonte de renda, dentre os quais o turismo, o esporte, e a própria pesca. A ocupação do espaço do mar tem sido tema de discussão junto aos órgãos decisores e executores de políticas no município, estando atualmente restringido o cadastro de novos produtores (IBAMA, 2006).

Embora a produção econômica tenha uma avaliação favorável, são poucos os estudos voltados para aspectos resultantes desse processo de reestruturação produtiva e suas possíveis repercussões na saúde do maricultor. As pesquisas no tema da maricultura têm buscado respostas para problemas relacionados à saúde do produto/ostra, qualidade da água e aumento da produção (SEIBERT, 2002; VINATEA ARANA, 2000; SCHLEMPER, 2002; MACHADO, 2002; GONZALEZ LABALE, 2005), obviamente de grande interesse para os consumidores finais e à saúde pública de modo geral. No entanto, do ponto de vista social, tão relevante quanto às questões relacionadas ao produto estão também aquelas relacionadas a quem produz, neste caso, o próprio maricultor e seu processo de vida e trabalho, tomando este aspecto da vida como importante fator na definição das condições de saúde de cada indivíduo. O uso de certos tipos de tecnologias e a incorporação de determinadas matérias-primas aos processos de trabalho têm influência sobre a morbi-mortalidade dos trabalhadores (DEVER, 1998). Sendo assim, compreender o processo de trabalho é requisito inicial para o entendimento do processo saúde-enfermidade. Grande parte dos problemas de saúde e dos acidentes mais freqüentes com os trabalhadores da maricultura está relacionada aos riscos ambientais a que estão submetidos nos seus processos produtivos. Dentre eles, estão incluídos os riscos físicos (umidade, ruído, radiação não ionizante) mecânicos (cortes, quedas, projeções de partículas e incêndios), biológicos (vírus, bactérias e fungos) e ergonômicos (trabalho em pé, monótono e repetitivo, esforço físico) (BARBOSA et al., 2003).

A análise da relação entre processo de trabalho e processo saúde-enfermidade nos leva a refletir sobre as possibilidades de atenção orientada aos produtos resultantes dos diferentes processos de trabalho. Contudo, deve-se levar em conta que o processo saúde-enfermidade ou o significado de uma vida saudável para as pessoas pertencentes a um grupo social é reconhecidamente influenciado pelo conjunto de suas crenças, comportamentos, percepções, emoções, língua, religião, estrutura familiar, alimentação, vestuário, imagem corporal, conceitos de

espaço e tempo, além das atitudes em relação à doença, dor e outras formas de eventos (HELMAN, 1994). Assim, as definições de saúde e doença variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais em um determinado contexto, que inclui outros elementos políticos e econômicos, elementos estes que também contribuem para o estado de saúde de um indivíduo ou comunidade. Helman (1994) considera que os aspectos culturais envolvidos na questão da saúde e da doença só podem ser compreendidos em um contexto específico. Além da cultura, o autor considera outros fatores que influenciam qualquer grupo de pessoas em qualquer período no tempo, destacando os relacionados às dimensões individual, educacional e socioeconômica.

Para Samaja (2004a), a compreensão da saúde é inerente à compreensão das condições de vida e das relações estabelecidas em um determinado espaço de reprodução social. O objeto de estudo das disciplinas atualmente localizadas na chamada área da saúde, segundo o autor, compreende três campos de análise: os problemas, as representações e as estratégias de ação, apresentadas no transcorrer da reprodução da vida social. Assim, compreender a Saúde significa concebê-la como inseparável das condições de vida, porém não apenas como um elemento integrante, mas como uma função essencial de controle "sobre todas as dimensões dos processos de reprodução da vida social" (SAMAJA, 2004a, p. 134). Esta definição amplia a compreensão da saúde, porque localiza os problemas, representações e estratégias de ação não somente no plano biológico, que induz a uma visão fragmentária e a uma concepção biologicista da saúde. A definição acima transcrita também inclui as dimensões culturais, sócio-econômicas e políticas da vida humana, que se articulam por meio de interfaces e de distintos níveis de integração – organismo, bio-comunidade, comunidade cultural, estado e sociedade civil. Assim, "a esfera da atenção à saúde deixa de ser uma resposta biológica, para transformar-se em uma iniciativa própria da cultura, com conseqüências laterais, mas não primordiais, no campo biológico" (SAMAJA, 2004a, p. 79).

As noções de saúde e de enfermidade, como problemas de saúde, são úteis para qualificar os estados possíveis nos indivíduos, considerados como totalidade complexa. Samaja (2004a, p. 70) afirma que saúde e enfermidade são termos inseparáveis do termo atenção, uma vez que do ponto de vista da Lógica, "um problema sempre implica uma solução possível. Deduz-se que todo problema de

saúde é, em princípio, resolvível e o é enquanto deve ser atendido, porque pode ser resolvido" e, portanto, não se constituem somente dois pólos de um processo, mas uma composição necessária na forma de uma tríade: saúde-enfermidade-atenção.

Essa tríade – saúde-enfermidade-atenção – implica o modo de organização da atenção à saúde, as demandas aos serviços de saúde e a oferta da assistência em quantidade e qualidade suficientes. Helman (1994) considera que os serviços de atenção à saúde devem ser planejados não apenas com referência aos aspectos médicos, mas levando em consideração as crenças de uma comunidade sobre suas doenças e como elas devem ser tratadas, bem como o contexto político e econômico em que ocorrem. Esta visão integralizadora da antropologia médica vai de encontro com o modelo biomédico, de natureza curativa, centrado na doença, e ainda hegemônico no cenário brasileiro, mas fortemente confrontado pelo SUS (BRASIL, 1990).

Há pouco mais de quinze anos de implantação desse modelo de atenção à saúde, sob enfrentamento de resistências e ameaças de naturezas diversas, muitos avanços foram conquistados, especialmente no campo da implementação e gestão das políticas de saúde, numa perspectiva de descentralização, regionalização e hierarquia dos serviços por nível de complexidade, com apoio político e financeiro, nos últimos anos, das três esferas gestoras à área da atenção básica à saúde. Talvez a característica mais significativa da implantação do SUS esteja em sua processualidade, deslocando de forma gradual, porém constante, a ênfase dada à assistência ao doente e à prestação de serviços em ambientes hospitalares para uma estratégia de promoção da saúde e provisão de serviços ambulatoriais de atenção à saúde, com projeção para a saúde da família e da comunidade.

Neste modelo de atenção à saúde emerge a Política de Saúde do Trabalhador como um desafio, no sentido de se proverem os meios e mecanismos para atendimento das necessidades deste grupo populacional, de forma qualificada, em todos os níveis de atenção, em especial no nível local e no referenciamento aos demais níveis do sistema.

A Saúde do Trabalhador, na qualidade de política de saúde, foi incorporada ao SUS a partir do texto constitucional brasileiro, tendo sua regulamentação na Lei Orgânica da Saúde. Consiste em "um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos

trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos dos processos de trabalho" (BRASIL, 1990). Essa política, com inclusão da proposta de desenvolvimento de atividades também assistenciais, foi incrementada a partir da publicação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST em 1998 (BRASIL, 1998), que, complementarmente à Norma Operacional Básica 01/96 (BRASIL, 1996), definiu as "atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, considerando as diferenças entre homens e mulheres".

A NOST regulamenta a competência do gestor municipal de saúde, incluindo, dentre outras ações,

> a garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio da rede própria ou contratada, dentro de seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir (BRASIL, 1998).

Parece fundamentar-se no pressuposto que as Secretarias Municipais de Saúde, através de suas unidades básicas e especializadas, estariam aptas a prestarem assistência ao trabalhador, oferecendo consultas, exames, visitas domiciliares, atividades educativas, entre outras atividades específicas. As dificuldades de efetivação das ações voltadas ao trabalhador nos serviços locais de saúde, a partir da NOST, e também como parte do desenvolvimento de políticas e diretrizes para a área, levaram o Ministério da Saúde a instituir a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST) (BRASIL, 2002a). Sua estruturação prevê a organização e implantação de ações nos três níveis de complexidade: atenção básica; média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Cabe destacar o estágio ainda embrionário de desenvolvimento do SUS com relação à assistência e prestação de serviços de saúde ao trabalhador em nível local, condição necessária de estruturação do modelo de atenção à saúde hierarquizado e regionalizado.

Em 2006, as esferas gestoras do SUS iniciaram a articulação para implantação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), um compromisso tripartite que inclui o pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão. As diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão foram regulamentas (BRASIL,

2006b) e prevêem a unificação total de muitos dos processos existentes para o ano de 2007. Nestas diretrizes, a implantação de Centros de Saúde do Trabalhador é um dos componentes da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e do incentivo financeiro relacionado à qualificação de políticas específicas.

A incorporação da Saúde do Trabalhador na prática assistencial em qualquer dos níveis de complexidade do sistema, especialmente na rede básica de assistência é um outro desafio ao sistema de saúde. A imposição da lógica do mercado sobre as instituições e o Estado e a resistência imposta pela lógica hegemônica assistencial curativa são entraves que dificultam estabelecer o elo entre trabalho e fonte de agravos à saúde (MACHADO e MINAYO, 2000).

A Saúde do Trabalhador, enquanto política instituída, inclui a necessidade de potencializar a instituição de práticas inovadoras na prestação de serviços, ao perseguir a modificação de situações de riscos à saúde, através da integralidade da atenção, articulando assistência individual e coletiva; vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e ações preventivas, curativas e reabilitadoras. No entanto, esta parece ser uma dificuldade que se acentua no âmbito dos municípios que, de forma geral, possuem escassez de equipes básicas tanto na assistência, quanto em vigilância em saúde.

O confronto entre a incipiente incorporação, até o momento, da Saúde do Trabalhador em todas as instâncias do SUS e o aparato legal instituído ensejam o estudo minucioso a respeito das relações entre Estado e sociedade, democracia, globalização e poder local, com as reais indicações da consecução dessa política. Mais do que isso, averiguar as intervenções dos próprios trabalhadores usuários do serviço; do gestor local; dos profissionais da Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde; das entidades representativas dos trabalhadores e dos produtores da maricultura, no que diz respeito à integralidade da atenção e à resolução dos problemas de saúde daquele grupo populacional em uma determinada área, justifica a realização de uma análise a respeito das relações entre os usuários trabalhadores e o sistema de saúde, em especial os serviços de atenção básica no que se refere à Saúde do Trabalhador.

No contexto em que se insere a saúde do produtor da maricultura, é importante considerar que se trata de um trabalhador não sindicalizado, cujo conjunto ainda se encontra em processo de organização política e trabalhista. É,

portanto, um trabalhador usuário do sistema público de saúde, cuja rede de assistência voltada a esse contingente também se encontra em fase de organização.

Considerando que compete à rede assistencial do SUS o atendimento de modo universal, eqüitativo e integral, tendo os serviços organizados de forma hierárquica e regionalizadamente, com resolubilidade, o tema que trata da Política de Saúde do Trabalhador, mesmo que estabelecida verticalmente, em especial no que diz respeito à atenção básica, requer análise sob um enfoque que dê conta da complexidade deste sistema. É importante que, nesse enfoque, seja possível destacar pelo menos duas perspectivas: uma primeira, que permita compreender as relações entre Estado e sociedade, no contexto da democracia e da globalização, e as indicações das possibilidades de consecução da Atenção à Saúde do Trabalhador; e uma segunda, na qual possam ser identificadas as possibilidades de resolução de problemas do grupo populacional em questão, dados seus determinantes e condicionantes biológicos e sócio-culturais, tendo por referência uma unidade básica com Equipe Saúde da Família. Neste segundo enfoque é fundamental que se leve em conta intervenções dos diferentes interlocutores com relação ao tema, isto é, como a organização do serviço de atenção básica à saúde do trabalhador é reconhecida pelos próprios trabalhadores usuários do serviço; pelo gestor local; pelos profissionais da estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde; pelas entidades representativas dos trabalhadores, entre outros.

A busca da compreensão das relações entre os trabalhadores e os serviços de saúde de uma forma abrangente e com diferentes âmbitos de análise não exclui a máxima científica de que a interpretação da realidade depende da orientação teórico-metodológica adotada pelo investigador, seus postulados e conceitos, que embora defendidos por meio de uma argumentação lógica e coerente, será sempre parcial. Isto significa dizer que as possibilidades e restrições para o conhecimento científico do mundo real não são exclusivamente externas ao investigador, mas incluem a forma como percebemos os fenômenos da realidade e os interpretamos, com base em uma história individual e uma história social.

O referencial teórico-metodológico utilizado no desenvolvimento desta pesquisa foi descrito por Juan Samaja, filósofo argentino, pesquisador no campo da

metodologia e da psicogênese do conhecimento e autor dos livros[3] referenciais deste estudo. Este referencial contribui para a explicação e compreensão da "ordem constitutiva dos fenômenos saúde-enfermidade e as respostas sociais a estes fenômenos" (SAMAJA, 2000a, p.11).

Este modelo considera a agregação interdisciplinar na resolução dos problemas da produção e transformação social e a necessidade de ampliar o conceito de saúde, fugindo de sua redução ao nível biológico. Desse modo, os problemas de saúde se processam em diferentes dimensões de reprodução: biológica, cultural, política e societal, cujas características estão descritas no capítulo 2. Por ora, é importante ressaltar que as principais noções deste marco teórico, segundo Augusto et al. (2001), tratam dos problemas dos ambientes que pertencem ao espaço de desenvolvimento das populações; e que os problemas da reprodução e transformação social são o contexto das políticas de desenvolvimento sustentável. Para a autora, estas noções se determinam mutuamente porque são parte de uma mesma realidade complexa, que deve ser avaliada conforme os requerimentos de cada um de seus níveis de integração e nas interfaces hierárquicas dos diferentes níveis. Assim, os problemas do

> desenvolvimento dos indivíduos são inseparáveis dos ambientes do desenvolvimento social das populações envolvidas e inseparáveis dos problemas da reprodução e do desenvolvimento das sociedades. As sociedades, cotidianamente, desenvolvem um grande número de processos para se reproduzirem em sua dimensão biológica, cultural, econômica e política. (SAMAJA e YANOUB, 1998, apud AUGUSTO et al., 2001, p. 21).

O processo de reprodução dessas totalidades sociais "produz o efeito de funcionalidade das práticas e crenças individuais ou de grupos sobre a saúde e a enfermidade, e das instituições nas quais se estabilizam e se reproduzem tais crenças e práticas" (SAMAJA, 2004a, p. 106). Assim, esta abordagem permite combinar, de maneira inseparável, os problemas em suas distintas dimensões, incluindo desde a reprodução corporal e a rede de inter-relações até a dimensão do Estado, através da formulação e operacionalização de políticas, todos eles permeados pelos aspectos culturais e contratuais da sociedade. Talvez seu principal aporte para a interpretação da realidade seja o de contribuir para entender

[3] SAMAJA, J. (1987; 1997; 1998; 2000a; 2000b; 2004a; 2004b; 2005)

a saúde-enfermidade-atenção como um processo onde a interação entre totalidades individuais e sociais ocorre em distintos estratos da vida social, em distintos níveis de integração.

A interação, como imagem relacional da dramaticidade da vida humana, é processual, dinâmica, heterogênea e contribui tanto para aproximar, quanto para afastar os agentes uns dos outros, a partir de fenômenos e experiências que podem variar numa amplitude que vai desde o conflito e as tensões até o consenso e a cooperação. A interação constitui, portanto, uma funcionalidade social, que contribui para a compreensão da realidade social, não de indivíduos e entidades isoladas, mas como elementos de um sistema mais amplo, que inclui uma relação com os outros e o contexto.

Sob esta perspectiva, buscamos compreender a interação entre usuários trabalhadores e uma unidade de atenção básica à saúde, sob o ponto de vista dos atores envolvidos e de suas intervenções. Procuramos abordar aspectos específicos dessa realidade, concentrando a averiguação na atenção à saúde do maricultor no âmbito de um distrito sanitário situado no norte da Ilha de Santa Catarina. A investigação deste problema restringiu-se a este grupo particular de trabalhadores – os maricultores, moradores de uma região (baía norte) de Florianópolis/SC, em vista da reestruturação produtiva para a sociedade local e para o trabalho humano; da atividade econômica para o município; e da importância cultural da região e de sua localização estratégica. Para a realização desta pesquisa adotamos dois pressupostos: o primeiro admitindo a concepção de saúde como função essencial de controle sobre todas as dimensões dos processos de reprodução da vida social, nos termos de Samaja (2004a); e o segundo, considerando uma Política de Saúde do Trabalhador formalizada, como norteadora das ações a esse grupo populacional na prática da rede de atenção à saúde.

Em vista do tema exposto e dos pressupostos apontados, procuramos responder ao seguinte problema de pesquisa: Como se caracterizam as interações entre os trabalhadores da maricultura e o sistema público de saúde, no âmbito de um distrito sanitário, considerando a política de saúde do trabalhador instituída e as diferentes dimensões de reprodução social?

Assim, esta pesquisa teve o objetivo de compreender as interações entre os produtores trabalhadores da maricultura e o sistema público de saúde, no âmbito de

um distrito sanitário, sob o enfoque da Teoria da Reprodução Social. O alcance desse objetivo esteve voltado para atender, especificamente, aos seguintes propósitos:

- Identificar, descrever e caracterizar o processo de reprodução social e saúde dos trabalhadores maricultores da região norte da Ilha de Santa Catarina;
- Caracterizar o nível estatal de reprodução social, em seus componentes formulativo e operativo, no tocante à Política de Saúde do Trabalhador;
- Analisar e interpretar, à luz do modelo teórico, as interações entre os usuários maricultores e o serviço de saúde, no contexto da Política de Saúde do Trabalhador.

Neste sentido, defendemos a tese que: As interações entre os trabalhadores da maricultura e o sistema público de saúde, no âmbito de um distrito sanitário, em que pesem as diretrizes políticas, em especial as de saúde do trabalhador, em seu componente operativo são ocasionais e inespecíficas; e em seu componente formulativo são inexistentes, estando tais interações implicadas na dinâmica vivida do processo de reprodução social.

2 INTERAÇÃO E REPRODUÇÃO SOCIAL

Este capítulo tem a finalidade de apresentar os principais tópicos encontrados na literatura científica que tratam do estado da arte e do marco teórico desta pesquisa. O levantamento dos estudos aqui destacados sugere a pertinência das contribuições dos diferentes autores, em diferentes níveis de complexidade, para uma aproximação das interações entre os trabalhadores e o serviço público de saúde, no âmbito de um distrito sanitário. Destacam-se os conceitos e fundamentos de interação e de reprodução social. O texto está estruturado de modo ascendente em termos de processos sociais, focalizando o processo saúde-enfermidade-atenção em nível individual e coletivo, como um elo que permeia e integra as interações sociais no setor saúde. Tais interações são consideradas numa perspectiva estratigráfica, articulada com o tema da Saúde do Trabalhador, cujas interfaces representam diferentes dimensões da realidade social, incluindo o indivíduo e família; o grupo social; o Estado, em especial no que se refere às políticas de saúde e à organização dos serviços de atenção básica; e a sociedade civil, e as implicações da globalização, da reestruturação produtiva e do nível local. A Figura 1 ilustra as possibilidades de interação entre maricultores e unidade básica de saúde, a partir do processo saúde-enfermidade-atenção, consideradas as diferentes dimensões institucionais integrantes da realidade social. Com base nessas possibilidades, a fundamentação para tais interações é apresentada a seguir.

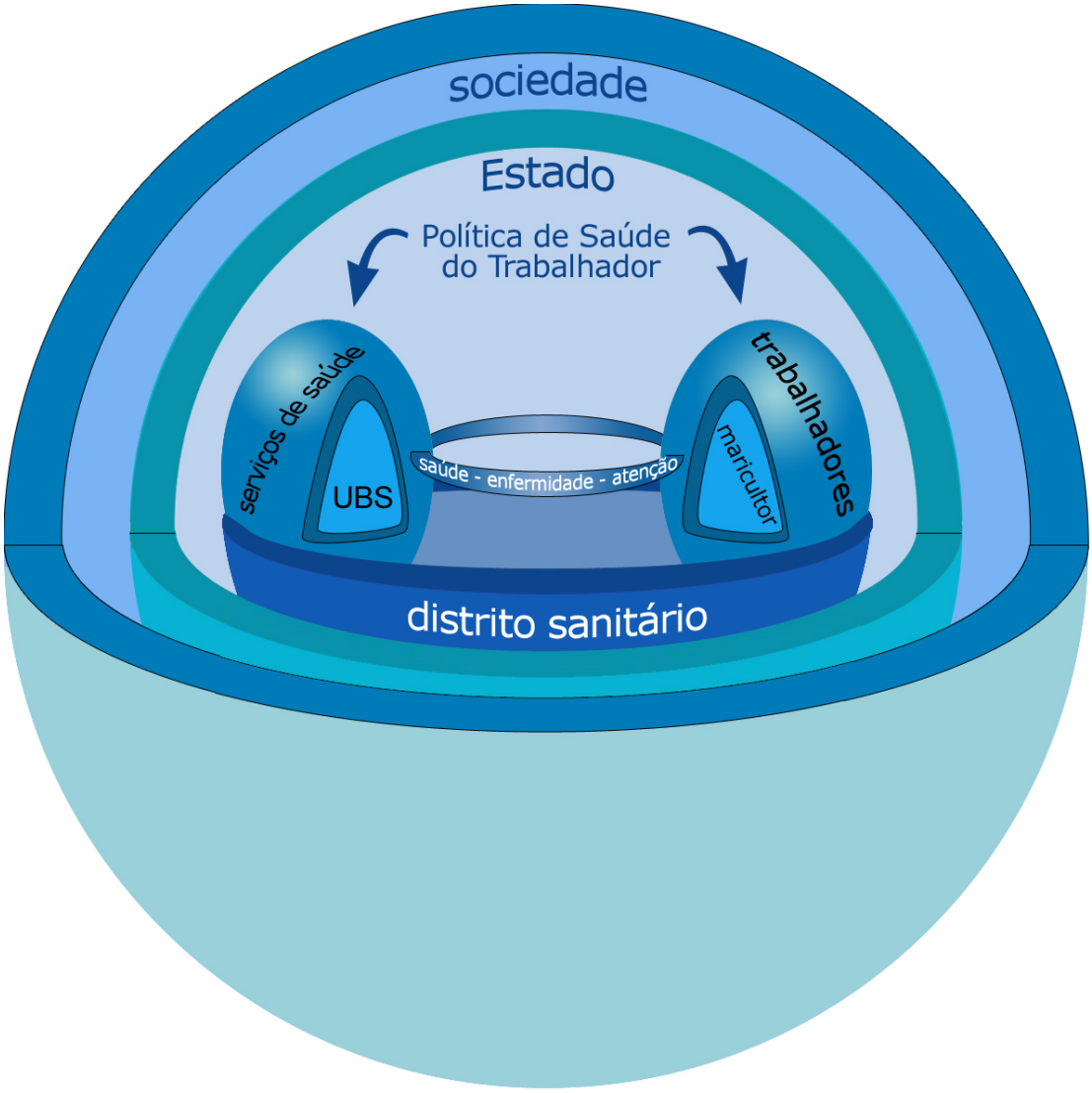


Figura 1: Interações entre maricultores e serviços de saúde, na perspectiva da Política de Saúde do Trabalhador.

2.1 A INTERAÇÃO SOCIAL: CONCEITOS E ABORDAGENS

O estudo sobre a interação tem sido objeto de investigação em diferentes áreas das ciências humanas e sociais, dentre elas, a psicologia, a antropologia e a sociologia, configurando um campo interdisciplinar. A interação constitui um tópico central para uma concepção da dinâmica das relações sociais. Sob a perspectiva da antropologia da saúde, os fundamentos da interação humana lançam novos olhares em direção à compreensão das relações profissional-paciente e, redimensionando esta função, ao contexto no qual se dão tais relações (HELMAN, 1994). São produtos da interação humana a cultura, a linguagem, os valores, as normas, a estrutura social e a organização social, constituída por grupos e instituições.

Dressler e Willis (1980 p. 9) definem interação humana como “o processo que ocorre sempre que os seres humanos respondem às ações de outros seres humanos”. Para os autores, a interação humana não se limita ao contato face-a-face. Ela ocorre em inúmeras situações verbais e não-verbais, de comunicação de símbolos, por um lado e, por outro, da compreensão de seu significado. Qualquer comunicação de significado, seja por meio da fala, da escrita, do gesto ou por outro meio, é interação humana.

Giddens (2004, p. 80) trata do conceito de interação social e afirma que esta é “o processo pelo qual agimos e reagimos relativamente ao que nos rodeia”. A interação é considerada um processo social básico, já que todos os processos sociais são tipos diferentes de interação. Através dela se estabelece uma influência recíproca (no caso de contato direto) ou unilateral (no caso de contato indireto) entre dois ou mais agentes sociais, isto é, indivíduos, grupos ou instituições (VILA NOVA, 2000).

2.1.1 Campos de análise da interação social:

Dentre as diferentes disciplinas que abordam a interação social como fenômeno humano, serão destacadas duas perspectivas: a da psicologia social e a da sociologia.

No campo da psicologia social, a interação é descrita sob a ótica das relações interpessoais e do comportamento social. Em geral, focalizam-se as díades, isto é, a relação que se estabelece entre duas pessoas, a partir da percepção e da motivação que impulsionam a interação. E, também, focalizam-se os agentes sociais, isto é, as relações estabelecidas entre dois ou mais indivíduos, grupos ou instituições, em que cada agente pode ser entendido como uma unidade social (ARGYLE, 1976).

Na interação entre duas pessoas, Argyle (1976) apresenta vários modelos conceituais interpretativos, como o sistema de equilíbrio, a teoria dos jogos e o modelo de díades, apresentado seus pontos fortes e suas limitações. Contudo, o que importa destacar quando falamos da interação entre duas pessoas são as modalidades de respostas entre elas. As respostas dependem de processos psicológicos diferentes e ocorrem em velocidades diferentes, sendo a imitação a mais rápida, por depender apenas de processos automáticos e habituais e, de outra forma, a reciprocidade, a mais lenta, já que requer mecanismos cognitivos e processos mais reflexivos (ARGYLE, 1976). Esta última depende do grau de intimidade entre os interatores, e pode variar desde uma interação altruística, em que um auxílio pode ser prestado livremente e os recursos compartilhados, sem qualquer exigência de recompensa futura, até a uma interação negativa, quando uma pessoa tenta obter mais do que dá. Argyle (1976) considera que quanto mais próxima a relação, mais altruística a forma de reciprocidade.

Na interação entre grupos, Argyle (1976) converge seu foco para cinco tipos de pequenos grupos sociais: 1) família; 2) adolescentes; 3) grupos de trabalho; 4) grupos de comitês, solução de problemas e criativos; e 5) grupos T e grupos de terapia. Um grupo social compreende um “número de pessoas que compartilham um

sentido de relacionamento como conseqüência da interação" (DRESSLER e WILLIS, 1980, p.168). Segundo Argyle (1976), um grupo somente pode ser visto como um grupo (em oposição a um agregado de indivíduos) se houver um grau mínimo de atração para o grupo. Confere ao conceito de coesão uma das dimensões mais importantes de atração dos grupos sociais, tendo como fontes a satisfação de necessidades interpessoais dos membros, e a satisfação de necessidades relacionadas à realização da tarefa ou das atividades do grupo, que podem levar a um sucesso compartilhado. Um indivíduo ao se tornar membro de um grupo, tanto o influencia, quanto é influenciado por ele.

No campo da sociologia, o estudo da interação é realizado num plano macrossocial, fundado nos conceitos de sociedade, instituições e sistemas sociais, e num plano microssocial, centrado nas relações estabelecidas na vida cotidiana. Giddens (2004) argumenta que ambos os planos estão intimamente relacionados e se complementam e distingue uma macro de uma microssociologia, conferindo à primeira o enfoque sobre sistemas sociais em grande escala, como o sistema político ou a ordem econômica. Comenta que a macro-análise é essencial para se compreender a base institucional da vida cotidiana e que as formas como as pessoas vivem o seu dia-a-dia são largamente afetadas pelo enquadramento institucional mais amplo de que fazem parte. Por outro lado, o mesmo autor (2004, p.83) denomina microssociologia "o estudo do comportamento cotidiano em situações de interação direta" e destaca a análise centrada em indivíduos ou grupos pequenos, com ênfase nas interações face-a-face. O estudo da interação social cotidiana é importante devido à possibilidade de interpretação de sistemas e instituições sociais mais amplos a partir dos padrões de interação social em que nos envolvemos no decorrer das nossas vidas cotidianas.

Uma das conseqüências mais importantes da interação social é a socialização. Em sociologia, socialização significa o processo pelo qual um indivíduo "aprende e adota os padrões e as normas de comportamento, considerados apropriados para sua cultura" (DRESSLER e WILLIS,1980, p. 91) ou "aprende o modo de vida da sociedade em que vive" (GIDDENS, 2004, p. 26). Vila Nova (2000) conclui que socialização é o mesmo que aprendizagem, num sentido amplo dessa palavra e, portanto, um processo permanente, uma vez que os indivíduos estão

constantemente adaptando-se a novas situações sociais e essa adaptação é feita através da aprendizagem de novos modos padronizados de agir e de pensar.

Algumas características da socialização assinalam sua natureza contínua e cumulativa, que pode ser transmitida tanto formal, quanto informalmente. A socialização do indivíduo ocorrerá de forma mais segura e rápida, quanto mais os agentes de socialização estiverem de acordo. Espera-se que os resultados da socialização estejam em conformidade com as exigências da cultura, porém em todas as sociedades há divergências sobre o que se considera comportamento e pensamento adequados. Sendo assim, nenhum indivíduo interioriza a cultura total de uma sociedade (DRESSLER e WILLIS, 1980)

Giddens (2004) considera a socialização o principal canal de transmissão da cultura através do tempo e das gerações e a distingue sob 2 momentos: a socialização primária e a socialização secundária. A primária ocorre durante a infância e constitui o período mais intenso de aprendizagem cultural. É quando a criança aprende a falar e adquire os padrões comportamentais mais básicos que irão alicerçar os comportamentos posteriores. Neste momento, a família é o principal agente de socialização. A secundária ocorre em um período mais tardio da infância e segue até a idade adulta. Os grupos ou contextos sociais onde ocorrem importantes processos de socialização como, por exemplo, escolas, instituições, meios de comunicação e, eventualmente, os locais de trabalho são chamados de agentes de socialização e passam a assumir alguma da responsabilidade que pertencia à família. Também nestes contextos de socialização secundária, as interações sociais promovem o aprendizado de normas, valores e crenças, que constituem os padrões da cultura daqueles grupos.

A socialização é, portanto, “um processo fundamental não apenas para a integração do indivíduo na sua sociedade, mas também para continuidade dos sistemas sociais” (VILA NOVA, 2000, p. 49)

2.1.2 Processos básicos de interação

Devido a sua natureza processual, a interação social é necessariamente dinâmica e contribui tanto para aproximar, quanto para afastar os agentes uns dos outros. A proximidade física e a freqüência de interação conduzem a uma polarização de atitudes interpessoais. Dressler e Willis (1980) exemplificam esta polarização de atitudes com pessoas que vivem ou trabalham próximo umas das outras. Se existirem certos interesses comuns, é provável que se desenvolva uma relação cooperativa. De outro modo, é possível, também, o desenvolvimento de conflitos, e nesse caso, a interação levaria a relações negativas. Assim, na comunicação e interpretação de significados a interação social abrange tipos distintos de estímulos e reações, que levam a atitudes associativas ou dissociativas.

Os processos de interação social são agrupados pelos autores da sociologia com base nesses dois grandes conjuntos: um em que os processos contribuem para a aproximação dos agentes sociais: cooperação, acomodação e assimilação; e outro, em que contribuem para o afastamento deles: competição e conflito. A cooperação, a competição e o conflito são processos básicos ou primários de interação e, derivantes desses processos, estão a acomodação e a assimilação, na qualidade de processos secundários.

Dressler e Willis (1980), Lakatos (1985), Vila Nova (2000), dentre outros sociólogos, convergem na compreensão dos conceitos relativos aos processos sociais. Para eles, cooperação significa o processo de interação pelo qual duas ou mais pessoas atuam em conjunto para atingir objetivos mutuamente benéficos. Competição é o processo de interação, geralmente pacífico, pelo qual duas ou mais pessoas procuram obter a posse de algo (coisa concreta, posição social ou prestígio) em quantidade insuficiente para satisfazer a todos os interessados. O conflito é o processo de interação que envolve luta consciente e pessoal entre indivíduos ou grupos, que têm interesses ou objetivos incompatíveis entre si e cujo

comportamento tende a ser agressivo. Acomodação é o processo de interação pelo qual duas ou mais pessoas envolvidas em um conflito concordam em suspender ou cessar suas hostilidades. É um ajustamento formal e externo, aparentemente cooperativo, que surge de uma situação de conflito. Assimilação é o processo de interação pelo qual dois ou mais grupos culturais, aceitam e adquirem padrões comportamentais, tradição, sentimentos e atitudes uns dos outros. É um ajustamento interno e dá indício de integração sócio-cultural, que pode terminar com o conflito.

A competição e o conflito são fatores dissociativos que alteram as relações entre indivíduos e grupos no interior da sociedade ou entre sociedades. Embora a competição e o conflito tendam a separar grupos e pessoas, nem sempre esta tendência é necessariamente verdadeira para todas as situações. Vila Nova (2000) argumenta sobre a complementaridade dos processos sociais, em que os associativos não excluem os disjuntivos e vice-versa. Dressler e Willis (1980) lembram que a competição freqüentemente evolve alguma cooperação e o conflito tende a aumentar a unidade interna dos grupos conflitantes. Esses autores afirmam, ainda, que a cooperação, a competição e o conflito não são processos separados e distintos e suas diferenças são, muitas vezes, difusas.

2.1.3 Correntes de pensamento em sociologia e a interação social

Existem diversas abordagens teóricas em Sociologia. Uma das razões para isso se deve às dificuldades de explicar os complexos problemas resultantes do comportamento humano e, portanto, a possibilidade de uma única perspectiva teórica dar conta de cobrir todas as características que dizem respeito ao humano, enquanto ser social, escapa do alcance de uma racionalidade exclusiva no mundo real.

As distintas abordagens sobre o mundo social têm em comum a tentativa de explicar o funcionamento das sociedades em geral e a natureza da mudança social. Mudança social significa “uma alteração na organização social da sociedade, em

suas instituições sociais ou na sua estrutura social" (DRESSLER e WILLIS, 1980, p. 339), cuja ocorrência se dá pela interação positiva ou negativa dos agentes sociais sob a influência do meio ambiente, da organização política e dos fatores culturais. Para Giddens (2004), a mudança no período moderno tem como fatores responsáveis os culturais, em especial, os efeitos da religião, da comunicação e da liderança; os econômicos, incluindo o impacto da ciência e tecnologia; e os políticos, considerados nestes o poderio militar e a guerra.

Obviamente, as teorias sociológicas, cada qual, contêm um conjunto de conceitos e argumentos muito mais abrangentes e complexos do que a síntese dos apresentados neste tópico permitiria abordar. A pretensão resume-se somente em apresentar as correntes prevalentes do pensamento sociológico do final do século XIX até fins do século XX, nos seus aspectos da interação social – consenso e conflito. O funcionalismo, a perspectiva do conflito e as teorias da ação social, que têm como representantes destacados Émile Durkheim, Karl Marx e Max Weber, respectivamente, compõem as correntes clássicas do pensamento sociológico desse período. Com base nos levantamentos de Giddens (2004), acrescentam-se alguns componentes de correntes teóricas mais recentes, também com um olhar voltado para aspectos da interação.

Giddens (2004) faz um balanço dos principais dilemas teóricos decorrentes dessas diferentes formas de entender a interação e a mudança social. Dentre os dilemas apontados, importa destacar dois deles: um primeiro que diz respeito ao fato de saber se as sociedades deveriam ser retratadas como harmoniosas e ordeiras ou se deveriam ser vistas como marcadas por conflito persistente; e um segundo que diz respeito à forma como devemos relacionar a ação humana com a estrutura social.

Esses dilemas estão diretamente relacionados aos argumentos defendidos por diferentes teorias, dentre elas e, especialmente, a Teoria do Equilíbrio, a Teoria do Conflito e a Teoria da Ação Social, esta última na corrente do interacionismo simbólico. A Teoria do Equilíbrio ou funcionalismo enfatiza a estabilidade, a harmonia e a ordem e realça o papel de fatores que conduzem à coesão social. Nesse sentido, a existência contínua de uma sociedade depende da cooperação, e esta pressupõe um consenso geral ou acordo entre seus membros sobre valores fundamentais. Para os seguidores desse pensamento, as instituições sociais

precedem a existência de qualquer indivíduo e colocam restrições e constrangimentos ao comportamento humano.

A Teoria do Conflito sublinha a importância das estruturas na sociedade e rejeitam a ênfase dada ao consenso pelo funcionalismo. Há duas vertentes principais para a perspectiva do conflito: uma vertente marxista, a qual considera a hostilidade e o conflito inerentes a todos os sistemas sociais e a discordância entre os grupos como uma condição básica da sociedade em função da divisão em classes sociais; e outra vertente dahrendorfiana, em que o conflito surge principalmente do fato dos indivíduos terem diferentes interesses, sob o jugo da autoridade e do poder.

Já na perspectiva da Ação Social, ao invés das estruturas que sustentam a sociedade, a ênfase volta-se para o papel desempenhado pela ação e interação dos membros da sociedade na formação dessas estruturas. Nessa perspectiva, a análise centra-se na maneira como os atores sociais se comportam uns com os outros e para com a sociedade. Weber é apontado como um dos primeiros de seus defensores. Segundo Lakatos (1985), a ação social na percepção de Weber é a conduta humana, pública ou não, a que o agente atribui um significado subjetivo, ou seja, é uma conduta que envolve significado para o próprio agente. Uma das principais correntes de pensamento na perspectiva da ação social é representada pelo interacionismo simbólico, fundado por George Mead. O interacionismo simbólico nasce de uma preocupação com a linguagem e o sentido, e tem como pressuposto a idéia de que a pessoa é o agente de seus próprios atos e o conceito de interação assume um papel central, permeado pelo elemento-chave do interacionismo que é o símbolo, “algo que representa algo” nas palavras de Giddens (2004, p. 18). Desse modo, na concepção do interacionismo simbólico,

> como seres humanos, temos razões para fazer o que fazemos, e habitamos um mundo social impregnado de significados culturais. Deste ponto de vista, os fenômenos sociais não são precisamente o mesmo que “coisas”, mas dependem dos significados simbólicos de que revestimos as nossas ações. Não somos criaturas da sociedade, mas seus criadores (GIDDENS, 2004, p. 669).

Com relação ao dilema sobre consenso e conflito nos sistemas sociais, Giddens (2004, p. 671), avalia a possibilidade de uma certa compatibilidade, própria da contradição social, uma vez que “todas as sociedades envolvem provavelmente

um certo tipo de acordo sobre valores e certamente todos implicam conflitos. [...] Os valores defendidos por grupos diferentes e os objetivos dos seus membros refletem freqüentemente uma mistura de interesses comuns e opostos". Esse autor entende que o conceito de ideologia, no sentido de "valores e crenças que contribuem para assegurar o domínio dos grupos mais poderosos sobre os menos poderosos", é útil para a análise das interrelações entre conflito e consenso. Alia ao conceito de ideologia o de poder, na medida em que os sistemas ideológicos servem para legitimar os interesses de indivíduos ou grupos diferenciados.

No que diz respeito ao dilema de tornar possível relacionar a ação humana com a estrutura social, Giddens (2004) argumenta que se, por um lado, é possível considerar a sociedade exterior a cada indivíduo, quando tomados individualmente, por outro lado, a sociedade, por definição, não pode ser exterior a todos os indivíduos, quando tomados em conjunto. Para o autor, os fatos sociais podem exercer constrangimentos a indivíduos ou grupos (funcionalismo), mas não podem determinar o que deve ser feito (interacionismo simbólico). Autor do conceito de estruturação, Giddens (2004) justapõe os termos estrutura e ação para dizer que ambos estão necessariamente relacionados entre si.

> As sociedades, comunidades ou grupos apenas têm estrutura na medida em que as pessoas agem de modo regular e previsível. Por outro lado, a ação apenas é possível na medida em que cada um de nós, como indivíduo, possui uma enorme quantidade de conhecimento socialmente estruturado. (...) toda ação social pressupõe a existência da estrutura e, ao mesmo tempo, a estrutura pressupõe a ação, porque a estrutura depende das regularidades do comportamento humano (GIDDENS, 2004, p. 670).

Um exemplo de um processo constante de estruturação, segundo o autor, é o da linguagem, cujas regras de utilização devem ser respeitadas por todo orador, mas que somente existirão se os indivíduos que as utilizam seguirem-nas na prática.

Para Giddens (2004, p. 670), a forma de ultrapassar a diferença entre a abordagem estrutural e a centrada na ação é "reconhecer que construímos e reconstruímos ativamente a estrutura social no decurso das nossas atividades diárias". Esta concepção aproxima-se da idéia de Reprodução Social[4], de Samaja (2004a) em que, respeitada uma hierarquia de combinações e em conformidade com

[4] O conceito de Reprodução Social e seus desdobramentos serão apresentados no tópico 2.4 deste capítulo.

as regras que lhe dão validade, os indivíduos, famílias, organizações satisfazem as necessidades de seus funcionamentos por meio de um conjunto de ações, ou seja, mantêm-se as regras na medida em que satisfazem necessidades de funcionamento e, vice-versa, as ações para o funcionamento alimentam ou constroem regras que lhe satisfazem. Indivíduos, famílias, organizações produzem e reproduzem regras e estruturas por meio de ações que satisfazem suas necessidades de funcionamento.

Teorias mais recentes tentam explicar a interação e a mudança social de uma perspectiva para além dos pensamentos de Marx e de Weber. Giddens (2004) destaca o pensamento de alguns teóricos pós-modernos, como Baudrillard e Foucault; e de alguns teóricos contemporâneos como, por exemplo, Habermas, Beck e o próprio Giddens. Em síntese, a principal divergência entre os autores pós-modernos e os contemporâneos, segundo Giddens (2004), se dá no entendimento sobre a possibilidade de desenvolvimento de teorias gerais da história ou da sociedade. Esta possibilidade é negada pelos pensadores pós-modernos e admitida pelos pensadores contemporâneos.

Porém, tanto os pós-modernos, quanto os contemporâneos concordam que ênfase na produção de mudança não se dá mais em termos de fatores puramente econômicos. O desenvolvimento social tem sido descrito por esses autores considerando outros elementos como: difusão dos meios de comunicação de massa, incluindo a eletrônica; relações entre poder, ideologia e discurso com os sistemas sociais modernos; democracia e cidadania, entre outros. As tecnologias da informação e os novos sistemas de comunicação, em conjunto com outras mudanças tecnológicas são apontados como responsáveis por importantes mudanças sociais nos dias de hoje.

2.2 A INTERAÇÃO NOS ESTUDOS DE JUAN SAMAJA

Em sua produção acadêmica, Samaja volta-se fundamentalmente para a compreensão da organização epistêmica do conhecimento (SAMAJA, 1987; 2004b, 2005), de uma maneira especial das ciências da saúde (SAMAJA, 1997; 1998; 2000a; 2004a) e, mais recentemente, no exame da Semiótica sob o ângulo da metodologia científica e de suas relações (SAMAJA, 2000b). Sem dúvida, a riqueza e a profundidade das idéias explicitadas em sua obra são imensamente vastas. Um exame meticuloso de todo o conteúdo extrapola aos objetivos desta tese, que pretende, neste tópico, somente identificar as referências do autor que sugerem como se processa a interação nos fenômenos humanos, considerando o campo das ciências da saúde.

Um eixo que distingue sua abordagem ou "linhagem de pensamento" (SAMAJA, 2000b, p.12) figura a perspectiva dialético-genética da construção do conhecimento, sobretudo como uma "forma de afrontar problemas". Para Samaja (1998) o paradigma dialético, em especial no campo da saúde, permite pensar a complexidade diferenciando relações próprias do nível orgânico (individual), das relações sociais, sem derivar a uma redução de um nível a outro como, por exemplo, do social ao individual. Samaja (1987; 1997; 2000b; 2004a; 2004b) apóia-se nos estudos em Hegel[5] para descrever a tradição dialética, considerando-na admitir 3 aspectos:

> i. Aspectos absolutos – ou seja, constitutivos de um objeto, segundo os elementos que o compõem. *(Ser-em-si).*
> ii. Aspectos relativos – ou seja, aqueles que determinam a um objeto em relação a outros objetos. *(Ser-para-outro)*.
> iii. Aspectos contextuais – ou seja, os que se referem às determinações de um objeto enquanto um *sub-objeto* de um objeto de nível superior. (...) *(Ser-para-si)*. (SAMAJA, 2000b, p.163-164; 2004b, p.14) (inclusão final em itálico, com base em SAMAJA, 2000b, p.141).

[5] História da Filosofia; A Ciência da Lógica; Fenomenologia do Espírito; Filosofia do Direito, entre outras obras.

Estes aspectos (ou instâncias ou momentos ou noções) são reiteradamente discutidos nos escritos de Samaja (2000b; 2004a; 2004b), em constante analogia aos trabalhos de outros filósofos, como Kant Piaget e Pierce, além de Hegel. Ao discutir os níveis de integração da realidade, Samaja (2004b) esclarece a possibilidade de uma analogia a respeito do pensamento dialético presente em cada um desses autores, relativamente à categoria kantiana[6] de "relação", conforme transcrição abaixo:

> 1. a noção de **substância** (Kant), que, em essência, coincide com o ser-em-si de Hegel, com a primeiridade de Pierce e com o ser-intra de Piaget;
> 2. a noção de **interação-causal** que corresponde ao ser-para-outro de Hegel, à secundidade de Pierce e ao ser-inter de Piaget;
> 3. a categoria de **comunidade** (...) como ser-para-si (Hegel), como terceridade (Pierce) e como ser-trans (na terminologia de Piaget). (SAMAJA, 2004b, p.213 – grifos do autor).

Considerando que a categoria kantiana de relação agrupa a tríade substância-acidente (relações da coisa com a propriedade); causa-efeito (relações de processos); e causalidade recíproca ou "comunidade" (relações de funcionalidade), essa analogia contribui para elucidar o modo como Samaja (2000a; 2004b) intui sobre as interações que sucedem aos fenômenos humanos, da seguinte maneira:

> 1. o sujeito atuante é considerado somente em relação com seu objeto (ou seja, como sujeito *isolado*);
> 2. o sujeito atuante é considerado em relação com seus objetos e, além disso, com outros sujeitos, em situação de *co-presença*;
> 3. o sujeito atuante é considerado em relação com seus objetos; com outros sujeitos e com os mandatos do sistema normativo ou COMUNIDADE cujo domínio de validade está consagrado para ele como uma fonte de autoridade ético-jurídico-moral (situação de *coexistencialidade*) (SAMAJA, 2004b, p.213 – grifos do autor).

A terceira situação é a síntese das duas anteriores e explica uma relação parte-todo, uma vez que nela as interações entre sujeitos deixam de ser fenômenos isolados, mecânicos, de agregação ou de relação causa-efeito, para configurar uma

[6] São tipos e categorias kantianas: a) quantidade (unidade; pluralidade; totalidade); b) qualidade (realidade; negação; limitação); c) relação (substância; causalidade; comunidade); d) modalidade (possibilidade; existência; necessidade). (Samaja, 2004b, p.81).

totalidade/comunidade, também entendida como causalidade recíproca. Isto significa que a interação deve ser considerada não como uma mera relação causal entre sujeitos, mas como uma "totalidade relacional na qual a ação de cada parte reproduz o todo" e este todo, por sua vez, reproduz as suas partes ao operar como uma unidade (SAMAJA, 2000a, p. 27).

Para o entendimento do conceito de totalidade social e, portanto, para compreensão das interações entre sujeitos numa situação de *coexistencialidade*, dois conceitos apresentados e discutidos por Samaja (1997; 2000b; 2004a) são fundamentais. Tratam-se dos conceitos de "recaída na imediatez" e de "supressão-conservação-superação", ambos emprestados de Hegel, sendo o último uma acepção derivada do termo alemão *Aufhebung*.

O termo *Aufhebung* é um substantivo derivado do verbo *aufheben*, que traduzido do alemão para o espanhol significa "levantar", numa tripla acepção[7]: suprimir, conservar e superar. Na língua portuguesa, o termo pode também ser traduzido pelo verbo levantar[8], mas, em Filosofia, é utilizada a tradução pelo termo *superação dialética* (em Hegel), que corresponde à simultaneidade ocorrida entre a negação de uma determinada realidade, a conservação de algo de essencial que existe nessa realidade negada e a elevação dela a um nível superior. *Aufhebung*, portanto, significa a "operação pela qual o nível anterior fica suprimido, conservado e superado" (SAMAJA, 2004a; p. 214) nos níveis superiores posteriores.

O conceito "recaída na imediatez" é uma tese dialética que expõe a operação básica inerente ao surgimento dos níveis novos do ser, isto é, "o mecanismo pelo qual o processo de gênese, quando alcança a produção de um resultado, "apaga suas marcas", produzindo a ilusão de estar em frente a um caso originário" (SAMAJA, 2004b, p.110). O sentido de "apagado das marcas da gênese" pode ser traduzido como reificação, coisificação ou naturalização (SAMAJA, 2004a, p. 169), e se faz presente quando se apaga a história e tudo passa como se "natural" fosse, sem uma gênese (que não ela mesma). Os termos sinônimos apresentam uma conotação negativa, porém o conceito pode ter também um sentido positivo,

[7] Samaja (2004a, p. 214) oferece exemplos do verbo *Aufheben,* que significa "levantar" na língua espanhola, numa tripla acepção: "suprimir" (por exemplo, "*levantar una sanción*"); ii. "conservar" (por exemplo, "*levantar la cosecha*"); e iii. Superar (por exemplo, "*levantar el nivel de rendimiento*").

[8] Lima (2006) traz a informação que "os colonos gaúchos descendentes de alemães afirmam taxativamente que "aufheben" se traduz por levantar algo, alguém ou alguma coisa que se encontra no nível do chão ou no mais baixo nível" (http://www.igeo.uerj.br/VICBG-2004/Eixo3/E3_033.htm).

contemplado na acepção recaída na imediatez, como por exemplo, aprender a andar, uma vez aprendido, se faz “naturalmente”. Em vários momentos Samaja (2000b) se reporta ao significado deste conceito, como por exemplo, “processo que permite desprender uma gênese e uma nova estruturação” (p. 118); “operação que permite conceber a relação entre a produção (gênese) e a reprodução (estrutura) como uma transposição na qual a ordem dos componentes da gênese se inverte na da estrutura” (p. 160); “movimento pelo qual a produção genética se vê substituída ou fechada pela reprodução estrutural” (p. 161). O processo de recaída na imediatez, isto é, de esquecer a gênese, se aplica a todos os processos da vida humana.

Um exemplo que ilustra de maneira completa o sentido destes dois conceitos - recaída na imediatez e supressão-conservação-superação – foi dado por Samaja[9] (1997, p. 100), com base numa alegoria de Simon[10], sobre dois relojoeiros, um chamado *Tempus* e um outro, *Hora.* Um resumo da exposição detalhada feita por Samaja, sem prejuízo dos conceitos a serem exemplificados, dá conta que *Tempus* e *Hora* estão à frente de uma mesma tarefa: construir relógios de mil peças básicas. Cada um adota uma estratégia diferente: *Tempus* construirá um relógio juntando as mil peças uma a uma; e *Hora* utilizará o processo de organizar conjuntos de dez peças por vez. O resultado de ambos será o relógio produzido. Em ambos os casos, quando da conclusão do relógio com as mil peças, aplicam-se os conceitos de: (a) recaída na imediatez, no qual os componentes da gênese (= mil peças) têm suas “marcas apagadas” e produzem uma nova estrutura (= um relógio), que é “outra coisa” do que a soma ou agregado das mil peças; e de (b) supressão-conservação-superação, no qual o nível anterior, ou seja, cada uma das peças de base (= mil peças) fica suprimida, mas conservada e superada numa realidade de nível superior (= o relógio). O produto (o relógio) é, portanto, o resultado de um processo de mediação, que recai na imediatez e passa a ser a base (o uno) de um novo processo. O produtor (mil peças) se transforma em produzido (o relógio).

Com base na estratégia adotada por *Hora,* este exemplo permite também compreender como se constroem estratos hierárquicos de distintos níveis de integração, que contribuem para explicar uma “totalidade relacional”, isto é, as partes

[9] Samaja (1997) desenvolve outros conceitos hegelianos mais, com base nessa mesma alegoria.
[10] Simom, Hebert - o exemplo da alegoria foi extraída por Samaja do documento A arquitetura da Complexidade – 1973.

de um processo reproduzidas no todo e, este todo, ao funcionar como unidade de um nível superior, suprime, porém conserva e supera os seus componentes. Em outras palavras, servem para explicar quando o resultado de um processo deixa de ser um agregado para ser um todo relacional. Quando *Hora* adota a estratégia de reunir conjuntos de 10 peças por vez na confecção do relógio, ela cria estratos hierárquicos[11], porque a cada conjunto de 10 peças se cria uma nova estrutura, uma nova unidade, isto é, 9 peças + 1 peça = 10 peças = 1 nova unidade. Esta nova unidade passa a ser um estrato ou nível superior, que suprime, porém conserva e supera o estado primeiro. *Hora* já não possuirá mais mil, mas 100 peças (de 10 peças cada), resultantes dessas primeiras totalizações, constituindo um segundo nível de integração. Mas ainda falta para que *Hora* tenha a unidade última, isto é, o relógio. Dessas totalizações, produz-se um novo estrato – um terceiro nível, ao reproduzir o processo, juntando cada 10 peças das 100 unidades do segundo nível. Neste caso, resultam agora, 10 unidades que, novamente, ao produzir e reproduzir o processo, alcançam o resultado da unidade esperada = 1 relógio, num quarto nível de integração.

Embora considere ainda inconclusa a compreensão dos processos que esta imagem estratigráfica evoca no que diz respeito à realidade humana, Samaja (2004a) insiste sobre as implicações de sua natureza dialética, especialmente no sentido que as formações ou estratos anteriores coexistem (em cooperação ou conflito) com as formas superiores. Para ele, as relações sociais não constituem um fenômeno homogêneo, mas "um plexo marcadamente heterogêneo de formas de vida social" (2004a, p. 102), onde coexistem estratos diferentes de sociabilidade, que denomina de "estratigrafia e modularidade das relações sociais" (2004a, p. 103).

Compreender a realidade social implica, portanto, concebê-la organizada como uma hierarquia de níveis de integração, não só estrutural, mas também funcional, para a qual a historicidade é decisiva (SAMAJA, 2000b). Nessa hierarquia,

[11] Numa demonstração esquemática:
Tarefa = construir relógios de mil peças básicas
Estratégia adotada por *Hora* = organizar conjuntos de 10 peças por vez, ou seja, cada conjunto de 10 peças é igual a 1 nova unidade.
1º nível = 1000 unidades básicas (o que *Hora* dispõe inicialmente)
2º nível = 1000 unidades /10 = 100 novas unidades
3º nível = 100 unidades /10 = 10 novas unidades
4º nível = 10 unidades /10 = 1 nova unidade = um relógio (a tarefa concluída)

> Cada estrato leva inscrito seu passado em seu presente, sob a forma de movimentos auto-reprodutivos. Trata-se de uma hierarquia não estática, mas dinâmica, porque toda ela se sustenta mediante funcionamentos nos quais seus componentes estão em forma constante reproduzindo-se através de interações não só mecânicas, mas, em especial, semióticas. (SAMAJA, 2000b, p. 164 – grifo adicionado).

Desse modo, a interação constitui uma funcionalidade social, para além do conceito tradicional de ação e reação ao que nos rodeia. Na concepção estratigráfica da realidade social, os fenômenos humanos sucedem-se em diferentes níveis hierárquicos, representando totalidades sociais, e as interações ali ocorridas se processam segundo distintos níveis de integração, numa condição de supressão-conservação-superação.

Importante destacar que compreender a dialética dos fenômenos humanos como totalidades relacionais ou totalidades sociais, implica compreender as dialéticas particulares das partes em si – os sujeitos – e do todo, como uma unidade complexa.

A parte em si (isto é, o indivíduo) é considerado como um todo, na medida em que pode responder, e responde, aos fenômenos da vida com autonomia, sem permanecer reduzido a elo de "uma engrenagem causal de uma totalidade mecânica que o força a ser de maneira determinada" (SAMAJA, 2004a, p. 186). Não só as interações entre sujeitos possuem uma essência instável e mutável, com história, mas também cada indivíduo, cada sujeito em sua singularidade é também, em essência, instável e mutável, com história. Isto nos remete à inclusão dos fenômenos humanos no paradigma dos sistemas adaptativos complexos (GARCIA, 1986), que "não somente possuem mecanismos de conservação das estruturas, mas, e sobretudo, de produção de novas estruturas, como sistemas intrinsecamente instáveis, inconstantes e histórico-evolutivos" (SAMAJA, 1998, p. 29).

A construção e preservação da sociedade ou do todo relacional, portanto, emergem de contextos coexistenciais, das interações entre os sujeitos por meio de processos produtivos e reprodutivos, de ajustes e combinações, conduzidos por uma história, a partir de fenômenos e experiências polarizadas entre conflito e consenso (ou contrato, conforme denominado por Samaja).

Para Samaja (1998), a natureza de permanente processo de construção da sociedade implica um processo continuo de reconstrução de cada um de seus estratos: indivíduos, famílias, grupos primários e secundários, organizações

informais, Estados, instituições da sociedade civil, etc. Essa hierarquia estratigráfica, que dá conta de uma totalidade relacional, configura o espaço no qual os diversos sujeitos atuantes (indivíduos, famílias, grupos, Estado, sociedade civil) satisfazem as necessidades de seus próprios modos de funcionamento, em conformidade com as regras que lhes dão validade. Tais regras significam o reconhecimento social, que legitima necessidades e modos de funcionamento dos diferentes estratos hierárquicos. As bases das relações sociais, em que se incluem a consciência e o direito, são estabelecidas a partir do vínculo do reconhecimento ou o reconhecimento social, sendo este um aspecto essencial da subjetividade humana. No entanto, o reconhecimento social de necessidades e de modos de funcionamento nem sempre é alcançado de forma consensual e harmoniosa. Ao contrário, os fenômenos sociais se expressam nos e entre os diferentes estratos hierárquicos, ao largo das vezes, de maneira conflituosa e tensa, resultando, nestes casos, em experiências transformadoras.

> O que se repete eternamente da mesma maneira (o determinado de uma vez e para sempre) não faz história. O que se modifica continuamente (o indeterminado) também não faz história. Somente faz historia a trama em que se entrelaçam a ação indeterminada (divergente ou transformadora) e a existência determinada (o fazer convergente, reprodutor de uma certa estrutura atual) (SAMAJA, 2004a, p.186).

O conjunto de ações por meio do qual os sujeitos atuantes satisfazem as necessidades de seus próprios funcionamentos, numa hierarquia de estratos e com reconhecimento social, é denominado Reprodução Social, cujos conceitos permitem explicar os processos de criação, de troca, de inovação e de autonomia relativa, próprios da vida humana e de uma totalidade relacional. A Teoria da Reprodução Social é apresentada a seguir.

2.3 REPRODUÇÃO SOCIAL SEGUNDO JUAN SAMAJA

Este tópico apresenta os principais conceitos e dimensões do modelo teórico que contribui para explicar as totalidades sociais existentes nos processos de vida e os fenômenos interacionais envolvidos na tríade saúde-enfermidade-atenção. Trata-se da Reprodução Social, descrita por Juan Samaja, uma teoria inspirada no paradigma dos sistemas complexos adaptativos. Esse paradigma leva em conta mecanismos de conservação de estruturas e, principalmente, mecanismos de produção de novas estruturas, como “sistemas intrinsecamente instáveis, inconstantes e histórico-evolutivos” (SAMAJA, 1998, p. 29).

A Teoria da Reprodução Social admite a realidade como uma hierarquia estrutural e funcional, impregnada por uma história, ou seja, nos movimentos de reprodução dos elementos componentes (por exemplo, indivíduo, família, Estado, sociedade civil) da realidade social, permanece inscrita uma memória na dinamicidade de cada estrato hierárquico de nível superior. A reprodução de tais elementos ocorre por meio de interações (mecânicas e semióticas) entre as distintas totalidades e entre as partes do todo.

Particularmente aos objetivos desta pesquisa, a Teoria da Reprodução Social abre caminhos para pensar sobre as interações entre usuários dos serviços públicos de saúde e o próprio sistema de saúde, na perspectiva de totalidades relacionais recíprocas. Em outras palavras, a interpretação dessa realidade, a partir do processo de reprodução, permite desagregar um sistema complexo e dinâmico, segundo uma certa ordem constituída por estratos hierárquicos, e oferecer uma descrição holística dos processos envolvidos na tríade saúde-enfermidade-atenção, considerando subjetividades e totalidades biológica, familiar, comunitária, estatal e societal da vida humana e da sociedade.

O material bibliográfico sobre a Reprodução Social está inserido no conteúdo de diversas publicações que tratam da Epistemologia da Saúde, sendo utilizado

nesta pesquisa o apresentado por Samaja nos anos de 1997, 1998, 2000a e 2004a, este último uma revisão, atualização e ampliação dos anteriores.

O modelo teórico desenvolvido por Samaja originou-se do propósito de compreender os diversos campos conceituais e o esforço de integrar as múltiplas perspectivas das disciplinas que estudam a Saúde. Para Samaja (1997; 2000a; 2004a), o domínio dos objetos das ciências da saúde é constituído por três categorias: problemas, representações e estratégias de ações que se apresentam no curso da reprodução social.

A categoria problemas articula-se com a noção de "interrupção de algum processo de reprodução" (1997, p. 200). A categoria representações, entendido como um mecanismo inerente à operação de constituição e transmissão das normas humanas, aborda as relações dos agentes entre si, por meio da comunicação, e, particularmente, da linguagem, que constitui o substrato de uma cultura (2004a, p. 40). A categoria estratégias de ações implica as ações realizadas nas interfaces dos diferentes estratos hierárquicos, reguladas por um sistema de normas, sendo este produzido por uma cultura. Todas essas categorias apresentam-se na continuidade das práticas ou ações, pelas quais se reproduzem todos os níveis de integração implicados na existência dos indivíduos e das instituições sociais.

2.3.1 As relações sociais e o processo saúde-enfermidade-atenção

O conceito de Aufhebung, sistematizado por Samaja como operação de supressão, conservação e superação (exemplificado no tópico anterior), constitui um aspecto essencial para conceber, de modo integral, as relações entre os fatos passados e os fatos presentes. Convém lembrar que esta operação "rege a ordem constitutiva nas hierarquias estruturais e funcionais, de maneira que as estruturas e funções anteriores ficam suprimidas, mas conservadas e superadas nas estruturas e funções superiores" (2000a, p.53). Assim, nas relações mantidas entre estruturas hierárquicas, os fatos passados não são meramente eliminados, mas suprimidos e

conservados operantes nas estruturas posteriores. Continuam fazendo parte da realidade atual, porém sob o seu controle ou regulação. Análogo ao fato de que as regras sociais suprimem, conservam e superam as normas biológicas, Samaja entende que dentro dos sistemas sociais há também hierarquias estruturais em que certos níveis de sociabilidade ficam suprimidos, conservados e superados em outros níveis superiores.

Para compreender o comportamento das totalidades, especialmente quando aplicada às disciplinas sociais e culturais, Samaja (2004a) sustenta que é necessário lançar mão da categoria função ou ligação funcional, que implica uma ação que uma subestrutura (parte) destina a uma estrutura (todo) com certo valor de utilidade ou critério de normalidade. Esta categoria permite incluir as regulações éticas ou sociais como objetos que atuam sobre os indivíduos e contribui para definir o normal e patológico12 como objetos da consciência e da ação, extraindo a exclusividade das relações biológicas nesse componente. Desse modo, "o normal e o anormal, do ponto de vista biológico, ficam suprimidos, conservados e superados no campo do normal e do anormal da sociedade e de suas transformações históricas" (2000a, p. 34). A explicação para a função social da norma ética ou da cultura é que esta permite à espécie humana criar e transitar por diversas configurações normativas sem perder a vida, ou seja, "a vida social não está ligada ao destino da vida corporal" (p. 35), como nas demais espécies evolutivas.

Na espécie humana, a individualidade biológica não limita o trânsito dos indivíduos por diversas instituições ou campos normativos, o que assegura sua condição de sujeitos de uma cultura. Esta é uma condição que permite, por exemplo, estabelecer configurações e condutas de apoio para indivíduos enfermos, uma vez que a cultura humana é capaz de criar e produzir transformações ambientais para desempenho de tais funções. Desse modo, "a doença (ou normas patológicas da biologia) deixa de ser um fenômeno puramente biológico para transformar-se em um fenômeno institucional e simbólico" (2000a, p.36; 2004a, p. 71) e, por conseqüência, a saúde-enfermidade deixa de ser um estado biológico possível vivido meramente pelos sujeitos, para tornar-se um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social. Nessa perspectiva, a essência do conceito saúde-

[12] O sentido dos termos *normal* e *patológico*, Samaja (1997; 2004a) os adota de G. Canguillem (da obra "O normal e o patológico"), com o intuito de buscar avançar a reflexão epistemológica deixada por esse autor.

enfermidade-atenção amplia-se à medida que o fenômeno doença/enfermidade/ patologia tem seu sentido físico-computável menos ou tão atraente quanto o caráter de significação, que emerge dos contextos coexistenciais dos processos reprodutivos (de conflito e transações) no âmbito dos quais ele é produzido.

Samaja argumenta que os principais teóricos da modernidade postulam a possibilidade de identificação de 3 grandes ordens nas relações sociais (familiar, societal e política) e que entre elas se verificam relações de supressão, conservação e superação. No conjunto das relações sociais são concebidos três grandes estratos: das relações comunais; das relações societais e das relações políticas. As relações comunais originam-se das alianças familiares e das variadas redes de vínculos informais, enquanto que as relações societais são próprias de contextos interindividuais constituídos por atos explícitos de associação. As relações políticas emergem do sentido de indivíduo como cidadão e do sentido de pertencer a uma macro-comunidade ou Estado-Nação (2000a, p. 55). Essas noções de ordem familiar, ordem política e ordem societal são componentes da hierarquia descritiva da ordem constitutiva da sociedade humana como sistema complexo. Esta idéia permite contextualizar a noção de saúde no âmbito do que se pode designar de sistema sócio-cultural ou coexistencial, com o que se alude a uma estrutura de processos históricos e dialéticos, mediante os quais o sistema se reproduz, incluindo nessa reprodução a produção de novas formas (Aufhenbung).

2.3.2 Dimensões da Reprodução Social

Reprodução Social significa[13]

> o conjunto de ações mediante as quais os diversos atores – indivíduos, famílias, grupos primários e secundários, organizações informais, instituições da sociedade civil, Estados, etc. – satisfazem, em uma hierarquia de combinações, as necessidades de seus próprios modos de funcionamento, em conformidade com as regras que lhes dão validade - reconhecimento social (SAMAJA, 1998, p.34).

Reprodução social é uma denominação atribuída ao caráter recursivo das práticas sociais e também o nome da dinâmica mais geral do indivíduo (ser-complexo), comparada por Samaja (2004a) com a função da assimilação[14] na teoria piagetiana.

A noção de reprodução implica a noção de modificação e transformação, por duas razões: a primeira porque nenhuma ação humana ou prática social se reproduz da mesma maneira (o que se reproduz é o gênero/tipo e não a unidade), resultando de cada ciclo de reprodução uma nova produção; a segunda porque no interior dos sistemas complexos adaptativos está contida a noção de sua mudança futura, uma vez que os distintos níveis de integração se articulam mediante interfaces hierárquicas, em constante atividade de auto-reprodução de cada nível e da reprodução de conexões estabelecidas entre si.

Samaja (1997; 2004a) demonstra, do ponto de vista da Epistemologia, o processo epigenético[15] de formação das totalidades sociais, ou seja, que toda sociedade humana vem se construindo em uma prolongada história em que cada

[13] Reprodução Social é o conjunto de ações mediante as quais seus diversos actantes do ser-complexo (indivíduos, famílias, organizações) satisfazem, em uma hierarquia de acoplamentos, as necessidades de seus próprios funcionamentos, mas em conformidade com as regras que lhes dão validade ou reconhecimento no marco das estruturas superiores, em cada um dos patamares ou estratos (SAMAJA, 2004a, p. 174).

[14] Assimilação "implica a integração dos dados a uma estrutura anterior ou mesmo a constituição de nova estrutura sob a forma elementar de um esquema" (PIAGET, 1973, p.18).

[15] Processo de gênese (geração), a partir de um *statu quo ante.* Implica a *Aufhebung* (supressão, conservação, superação) (SAMAJA, 2004a, p. 214).

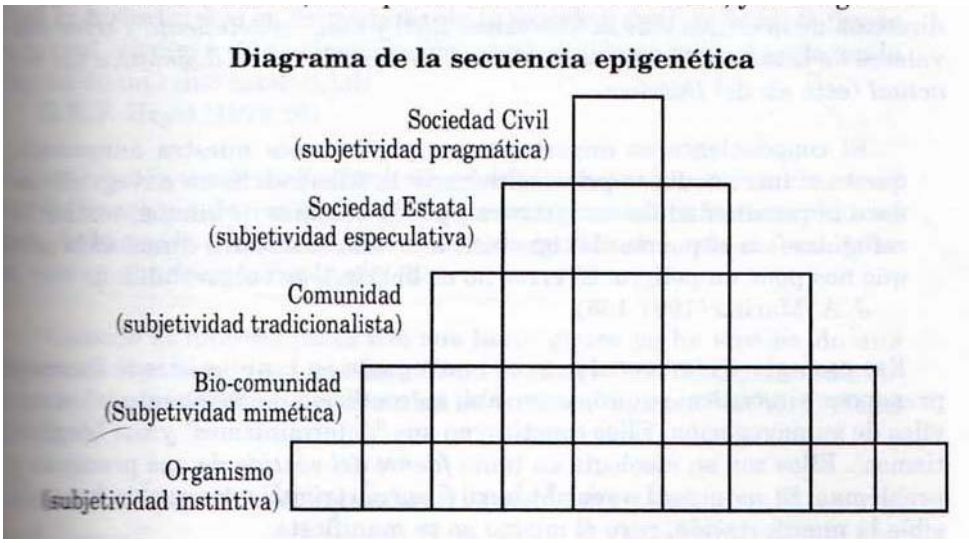
nível anterior fica suprimido, conservado e superado e que, como resultado dessa epigênese, possui uma estrutura complexa, em que se articulam diferentes formas de vida social, tais como as entidades familiares, as comunidades primitivas, as cidades-estado e as formas contemporâneas de sociedade civil globalizada. Demonstra, ainda, o processo ontogenético[16] de formação da subjetividade/ identidade humana, no qual se forma cada membro, cada indivíduo de uma sociedade humana. O processo ontogenético é considerado pelo autor também numa concepção epigenética, onde cada novo estrato do Ser não somente se ergue do anterior, mas também se situa em seu interior e o resignifica. Às subjetividades (instintiva, mimética, tradicionalista, especulativa e pragmática) correspondem as identidades: biocomunal (p. ex., processos celulares e tissulares); cultural (p. ex., membro de uma família, de um grupo); política (p. ex., como cidadão de um Estado); societal[17] (p. ex., membro de uma entidade de classe), que se encontram operantes, simultaneamente, nos distintos níveis de integração. "A identidade do indivíduo humano é uma unidade de identidades diferentes, (...) dando lugar a distintos níveis de subjetividade em sua subjetividade total" (SAMAJA, 2004a, p. 103).

Desse modo, cada estrato componente da esfera dos fenômenos humanos está em constante atividade de auto-reprodução e de reprodução das interfaces que os circulam, constituindo processos de supressão conservação e superação, com o propósito de alcançar estabilidade. Considerando uma seqüência de formação dos estratos hierárquicos, num sentido ascendente, o vinculo que existe entre os estratos é de constituição, enquanto que, em uma direção descendente, o vinculo estabelecido é o de regulação. Por exemplo, numa direção ascendente, os estados ou nações estão constituídos por diversas comunidades culturais; e numa direção descendente, os estados ou nações regulam a vida de seus grupos ou comunidades culturais. A figura 2 apresenta a seqüência do processo epigenético de formação das totalidades sociais e da subjetividade humana.

[16] Processo de gênese (geração) do Ser, individualidade e subjetividade (identidade) humana. (SAMAJA, 1997)

[17] Societal é o termo utilizado por Samaja (2004a, p. 51) para qualificar as relações sociais que se estabelecem entre indivíduos que são independentes entre si, mas que possuem nexo de dependência em relação às coisas e às regras que regem sua apropriação e circulação. O traço dominante das relações societais é seu caráter contratual.

Figura 2. Epigênese das totalidades sociais e da subjetividade humana



Fonte: Samaja, J. Epistemolgía de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. 2004(a). p. 67.

Assim sendo, o processo reprodutivo do modo de vida humano não consiste unicamente na reprodução de um padrão biológico, mas incorpora outras dimensões, articuladas com as ordens estabelecidas pelas relações sociais: a reprodução cultural e de autoconsciência; e a reprodução das relações materiais e jurídicas; a reprodução dos meios de vida.

A diversidade de formas da sociabilidade humana, estabelecida tanto nas relações sociais, quanto na reprodução social, é classificada por Samaja em vínculos comunais; políticos e societais (2000a, p.65), cujo funcionamento entende ser de caráter modular, devido ao reconhecimento da heterogeneidade das relações sociais, isto é, da coexistência de diferentes tipos de sociabilidade e de instituições pertencentes a distintos estratos de sociabilidade, ou seja, de diferentes tipos de vida social.

Com esse entendimento e como modo de descrever um sistema complexo adaptativo, a partir de uma ordem constitutiva/reguladora, sem cair numa descrição redutiva da complexidade, Samaja (1997; 2000a; 2004a) apresenta quatro dimensões da reprodução social. Tais dimensões identificam as quatro esferas da vida humana (em uma ordem ascensional) e são concebidas como pertencentes a uma entidade processual, e, nesse sentido, cada processo reprodutivo contém os anteriores como insumos ou condições de sua realização. Constituem dimensões da reprodução social a reprodução biológica/orgânica ou bio-comunal; a reprodução

comunal-cultural; a reprodução estatal ou política; e a reprodução societal. A seguir, uma sinopse das características de cada uma das dimensões da Reprodução Social:

A reprodução orgânica ou bio-comunal significa que os membros de uma sociedade devem reproduzir suas condições como organismos vivos sociais. Em uma sociedade, é condição de existência que seus membros reproduzam seus requisitos materiais de vida: alimentação, sono, procriação, etc. Para Samaja, isto significa que além de sua reprodução corporal, há também a implicação da reprodução da rede de inter-relações que constroem o meio comunal, no qual os sujeitos se realizam como indivíduos e produzem os novos membros da comunidade. Neste estrato, o elemento diferencial é constituído pelas díades mãe/filho e homem/mulher (fêmea/macho), caracterizado na sociedade humana por relações filiais e de fraternidade. Sendo assim, a "reprodução orgânica ou biocomunal é a condição previa para a existência das formas culturais posteriores" (SAMAJA, 2004a, p. 110).

A reprodução comunal-cultural implica o desenvolvimento de um sistema de parentesco que extrapola o núcleo de relações filiais e fraternas características da reprodução biocomunal. Nesta dimensão o ser humano é concebido como produto e produtor de cultura (redes simbólicas de elaboração e transmissão de experiências e aprendizagem). A reprodução cultural é designada a partir dos conceitos de socialização primária (processo formativo normalmente desenvolvido pela família com relações de parentesco) e socialização secundária (a educação, por meio de estruturas societais/estatais e/ou demais instituições da sociedade civil; e os meios de controle ideológico). Samaja (2004a, p. 111) cria o neologismo transfamília para referir-se a uma espécie de sociabilidade comunal, na qual se produzem e reproduzem as relações de alianças interfamiliares (parentesco e vizinhança), resultantes do princípio da exogamia. Esta dimensão diz respeito a "todos os mecanismos através dos quais se regeneram cotidianamente as condições de desenvolvimento das condutas exigidas pela vida da cultura em cada uma das formas de solidariedade" (SAMAJA, 2004a, p. 113).

A reprodução estatal ou política compreende o processo através do qual "os indivíduos e grupos humanos devem restabelecer as relações de interdependência entre: a) as condições territoriais (como macrocenário [...] com seus objetos, seus instrumentos e seus símbolos); as relações comunal-culturais; e as relações bio-

comunais" (2004a, p. 113). Samaja sustenta que no caso das sociedades com Estado, a função de direção social compete às estruturas estatais, em seus diversos níveis (local, municipal, estadual, federal). A sociabilidade política é a esfera responsável pelos processos de reprodução do ambiente social, em termos de organização e de domínio territorial, onde se incluem construção de obras públicas, áreas de educação, saúde e segurança pública e empreendimentos humanos frente a situações de catástrofes e defesa civil; além de promoção de valores da cultura por meio de aparelhos ideológicos de Estado. Esta dimensão trata da

> reprodução das relações materiais e jurídicas, que constituem o sentido originário do Estado, o qual fixa sua essência na função de resguardar os vínculos das comunidades com seus ambientes territoriais de desenvolvimento e das associações civis com seus ambientes técnico-organizacionais (que se formam na socialização secundária e se expressam através da idéia do "público"). (SAMAJA, 2000a, p. 60).

A reprodução societal refere-se aos "processos pelos quais o ser humano produz os seus meios de vida e também aos pactos de associação que os indivíduos estabelecem para efetuar os atos produtivos e os intercâmbios de bens" (2004a, p.114). Na reprodução societal ou tecno-econômica, as relações sociais estabelecem-se por meio de mecanismos contratuais interindividuais (caráter contratual, próprio das relações de mercado[18]) e as atividades dizem respeito à produção, distribuição, troca e consumo, realizadas pelo trabalho humano, genericamente denominado atividade econômica ou modo de produção. O desenvolvimento das relações societais, que caracterizam a sociedade civil, consiste fundamentalmente na divisão do trabalho social, na distribuição (desigual) dos meios de produção e troca. Esta dimensão está relacionada à

> reprodução dos meios de vida, através dos processos especificamente destinados à produção, à distribuição, ao intercâmbio, através de diversos pactos de associação (que se formam no exercício das ações instrumentais e se expressam fundamentalmente mediante a idéia de "privado"). (SAMAJA, 2000a, p. 60).

Um adendo importante sobre o processo de reprodução social deve ser enfatizado. É o evitar uma interpretação linear de suas dimensões para concebê-las

[18] Mercado no sentido de sociedade como agregado de indivíduos que estabelecem relações externas entre si, e quantificáveis. (SAMAJA, 1996).

como resultado da interlocução, interdependência e mútua determinação de dois critérios: o da processualidade epigenética e o da consideração ou tratamento dos problemas em concreto.

> O tratamento em concreto implica que a realidade existe aqui e agora com unidade de uma grande diversidade de componentes que se formou historicamente, mas que se atualiza no presente de maneira diversa, segundo seja o aspecto particular que toma o controle ou domínio do fenômeno. Por sua parte, a concepção processual e epigenética nos convida a reconhecer que as totalidades concretas se modificam e alteram suas qualidades ao longo do tempo, de maneira que o que é predominantemente em um momento, passa a ser secundário ou subordinado em outro momento (...) (SAMAJA, 2004a, p.131, grifos do autor)

Com essa perspectiva, é possível ultrapassar o reducionismo de que "tudo depende de tudo", avançando na compreensão das totalidades sociais em seus distintos momentos ou etapas de desenvolvimento reprodutivo, considerados em circunstâncias concretas, isto é, em espaço e tempo definidos. À possibilidade de compreender o que ocorre em concreto e de organizar alguma intervenção na realidade, Samaja (2004a, p.132) denomina de "desacoplamento alternante" dos momentos da reprodução social. Isto significa dizer que cada momento ou dimensão da reprodução social pode ser "desacoplada[19]" em condições e em produtos, em que o "produto de um processo é componente das condições em outro processo" (SAMAJA, 2000a, p.99). Desse modo, numa dada circunstância concreta, ao dividir/desacoplar o processo de reprodução social em condições de reprodução e em produto, um momento ou dimensão do processo se destaca como produto, tendo todos os demais momentos como condição para sua realização. Num exemplo simples e corriqueiro, tal como quando numa família, um membro (por exemplo, o pai, trabalhador arrimo da família) sofre um acidente e deve permanecer imobilizado, podem ser visualizados todos os estratos da reprodução social: bio-comunal, comunal-cultural, estatal e societal. Em cada estrato tomado como produto, com perspectiva e expectativas específicas, estão implicados todos os demais estratos como condição de reprodução daquele estrato em foco. Conforme explica Samaja (2004a), cada uma das dimensões da reprodução social ocupa o lugar predominante

[19] Em física, acoplamento significa ligação, conexão ou interação entre dois sistemas, mediante o quê se transfere energia de um para o outro. (Novo Dicionário da Língua Portuguesa (Aurélio) – Ed. Nova Fronteira). Por extensão: descoplamento, ato ou efeito de romper a ligação, conexão ou interação.

na produção de um novo estrato (processualidade epigenética) e, em cada momento da existência concreta (consideração em concreto), como reprodução, somente uma das dimensões ocupa uma posição dominante e as demais dimensões passam a funcionar como condições de sua possibilidade.

2.4 A INTERAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

2.4.1 Saúde-enfermidade-atenção: um processo individual e coletivo

A saúde compreendida como inerente às condições de vida e às relações estabelecidas em um determinado espaço de reprodução social, envolve como campos de análise os problemas, as representações e as estratégias de ação, em diferentes dimensões ou estratos da vida humana: biológico, cultural, sócio-econômico e político. Esta perspectiva ampliada de pensar a saúde corresponde àquela defendida por modelos de sistemas adaptativos complexos[20] (SAMAJA, 1998, p.34), que permite contextualizá-la no âmbito do que se pode designar de sistema sócio-cultural, de concepção histórica e dialética, cuja característica é sua própria reprodução, incluindo nessa reprodução a produção de novas formas. Esse pensamento tem sido compartilhado e incorporado no âmbito do SUS. A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006c), por exemplo, define saúde como produção social de determinação múltipla e complexa, cuja análise e formulação de ações para sua melhoria é de responsabilidade de todos os sujeitos envolvidos (usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores, etc.). A análise do processo saúde-enfermidade que vem avançando na realidade sanitária brasileira

[20] O estudo de sistemas adaptativos complexos implica analisar "*uma parte* da realidade, que inclui aspectos físicos, biológicos, sociais, econômicos e políticos" (GARCIA, 1986, p. 52), vinculados entre si por relações dinâmicas (as interações não são mecânicas, nem lineares, mas processuais).

evidencia a saúde como expressão dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. A literatura demonstra a fragilidade e insuficiência do modelo biomédico em modificar os condicionantes e determinantes mais amplos desse processo.

Na área da saúde existe uma tendência de fortalecer debates em torno de indicadores chamados negativos, quer de mortalidade, quer de morbidade, como meio de diagnóstico de problemas ou necessidades de saúde, com a finalidade, entre outras, de contribuir para a organização dos serviços. Como todo processo administrativo, tais levantamentos procuram, na maioria das vezes, indicar estratégias de formulação e consolidação de políticas de saúde eqüitativas, de modo que a distribuição de recursos ocorra de forma menos desigual.

Almeida Filho (1997; 2000) entende que não há base lógica para uma definição negativa da saúde, tanto no nível individual quanto no coletivo. Segundo o autor, a saúde não é um análogo inverso da doença, porque assim como se reconhece um modo prototípico de adoecer para cada doença, de outra maneira, existem infinitos modos de vida com saúde, tantos quantos seres sadios. Essa questão abordada num plano coletivo deve considerar o "imenso e intricado complexo de fatores em jogo nesse processo, desde os processos biológicos e os fatores ecossociais de exposição até os efeitos simbólicos e práticos sobre a sociedade [...] identifica-se o suposto implícito de que, de alguma maneira, todos somos doentes, e que a saúde resultaria de uma interação social com alto grau de esforço para sua manutenção" (COELHO e ALMEIDA FILHO, 2002, p. 321). De fato, não são as taxas e indicadores que revelam a saúde ou a doença das populações, mas sim sua distribuição, como expressão de algo presente na reprodução da vida cotidiana de uma população (SAMAJA, 1998).

Para Samaja (2004a) cabe falar de saúde como a "capacidade (em sentido muito amplo) para perceber / interpretar eventos de enfermidade (isto é, interrupções aos cursos esperados segundo os ideais das diversas culturas) e a capacidade para mobilizar os recursos biológicos, psicológicos, políticos e econômicos necessários para atender sua recuperação e prevenção". Isto nos leva a buscar compreender a saúde também como fenômeno sócio-cultural e não apenas como um fenômeno natural.

Os aspectos culturais envolvidos na questão da saúde e da doença só podem ser compreendidos em um contexto específico, e isso normalmente inclui questões políticas e econômicas que também contribuem para o estado de saúde de um indivíduo ou comunidade. Do ponto de vista da antropologia médica, cada ser humano possui, em certo sentido, dois corpos: um corpo individual (físico e psicológico), adquirido no nascimento, e também um corpo social necessário ao primeiro para viver em determinada sociedade. Este último fornece a cada pessoa uma base para perceber e interpretar suas próprias experiências e exerce importante controle sobre todos os aspectos do corpo individual, incluindo dieta alimentar, vestimenta, comportamento e atividades reprodutoras, profissionais e de lazer (HELMAN, 1994). Ao lado da antropologia médica, que afirma a necessidade de se considerar o contexto socioeconômico, político e histórico dos processos de saúde e doença, Coelho e Almeida Filho (2002) lembram a teoria dos sistemas de signos, significados e práticas, que incorpora a semiologia popular da enfermidade no próprio conceito de saúde, ampliando desse modo o significado da experiência do adoecimento como uma forma de construção simbólica, coletiva e compartilhada dos sujeitos.

As noções de saúde e de enfermidade como problemas de saúde servem para qualificar estados possíveis nos indivíduos enquanto totalidades complexas. Para Samaja (2000a), o termo problema só tem campo de aplicação nos sistemas vivos e nos processos humanos. Em cada uma das dimensões da reprodução da vida social, o autor lembra sobre a possibilidade e a factibilidade de inúmeros obstáculos ou conflitos desequilibrarem-nas de diferentes maneiras – os problemas de saúde.

A denominação “problemas de saúde” é comumente usada em saúde pública por incluir fenômenos de natureza mais ampla e não induzir a pensar unicamente nas manifestações individuais das doenças. Muller Neto (1995, p. 17) explica que há um problema de saúde quando “um ou mais indicadores são considerados piores, por algum critério definido pelo observador, que um certo valor estabelecido como valor ideal (parâmetro)”, ou de modo simplificado, há um problema de saúde quando “é detectado um *mal-estar* ou uma *insatisfação* por parte da população em geral, usuários ou prestadores” (grifos do autor). Assim, o conceito de problema de saúde tem um caráter coletivo, e não deve ser tratado como um fenômeno isolado, já que

os problemas de saúde e, portanto, sociais, formam sistemas complexos, que se condicionam e determinam mutuamente.

Augusto et al. (2001) indica um agrupamento de variáveis relativas a problemas de saúde segundo níveis de micro e macro-contextos. Para o entendimento dos problemas de saúde, a autora recorre ao postulado da Reprodução Social descrito por Samaja (2000a), que comporta diversos estratos interdependentes de reprodução: biológica, cultural, econômica e ecológico-política. Assim, a identificação e a projeção de ações de prevenção dos problemas de saúde podem ser agrupadas segundo um conjunto de variáveis, micro e macro-contextualizados, como por exemplo, variáveis nos âmbitos da comunidade, familiar e individual que dizem respeito a problemas da reprodução biológica. As variáveis descritas como desestruturação nas relações familiares e problemática psico-social estão incluídas em problemas da reprodução da autoconsciência e da conduta ou cultural. O desemprego, os acidentes de trabalho e as doenças do trabalho são variáveis que correspondem a problemas no âmbito da reprodução econômica, isto é, das relações sociais de produção e de forças produtivas. As mudanças sociais, as políticas públicas e deficiência em infra-estrutura são variáveis que dizem respeito às relações de poder sobre as condições de vida em geral, relativas aos problemas da reprodução denominada ecológico-política.

Um conjunto de problemas de saúde, descrito e explicado com base em um corpo de conhecimentos, caracteriza uma “situação de saúde” de um determinado grupo da população. A descrição e explicação dos problemas de saúde, segundo modelo proposto por Castellanos (1995), são orientadas por diferentes espaços de determinação e condicionamento, sendo que a definição do problema delimita seu espaço de explicação. Tais espaços, complementares entre si, são descritos pelo autor como singular, particular e geral. O singular é aquele em que a escolha das soluções aos problemas limita a intervenção do setor a seus aspectos tradicionais. O particular diz respeito a grupos humanos, cujas necessidades são socialmente representadas como problemas de saúde, requisitando uma intervenção que reconheça as particularidades de cada grupo, com estratégias de enfrentamento também particulares. O espaço geral configura a dimensão explicativa em que permite identificar a relação entre o modelo político-econômico e os problemas de saúde.

Para Samaja (2004a), saúde e enfermidade são termos inseparáveis do termo atenção, porque a noção de problema (em seu sentido amplo) sempre implica a lógica de uma solução possível, isto é, para todo problema de saúde é possível conceber, em princípio, sua resolução. Assim, na tríade saúde-enfermidade-atenção, concebe-se a atenção, “o deve ser atendido”, porque se deduz que ao problema há uma possibilidade de solução, “o pode ser resolvido”, o que inclui definitivamente a formulação de políticas e a organização de serviços e, por extensão seus condicionantes e determinantes sócio-culturais, econômicos e políticos, como componentes intrínsecos da concepção de saúde. Segundo o autor, a dinâmica geral entre a saúde, a enfermidade e a atenção é uma resultante, em termos de convergência ou de divergência, entre problemas reais (ou de ordem constitutiva), problemas representados (ou de ordem descritiva) e problemas como estratégia de ação (ou de ordem sinérgica), que se aplica aos diferentes estratos da realidade humana, em suas mútuas interferências (Samaja, 2004a; 2000a). Esta maneira de conceber a saúde-enfermidade-atenção abre a possibilidade de pensar uma perspectiva menos limitada desse processo, geralmente restrita ao estabelecimento de relações causais, para uma mais ampliada, considerando diferentes estratos de reprodução social, por meio dos quais se processam intercâmbios e se resolvem conflitos.

2.4.2 O trabalhador e a saúde

Diferentes ramos das ciências sociais, humanas e da saúde têm voltado seus interesses cognitivos para um mesmo objeto comum – o trabalhador. Esse objeto comum que, ao mesmo tempo é um sujeito - o sujeito trabalhador, é “toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar ou doméstico” (BRASIL, 2002b, p.7). Confluem a este objeto-sujeito, direta ou indiretamente, todas as formas de aplicação prática de diferentes disciplinas, dentre as quais a engenharia, a ergonomia, a epidemiologia, a clínica, cuja autonomia

conceitual e metodológica da relação trabalho-saúde necessita ser articulada para produzir resultados que fortaleçam cada campo particular de atuação, ao tempo que ultrapassem a simples soma dos enfoques isolados.

Uma perspectiva de estudo do objeto-sujeito trabalhador que parece permitir essa articulação é estabelecida na dimensão do trabalho e do processo saúde-doença, embora muitos autores advirtam sobre a inexistência de uma adequada precisão conceitual sobre o caráter dessa associação, bem como de uma correspondência ainda parcial dos estudos e abordagens ao conjunto de conhecimentos e práticas que pretende definir o campo Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMEZ e THENDIM COSTA, 1997). Isto porque, embora se percebam avanços recentes para conceituação dessa área, que trata de modo diferenciado a relação saúde-trabalho, ainda permanecem no exercício diário da vida social concepções concorrentes como Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho[21]. Segundo Nardi (1999, p.65), a característica que diferencia a área da Saúde do Trabalhador das demais é considerá-lo como "sujeito ativo do processo de saúde-doença (incluindo aí a participação efetiva nas ações de saúde) e não simplesmente como objeto de atenção à saúde".

Saúde do Trabalhador é o "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" (MINAYO-GOMEZ e THENDIM COSTA, 1997, p. 25). Na Lei Orgânica da Saúde brasileira, Saúde do Trabalhador é definida como o

> conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde

[21] A Saúde Ocupacional é definida como o ramo da saúde pública, relativo a todos os fatores relacionados com o trabalho, que afetam potencialmente o trabalhador (DEVER, 1998). A Medicina do Trabalho tem como foco central a "patologia" do trabalho, ou seja, a doença enquanto entrave para a produção do trabalho (NARDI, 1999). Para compreender as divergências conceituais, é preciso caracterizar os elementos diferenciais das relações entre saúde e trabalho, enfatizados segundo cada um destes campos de conhecimento (MINAYO-GOMEZ e THENDIM COSTA, 1997; NARDI, 1999). Elementos diferenciais: enfoque da determinação do processo saúde-doença - biológico (Medicina do Trabalho), ambiental (Saúde Ocupacional), social (Saúde do Trabalhador). Deste enfoque derivam todos os demais elementos dos modelos: a) ação principal -tratamento da doença (Medicina do Trabalho), prevenção da doença (Saúde Ocupacional), promoção da saúde (Saúde do Trabalhador); b) cenário - hospital (Medicina do Trabalho), ambulatório (Saúde Ocupacional), sociedade (Saúde do Trabalhador); c) ator principal - médico (Medicina do Trabalho), equipe de saúde (Saúde Ocupacional), cidadão (Saúde do Trabalhador); d) papel do usuário - objeto de estudo/trabalho (Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional), sujeito de seu processo (Saúde do Trabalhador).

> dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos dos processos de trabalho" (BRASIL, 1990, art. 6º).

Não só na academia, mas também na esfera da prestação de serviços, são freqüentes os estudos que procuram levantar os problemas ou as necessidades de saúde. Isto porque quando há necessidade, há procura do serviço, o que determina a configuração geral da estrutura técnico-funcional, ou seja, reforça a estreita relação existente entre necessidade e assistência. Porém, o que se nota em comum entre os diferentes autores é a explicitação da dificuldade de conceituar e materializar o conceito de "necessidade".

Melo-Filho (1995), argumenta sobre a existência de dois tipos de necessidades. As "existenciais", características do homem-particular e motivadas pelo instinto de autoconservação (necessidade de alimentação, sexual, de contato social, de cooperação); e as "necessidades propriamente humanas", determinadas historicamente, porém não dirigidas para a mera sobrevivência (o descanso para a reprodução da força de trabalho, a atividade cultural, a reflexão, a amizade, o amor). Estas últimas identificam-se com o indivíduo, o ser que se eleva da particularidade.

Segundo Pereira (1995, p. 523) necessidade de saúde pode ser concebida como "qualquer distúrbio da saúde e do bem-estar, tanto do ponto de vista do paciente, como do profissional, que possa acarretar demanda ao serviço de saúde". Este autor apresenta um modelo linear relacionado às necessidades de saúde, que se transformam em demanda ao serviço, isto é, a necessidade que se transforma em ação; e que, por sua vez, gera a utilização dos serviços. Esta última cria freqüentemente novas necessidades, gerando novas demandas em níveis superiores ou não de complexidade de ação. Para ele, as necessidades podem ser percebidas (quando notadas pelo indivíduo) ou não-percebidas (quando identificadas por meio diagnóstico). O profissional de saúde e o indivíduo podem concordar ou não com a existência ou ausência da necessidade.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) também consideram a definição de necessidades uma questão bastante complexa, devido à existência de uma conexão circular entre organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e seu consumo pela população usuária. Esse círculo se instala no momento em que a produção e distribuição efetiva de ações e serviços de saúde passam a ser não só uma resposta a necessidades, mas ao mesmo tempo "contexto instaurador de

necessidades". A propriedade circular do processo de atenção à saúde, ressaltada por Arredondo e Meléndez (2003), inicia-se com a necessidade e termina com a modificação dessa necessidade, seja parcial ou totalmente, lembrando que é possível não resolvê-la ou, ainda, torná-la mais intensa. Estes autores analisaram quatro dos principais modelos para explicar o processo de interação entre o usuário e o serviço de saúde (epidemiológico, psicossocial, sociológico e econômico), entendendo que ao longo desse processo interativo se incluem diferentes determinantes, tais como crenças relativas à saúde, confiança no sistema, tolerância à dor ou à incapacidade, entre outros.

Um outro conceito importante a ser considerado na interação entre trabalhadores e serviços de saúde é o conceito de risco que, em estrito senso, significa a probabilidade de ocorrência de um evento de interesse. Em saúde, o conceito de risco é domínio das disciplinas de Epidemiologia e das inerentes à Saúde Coletiva. Uma revisão do conceito de risco é oferecida por Almeida Filho (1997), analisada segundo diferentes discursos: o social comum, o epidemiológico e o clínico, identificando seu caráter polissêmico e ambíguo. Para o autor, risco é um conceito fundamental da Epidemiologia, articulado ao conceito de ambiente, mas que se torna parte essencial do discurso da Clínica, constituindo uma aproximação de segunda ordem do fenômeno da doença em populações. No discurso epidemiológico, Almeida Filho (1997, p. 130) relata três pressupostos que sustentam o conceito de risco: o primeiro adquirido do discurso social de probabilidade de ocorrência, e por extensão, de quantificação de evento(s) da saúde-doença; o segundo, que introduz o princípio de homogeneidade na natureza da morbidade, devido ao caráter unidimensional de risco, que elimina diferenças singulares de expressão da saúde-doença; e, por último, o postulado da ocorrência de eventos em série, que confere ao conceito de risco o caráter preditivo, isto é, que permite predizer um dado evento, com aplicação em medidas de prevenção.

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000, p. 31), a noção sanitária de risco indica a "idéia de qualificação de coletivo que não representa, num dado momento ou território, a realidade física de todos, senão potencialmente". Ou seja, em razão do modo de reprodução social de uma coletividade, são geradas necessidades que não correspondem, diretamente, a carências de uma ou outra pessoa, mas de muitas ou, potencialmente, de todas.

A convergência entre as questões da saúde e as do ambiente, embora muito antiga, permanece em evidência, quando se estudam riscos, sendo um dos principais enfoques da disciplina Saúde Ambiental (BRILHANTE e CALDAS, 1999). Essa estreita relação é relatada na história da humanidade desde a antiguidade, isto é, desde quando o ser humano passou a se preocupar com os perigos da contaminação da água e dos alimentos.

Nas relações entre saúde e ambiente, insere-se o contexto do ambiente de trabalho e do risco ambiental. Segundo Della Rosa e Colcaioppo (1993, p.234), risco ambiental "é uma denominação genérica que se dá aos possíveis agentes de doenças profissionais que podem ser encontrados em uma dada atividade ou local de trabalho". Para esses autores, o reconhecimento de um risco à saúde do trabalhador requer, entre outros estudos, o reconhecimento detalhado dos métodos, processos e operações de trabalho, das matérias-primas e dos produtos finais.

A classificação dos riscos ocupacionais em físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidente (UNB, 2004) agrupa diferentes formas de exposição, quer seja por contato físico ou não, podendo ocasionar danos que se manifestam de forma aguda (acidentes de trabalho e intoxicações agudas) e danos que se manifestam cronicamente (doenças profissionais típicas e doenças do trabalho ou relacionadas ao trabalho). A importância dessa tarefa reside na produção de informação para profissionais e usuários, e da possibilidade de incorporação das mudanças necessárias em suas práticas cotidianas, além de orientar a formulação de diretrizes políticas e de gestão (BRASIL, 2000).

Para além dos conceitos de necessidade e risco em saúde que envolve o trabalhador, sujeito ativo nos processos saúde-trabalho e saúde-enfermidade-atenção, é importante compreender outras dimensões que contribuem para que tais processos sejam assimilados tal como são. Isso envolve a interação desses sujeitos em ambientes de formação e convivência, incluindo a família, os grupos sociais, além da organização política e da sociedade dos quais participa.

2.4.3 Família, outros grupos sociais e o processo saúde-enfermidade-atenção

Em todas as sociedades humanas, os valores e costumes associados ao processo saúde-enfermidade-atenção fazem parte do complexo cultural, dos quais a família é o principal agrupamento primário, responsável pela formação da natureza social e dos ideais do individuo (HELMAN, 1994; ARGYLE, 1976). Segundo Argyle (1976, p.185), a família é o protótipo do grupo primário e exerce um papel vital na socialização de seus membros, que desenvolvem um “relacionamento íntimo, relativamente durável e altamente pessoal”.

Dressler e Willis (1980) distinguem duas abordagens clássicas da sociologia da família: a funcionalista e a feminista. A primeira apresenta uma visão apoiada em um modelo da família branca, de classe media dos subúrbios americanos, sendo consideradas desviantes todas as demais formas fora esse modelo. A segunda que percebe a família como uma fonte vital de consolo, conforto e amor, mas também como um lugar de exploração, solidão e grande desigualdade. Para o autor, o êxito da visão feminista se deve principalmente por voltar sua atenção ao interior das famílias, examinando a experiência das mulheres no espaço doméstico. Para os autores, os estudos feministas têm contribuído também na compreensão da divisão doméstica do trabalho, nas relações de poder desiguais existentes e nas atividades assistenciais (físicas e emocionais) na dinâmica familiar.

Atualmente, há uma diversidade de concepções e abordagens do tema família, devido às novas perspectivas da sociologia da família, principalmente daquelas apoiadas na visão feminista. As mudanças sociais pós-industrialização tornaram a família menos importante enquanto unidade econômica, acentuando seu papel na reprodução, procriação e socialização. Por outro lado, a família é o ponto de encontro de um conjunto de processos que afetam globalmente a sociedade e que levam a muitas transformações nas suas formas, considerando entre outros aspectos, a formação e dissolução das famílias e lares; a evolução das expectativas individuais; a entrada generalizada da mulher no mercado de trabalho; as mudanças nos comportamentos sexuais; e, mais recentemente, a relação sobreposta entre

casa e trabalho (DRESSLER e WILLIS, 1980; GIDDENS, 2004). Com todas esses determinantes presentes, não se pode falar de família como se houvesse um modelo de vida familiar universal, mas de uma diversidade de formas familiares.

De modo geral, os sociólogos, como por exemplo, Giddens (2004) e Dressler e Willis (1980) concebem a família como uma forma de organização social, na qual as pessoas se unem diretamente por laços de parentesco, isto é, através do casamento ou por meio de linhas de descendência que ligam familiares consangüíneos, e os adultos assumem a responsabilidade de cuidar das crianças. É através da família que a criança torna-se um ser humano em funcionamento, ou seja, aprende uma linguagem e é socializada nas crenças de sua cultura. Essa característica da unidade familiar como organização se deve à possibilidade de verificar um conjunto de posições e padrões de interação entre os membros, cada um com um papel em relação ao outro. O padrão dessa estrutura de papéis, a relação prescrita entre os membros da família e seu poder relativo, varia nas diferentes sociedades e períodos históricos. Os autores entendem que a interação entre os membros familiares é complexa e sutil, devido às intensas relações e sua longa história de interação anterior.

Para Giddens (2004), pode-se conceber diferentes tipos de unidades familiares. Uma família nuclear, na qual dois adultos vivem juntos num mesmo agregado com os seus filhos biológicos ou adotados; uma família extensa, na qual um grupo de pessoas de três ou mais gerações vivem ou na mesma habitação ou muito próximas umas das outras; ou, ainda, os tipos monoparentais produzidos por ruptura ou dissolução de relações como divórcio, separação, viuvez ou solteiro por opção. Segundo o autor, para efeitos de formulação de políticas sociais, as fronteiras das unidades familiares nem sempre são fáceis de definir, e suas necessidades nem sempre fáceis de apontar.

Martins (2005) chama a atenção para a importância de distinguir a visão conservadora da visão moderna de família. A primeira, historicamente vinculada à reprodução de mecanismos de poder e de controle patriarcais e autoritários; e a segunda, que valoriza não apenas os laços consangüíneos, mas o vínculo efetivo entre próximos. Nesta última, apresenta uma noção de família que enfatiza o valor de redes sociais, incluindo vizinhança e amizade, não necessariamente por consangüinidade, buscando aplicar uma visão relacional da família, superando a

tradicional de família-domicílio. Para o autor, esta aplicação conceitual permitiria avançar no envolvimento dos atores sociais nos programas de saúde, já que os arranjos familiares tradicionais e os sistemas relacionais ou de reciprocidade (conflitos e alianças), interferem na forma como se organizam as comunidades locais, e como reagem às propostas de ação pública.

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) mostram que o padrão da família apresentou algumas mudanças nas últimas décadas. Houve uma queda acentuada do tamanho da família, passando de 4,3 pessoas por família em 1981 para 3,3 em 2002, com um número médio de filhos de 1,5 por família em domicílios particulares. Trata-se de uma média para todo o território nacional, mas inquietante quando se considera que o nível de substituição para manter o tamanho da população, segundo Dressler e Willis (1980), é de 2,1 filhos por família. Além do tamanho, no período 1992-2002 houve mudança também no tipo de família, com expressivo aumento na configuração de mulheres sem cônjuge com filhos, principalmente nas regiões norte e nordeste, porém ainda predominando o padrão histórico casal com filhos. Uma observação importante nessa mudança do padrão familiar está no crescimento contínuo da proporção de mulheres como pessoa de referência da família, acompanhando as transformações da sociedade, afetando e sendo afetada pelos fatores culturais e pelas formas de perceber e interpretar tais muitas mudanças.

Na condição de grupo social, os sociólogos afirmam que a família possui características que lhe são específicas, ausentes em outros grupos, relacionadas à estrutura, à motivação e a padrões específicos de interação. Segundo Giddens (2004) as características específicas incluem a existência de uma estrutura de papel formal, cujo padrão é definido pela cultura; uma maior intimidade e intensidade de sentimentos interpessoais, tanto de amor quanto de ódio; vínculos muito duradouros. O grupo familiar pode permanecer num estado de certo grau de equilíbrio durante uma parte do tempo, mas em outra parte pode vivenciar crises contínuas decorrentes de diferentes tipos de dificuldades: processos patológicos financeiros, emocionais, etc.

Uma referência final importante sobre a família é a de que, enquanto grupo, ela está ligada a outros grupos. Giddens (2004) descreve que os membros do grupo familiar pertencem também a outros grupos, como o de amigos e vizinhos, de

trabalho e escola com os quais desenvolvem outro tipo de relacionamento e criam laços que formam uma rede de relações.

Além da família, outros grupos sociais, em especial, os grupos de trabalho estão presentes no cotidiano das interações sociais, sendo o substrato cultural um importante elemento de influência em muitos aspectos da vida das pessoas.

A cultura de uma sociedade engloba tanto os aspectos intangíveis (crenças, idéias, valores), que constituem o conteúdo da cultura, como os aspectos tangíveis (objetos, símbolos, tecnologia), que representam esse conteúdo (GIDDENS, 2004). Porém, a cultura na qual um indivíduo nasceu ou vive, não é a única influência sofrida por ele. Fatores individuais (idade, gênero, altura, aparência, personalidade, aparência, inteligência e experiência); educacionais (formais ou informais, incluindo educação em uma subcultura religiosa, profissional ou étnica) e sócio-econômicos (classe social, status econômico, e redes de apoio social), podem também influenciar significativamente o comportamento humano (HELMAN, 1994).

Para Samaja (2000a, p. 47) toda cultura consiste em um “conjunto de valores e símbolos destinados a sustentar as normas que regulam as relações interindividuais e com as coisas”. As experiências dos indivíduos são mediadas por essas relações, em todas as ordens da vida social. Um ponto importante na compreensão do papel da cultura reside no fato de que esta deve sempre ser vista em um contexto particular. Esse contexto compõe-se de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos, geográficos. Isso significa que a cultura de qualquer grupo de pessoas, em qualquer período no tempo, é sempre influenciada por diversos fatores. Não é difícil perceber que todos esses fatores terão implicações importantes nas questões que envolvem o processo saúde-doença, e nas formas de organização da atenção à saúde.

Giddens (2004) afirma que a cultura do grupo no qual o indivíduo cresce, orienta a percepção e interpretação sobre as mudanças corporais, ao longo do tempo, próprias ou de outras pessoas. Os elementos da cultura são aprendidos e partilhados pelos membros da sociedade e tornam possível a cooperação e a comunicação. É nesse sentido que Helman (1994) afirma que as doenças podem ser aprendidas. Crescendo numa cultura determinada, as pessoas aprendem como responder e expressar os vários sintomas físicos e emocionais, ou os estresses sociais, de uma forma culturalmente padronizada. Desse modo, o processo de

adoecer envolve experiências subjetivas de mudanças físicas ou emocionais e a confirmação dessas mudanças por parte de outras pessoas. No entanto, é preciso “distinguir entre as regras culturais que ditam como um indivíduo deve pensar e agir, e como as pessoas de fato se comportam na vida real” (HELMAN,1994, p.23).

As interações dos indivíduos como membros de grupos são enfatizadas em vista da reciprocidade e mútua influência que pode se dar, isto é, as influências que um indivíduo exerce sobre o grupo e as influências do grupo sobre o indivíduo.

Um grupo consiste de “um número de indivíduos que compartilham de um mesmo sentido de relacionamento como conseqüência de suas interações por terem se relacionado uns com os outros” (ARGYLE, 1976, p. 168). Assim, um grupo social constitui-se de pessoas que compartilham um sentido de relacionamento como conseqüência da interação. Para ser considerado um grupo, portanto, deve haver o sentido de relacionamento que uniu as pessoas. Difere de agregação, que significa “qualquer número de pessoas que possam estar fisicamente próximas umas das outras em um determinado momento” (DRESSLER e WILLIS, 1980, p. 168).

Assim, para formar um grupo, seus membros devem compartilhar de um sentido de relacionamento resultante de suas interações. Argyle (1976) identifica dois conjuntos de critérios que determinam se um indivíduo é membro de um grupo. O primeiro, no qual o indivíduo se identifica com o grupo e se sente pertencente a ele; o segundo, em que o indivíduo é aceito pelos outros que se julgam membros do grupo (ou ele se identifica e se sente parte; ou é aceito pelos outros membros como componente).

Os grupos humanos variam segundo características de tamanho, grau e duração de interesses, escalas de organização, entre outras, e podem formar-se de diferentes maneiras: grupos de lazer e interesse, de trabalho e educacionais. Uma classificação interessante para esta pesquisa foi descrita por Argyle (1976) como grupos primários e secundários, que se distinguem pelo tipo de relacionamento. Um relacionamento íntimo e relativamente durável entre duas ou mais pessoas caracteriza o grupo primário, tendo como exemplo a família, já apresentado no tópico anterior. Por outro lado, um grupo secundário caracteriza-se por um relacionamento relativamente impessoal entre seus membros. A mesma unidade social interativa pode ser um grupo primário para um membro e secundário para outro, conforme lembra o autor. Porém, não se pode fazer generalizações sobre os

membros de qualquer grupo humano sem levar em conta que as diferenças entre eles podem ser tão marcantes quanto aquelas existentes entre membros de diferentes grupos culturais. Helman (1994) comenta que afirmações categóricas como, por exemplo, os membros do grupo X (religioso, profissional, artístico, etc) não fazem Y (não fumam, não bebem, não cantam, etc) pode ser verdadeira até para a maioria, mas não necessariamente para todos. As regras culturais definem como um indivíduo deve pensar e agir, mas o comportamento numa situação concreta pode seguir também o livre arbítrio ou uma outra determinação. Mais uma outra razão para não generalizar é que as culturas são dinâmicas, influenciadas em geral, por grupos culturais vizinhos e em constante processo de adaptação e mudança, mesmo que muito lentamente. O que se considera verdade em um grupo social num dado momento ou período, pode não o ser no momento seguinte.

Segundo Argyle (1976, p. 267), “a única generalização mais importante e amplamente confirmada sobre os grupos sociais é que eles criam normas”. A idéia é a de que as normas possibilitariam que os conflitos, se não evitados, pelo menos minimizados. Um dos argumentos que pretende justificar a criação de normas em um grupo é o de que elas funcionariam como um meio impessoal de assegurar uma distribuição (de tarefas, benefícios, etc) justa entre seus os membros.

Por outro lado, Argyle (1976) relata que os grupos adotam padrões de comportamento e de atividades porque isso lhes possibilita atingir os objetivos do grupo e satisfazer necessidades interpessoais, uma vez que a maioria dos grupos tem uma tarefa a cumprir e um objetivo a atingir. Desse modo, os membros do grupo se reúnem motivados tanto por necessidades interpessoais, quanto pela preocupação com as tarefas, atividades e objetivos existentes. Isto não impede o surgimento de problemas internos ao grupo que afetem a interação entre os componentes. O grupo poderá ter que se ajustar a mudanças no mundo externo ou os membros podem tentar introduzir mudanças nas atividades ou objetivos do grupo. Esse autor distingue quatro fases principais, em que tanto a estrutura de grupo, quanto as tarefas são desenvolvidas em sentidos paralelos, não excludentes e não necessariamente lineares. No estágio inicial de um grupo, a intenção dos membros volta-se para o alcance de um padrão de equilíbrio, interação e relações, que seja suficientemente aceitável para todos os membros. No entanto, para alguns grupos pode não existir um equilíbrio satisfatório, uma vez que os membros se apresentam

incompatíveis. As fases de desenvolvimento de um grupo, denominadas de formação, distúrbios, normalização e desempenho, estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1: Fases de desenvolvimento da estrutura e das tarefas de grupo

Fase	Estrutura de grupo	Tarefa de grupo
Formação	Ansiedade, dependência de um líder, testes.	Membros descobrem qual é a tarefa, quais são as regras e que métodos são apropriados.
Distúrbios	Conflito entre subgrupos, rebelião contra líder, opiniões polarizadas, resistência ao controle.	Resistência emocional a exigências e tarefas.
Normalização	Desenvolvimento de coesão do grupo, apoio mútuo e desenvolvimento de sentimento de grupo	Troca aberta de opiniões e sentimentos, a cooperação se desenvolve.
Desempenho	Problemas interpessoais são resolvidos, papéis flexíveis e funcionais	Emergência de soluções para problemas, tentativas construtivas de conclusão de tarefas. Maior período de trabalho.

Fonte: ARGYLE, M. *A interação social:* relações interpessoais e comportamento social, 1976 (p. 260).

Os objetivos de tarefa do grupo podem estar mais ou menos intimamente ligados aos objetivos individuais dos membros. A maioria dos grupos se encontra num estado de cooperação e competição misturado, devido à convergência ou divergência em relação a uma série de fatores, inclusive sobre qual deveria ser o objetivo do grupo. O quadro 2 apresenta algumas características que diferenciam grupos cooperativos de grupos competitivos, no que se refere à interação entre seus membros. Tais características, adaptadas de Argyle (1976), representam formas extremas de interação. Entre estes pólos opostos acontece uma diversidade de formas de interação entre membros de um grupo.

Quadro 2: Características da interação em grupos cooperativos e em grupos competitivos.

	Interação dos membros de grupo	
Processos	**Grupos cooperativos**	**Grupos competitivos**
Troca de informação	Maior suprimento e desejo de informação	Tendência para que a informação seja ocultada ou não seja recebida
Tarefa	Completada de maneira mais efetiva e rápida	Dependente das habilidades individuais
Relações de papéis	Complementares e sincronizadas	Incongruentes
Relações interpessoais	Positivas, cordiais e confiantes.	Hostis e cheias de suspeitas
Percepção entre membros	Membros interdependentes	Membros individualistas
Estado emocional	Descontração, apoio.	Tensão, perturbação.

Fonte: Adaptado de ARGYLE, M. *A interação social:* relações interpessoais e comportamento social, 1976. (capítulo VI - Pequenos grupos sociais).

Ao tratar de pequenos grupos sociais, Argyle (1976) destaca, entre outros, os grupos de trabalho e os grupos de comitês, solução de problemas e criativos. Os primeiros têm a preocupação primária de realização de uma tarefa. Constituem o outro tipo principal de grupo fora da família, no qual os adultos passam a maior parte do tempo. Os grupos de trabalho existem num meio ambiente complexo e a natureza da tarefa e seu plano físico afetam a interação entre seus membros. Por outro lado, os chamados grupos de comitês, solução de problemas e criativos exercem sua atividade inteiramente por meio da conversa, mediada por um coordenador, tendo a preocupação com a tomada de decisões e a solução de problemas. Em geral, a interação entre os membros neste tipo de grupo é estabelecida e mantida durante a execução da tarefa, seguindo uma agenda formal, com regras de procedimentos.

Finalmente, a respeito da estrutura de um grupo é importante destacar que, embora os grupos criem normas, os membros não se comportam todos de maneira idêntica, seja em razão de diferentes tarefas para diferentes membros; seja devido às personalidades diferentes dos membros (ARGYLE, 1976). No entanto, a emergência de uma hierarquia de liderança (e de atributos a ela associados como status, poder, etc.) parece ser uma característica universal dos grupos humanos, que pode levar mais ou menos tempo para fixar um padrão relativamente estável, dependendo do tipo de luta que se estabelece na vida inicial do grupo. O sucesso da liderança, segundo o autor, requer habilidades sociais que possibilitem organizar o grupo para realizar as tarefas, resolver problemas interpessoais e manter os membros felizes.

Uma ponderação resultante da formação de um grupo trata de sua dependência direta da formação de modelos compartilhados. Samaja (2004a, p. 74) considera essa assertiva verdadeira a ponto de sugerir o seguinte princípio geral: “para que dois sujeitos possam pertencer a um mesmo grupo social, uma condição *sine qua non* será que compartilhem - no essencial - um modelo semelhante de saúde-enfermidade-atenção”. Para Samaja (2004a) existem suficientes conhecimentos acumulados a esse respeito para considerar que os distintos modelos saúde-enfermidade-atenção em diversas culturas e grupos são modelos de interpretação, isto é, constituem traduções simbólicas da regulação social. Estas traduções subsistem na vida cotidiana, após vários testes que as mantém em relevo. Não se derivam de registros dos objetos da realidade em si mesma, mas de uma

proposta ativa de interpretação e de intervenção prática dos sujeitos, decorrente de modelos simbólicos, congruentes com a ordem social atual a que pertence.

A concepção de indivíduo como produto e produtor de cultura eleva-o à condição de ser atuante de redes simbólicas de elaboração e transmissão de experiências e aprendizagem. Tais redes extrapolam o núcleo de relações filiais e fraternas características do grupo familiar e avançam na formação de alianças comunais, de parentesco e de vizinhança, a partir das diferentes formas de socialização, assinaladas aquelas nas quais se dão por meio de estruturas que compõem o Estado e as instituições da sociedade civil (SAMAJA, 2004a).

A respeito da formação de redes, Marteleto e Silva (2004, p. 41) lembram que esse termo foi empregado pelas ciências sociais para associar o comportamento individual à estrutura social à qual ele pertence. Os autores definem redes como “sistemas compostos por "nós" e conexões entre eles que, nas ciências sociais, são representados por sujeitos sociais (indivíduos, grupos, organizações etc.) conectados por algum tipo de relação”. Os indivíduos organizam suas ações em função de socializações e mobilizações suscitadas pelo próprio desenvolvimento de suas redes sociais, considerando que estas possuem mecanismos de mudança e transformações históricas que independem da vontade dos seus componentes tomados isoladamente.

Na antropologia médica, o estudo sobre redes terapêuticas identifica diferentes alternativas - a informal, a popular, e a profissional (além da auto-medicação) - do sistema de assistência à saúde e posiciona as pessoas enfermas como o centro dessas redes.

> A alternativa informal é constituída por uma série de curas informais e não-pagas, e de duração variável, que ocorrem na própria rede do paciente, particularmente na família. A alternativa popular pretende tratar todos os aspectos da vida do paciente, inclusive seus relacionamentos com outras pessoas, com o meio natural e com poderes sobrenaturais, além de seus sintomas emocionais e físicos, abordagem amplamente utilizada nas sociedades não-ocidentais. A alternativa do setor profissional compreende as profissões sindicalizadas e sancionadas legalmente, como a medicina, enfermagem, fisioterapia, entre outras. (HELMAN, 1994, p. 72-74)

Segundo Helman (1994), os aconselhamentos e os tratamentos passam ao longo das conexões da rede, iniciando pelos conselhos da família, dos amigos, dos vizinhos e passando aos curandeiros populares ou aos médicos. Após uma

recomendação médica, por exemplo, esta pode ser avaliada e discutida por outras partes da rede do indivíduo, à luz de seu conhecimento e experiência. Para Helman (1994) as pessoas fazem escolhas não apenas entre tipos diferentes de alternativas assistenciais, mas também entre diagnósticos e recomendações que fazem ou não sentido para elas. O resultado da análise pode significar a não-adesão ao tratamento ou uma transferência a outro segmento da rede terapêutica.

No que se refere às relações comunais, ou seja, aquelas relações que ultrapassam as fronteiras do grupo familiar, é importante destacar, ainda, a concepção de comunidade, utilizada nas ciências sociais e da saúde. Com base em uma pesquisa sobre o uso do termo “comunidade” na área da saúde, em particular na aplicação feita pelos profissionais nos serviços de saúde, Gomes (2006) revisa criticamente diferentes abordagens deste conceito. Para a autora, esta denominação vem sendo utilizada sob uma concepção idealizada, incorporada no discurso da saúde, com pouca reflexão crítica, sob o pressuposto de uma aparente igualdade e ausência de conflitos entre pessoas de um mesmo grupo populacional. Além disso, parece inerente também uma possibilidade de intervenção do serviço sobre comportamentos considerados indesejáveis, do ponto de vista do controle de doenças e de promoção de saúde (GOMES, 2006).

Gomes (2006) cita Inkeles como o autor que agrupou as condições de existência de comunidades em três aspectos: o primeiro que concentra numa área geográfica delimitada um conjunto de residências; o segundo pelo grau (elevado) de interação social entre seus moradores; e o terceiro pelo sentimento de união, que não se baseia exclusivamente nos laços de consangüinidade. Comenta que a vizinhança é uma forma mais delimitada que as precedentes, devido ao mesmo sentimento de união e à relativa freqüência de interação entre as pessoas. Sob esse ponto de vista, a autora distingue comunidade de vizinhança e afirma que a proximidade física em si mesma não constitui uma comunidade. O sentimento de participação, mais do que a proximidade física caracterizaria uma comunidade, que pode existir até mesmo na ausência de um local comum de residência.

O conceito sociológico de comunidade, segundo Castiel (2004), tem sentido polissêmico, e no campo da saúde, em especial da promoção da saúde, passa por tensões teóricas, devido à necessidade de maior reflexão sobre seus fundamentos filosóficos. Ao retomar autores clássicos da sociologia, como Tönnies e Simmel,

Castiel (2004) oferece a oportunidade de dialogar e atualizar algumas formulações sobre o conceito comunidade na área da saúde. A partir dos estudos de Tönnies sobre Comunidade e Sociedade (*Gemeinschaft und Gesellschaft*), o autor sintetiza a idéia de comunalidade, discutindo os teores de homogeneidade entre os membros, em uma área geográfica, que compartilham interesses, afinidades, trocas simbólicas, laços relacionais solidários:

> '*Gemeinschaft*' ou 'comunidade' podia, assim, ser entendida como um tipo ideal, uma propriedade característica das organizações onde predominava um espírito de comunhão ou comunalidade. Isto ocorreria com mais freqüência em contextos sociais-rurais, em pequenos povoamentos onde as relações se regeriam por vários traços distintivos da '*Gesellschaft*' ou 'sociedade' —, modo de relação social próprio do individualismo capitalista da época e que agora atinge formas paroxísticas. (CASTIEL, 2004, p. 619)

Para Castiel (2004), no campo da saúde, o conceito de comunidade permeia os terrenos da promoção, prevenção e da pesquisa das relações entre aspectos sócio-culturais e a saúde e, como atualmente utilizado, envolve definições prescritivas, isto é, condiciona práticas de saúde a um *deve ser* de uma comunidade, sem que estejam evidenciadas as eventuais insuficiências do emprego do conceito. Samaja (2004a, p. 115) lembra que comunidade pode adquirir o sentido de sociabilidade constituída por indivíduos que dependem uns dos outros, desde o nascimento até a morte, referindo-se à sociabilidade comunal como “o conjunto de famílias organizadas segundo uma constituição, com suas redes de parentesco e as relações de vizinhança no micro território”.

Há, ainda, um aspecto final a ser mencionado, quando o tema pertencer a uma comunidade é abordado: ao mesmo tempo em que este fato pode proporcionar acolhimento, suporte emocional, compartilhamento, o que denotaria uma harmonia de interesses entre os membros, ele pode também servir de elemento opressor e levar a adoecimentos, angústias e restrição da liberdade. Este paradoxo não é apenas existencial, mas também paradigmático, visto que se contrastam as categorias de submissão, por um lado e de autonomia, por outro. Harmonia e conflito, integração e diferenciação, autonomia e submissão, e outras dicotomias, compõem as disjunções da vida cotidiana, para as quais, a cada momento, as pessoas fazem suas escolhas. Segundo Castiel (2004, p 619) cada escolha de cada

indivíduo “implica a crença de que quem escolhe não tem outra opção melhor a não ser o grupo específico a que 'pertence'”.

2.4.4 Estado: políticas e serviços públicos – os componentes formulativo e operativo do sistema de saúde

A atenção à saúde do trabalhador, na qualidade de política e de prestação de serviço, regulamenta-se pela instância estatal e representa a base de prescrições jurídico-assistenciais para as relações institucionais e sociais nesta área. Compreender a função de direção social das estruturas estatais em seus diversos níveis - local, municipal, estadual, federal, conduz ao estudo do Estado como organização social, composto por instituições políticas, responsáveis pelo provimento às demandas do ambiente social. Este é o foco que se destaca nesta pesquisa, uma vez que a extensa bibliografia que envolve o estudo do Estado[22], especialmente nos campos da filosofia política, da ciência política e do direito público, extrapola aos objetivos aqui propostos.

Do ponto de vista sociológico, Bobbio (2004, p. 57) escreve que o Estado não pode ser dissociado da sociedade e das relações sociais subjacentes. Mais do que isso, afirma que o Estado, nessa perspectiva, é uma “forma complexa de organização social (da qual o direito é apenas um dos elementos constitutivos)”, e avança apresentando as diferenças conceituais das teorias sociológicas do Estado, destacadamente as teorias marxista, funcionalista e sistêmica. Além das diferenças de concepção de ciência e de método, Bobbio (2004) aponta como essencial nessas teorias, a forma como é compreendido o Estado no sistema social, considerado em seu conjunto. Segundo o autor, enquanto na teoria marxista o tema de fundo trata da ruptura da ordem, preocupa-se essencialmente com a mudança social e tem determinação de base econômica nas instituições políticas; na teoria funcionalista o tema predominante é o da ordem, preocupando-se com o problema da conservação

[22] Vide, por exemplo, bibliografia apontada por Bobbio e Rovero (1994).

e equilíbrio, cujo subsistema prevalente não é econômico, mas o cultural, através dos processos de socialização e controle social.

Ainda sob a perspectiva sociológica, Bobbio (2004, p. 60) afirma que o ponto de vista sistêmico na representação do Estado acabou por prevalecer nos últimos anos. Para o autor, a representação sistêmica do Estado é compatível com as teorias gerais anteriores, já que focaliza como as instituições políticas funcionam e como exercem a função que lhes é própria. Nessa concepção a ”relação entre o conjunto das instituições políticas e o sistema social no seu todo é representada como uma relação demanda-resposta”, ou seja, as demandas sociais são convertidas em respostas políticas, sob a forma de “decisões coletivas vinculatórias para toda a sociedade”.

Com base na concepção de que o perfil da produção de ações e serviços expressa arranjos construídos nas relações entre Estado e sociedade com graus diferenciados de incorporação de suas demandas, no setor saúde vivenciamos o Sistema Único de Saúde (SUS), que vem se construindo no cotidiano das relações políticas entre os diferentes atores sociais e delimita-se por, pelo menos, três dimensões ou espaços de transformação: político-jurídico, político-institucional e político-operacional (MENDES, 1993; CASTRO e WESTPHAL, 2001). As dimensões político-jurídico e político-institucional contemplam a formulação de políticas, isto é, a doutrina, os princípios e as diretrizes do sistema, além de direitos, deveres e responsabilidades do cidadão, da sociedade e do Estado, resultando em um conjunto de regras básicas de ordenação e funcionamento do sistema. A dimensão político-operacional diz respeito à

> existência de serviços de saúde, públicos e privados, ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e à forma de produção e distribuição destes serviços, numa relação direta e de reciprocidade com uma dada população definida, em termos de suas necessidades, problemas e demandas de atenção à saúde (CASTRO e WESTPHAL, 2001, p. 93).

Sob esse prisma, procuramos levantar respostas políticas da função estatal para o tema da saúde do trabalhador, considerando dois componentes de expressão do Estado na área da saúde: o componente de formulação de políticas, aqui denominado de componente formulativo; e o de execução de políticas, denominado

componente operativo, na qual se processam as operações de vigilância e assistência de saúde, no âmbito da atenção básica à saúde.

a) Políticas públicas e de saúde: o componente formulativo do Estado

As respostas aos direitos sociais conquistados são oferecidas pelas estruturas estatais por meio das chamadas políticas públicas, que compreendem as decisões políticas e administrativas, bem como as ações decorrentes dessas decisões, nas quais são, em geral, refletidas as ações governamentais tanto quanto os efeitos antecipados dessas ações (VIANA, 1996). A realização das políticas públicas dá-se através de planos, programas e ou projetos governamentais que visam à concretização dos direitos conquistados, geralmente apresentados à sociedade sob regulamentação por atos normativos, que dão forma aos princípios e regras estabelecidos nas leis.

Klinksberg (1998) entende que a tarefa principal da política é melhorar as condições de vida das pessoas e que as políticas públicas são instrumentos para realizar justiça social, pautada no reconhecimento de que as diferenças entre grupos sociais é o eixo básico que aprimorará as políticas públicas; de que o avanço do processo democrático é condição indispensável para o sucesso de tal intento; e que o alcance de resultados no campo das políticas sociais é menos uma questão de recursos do que de eficiência, eficácia e efetividade no seu uso.

A comparação de que “as políticas sociais são as primas pobres da família das políticas públicas”, feita por Gaetani (2003, p. 3), é bastante perturbadora a todos os que atuam nesse campo. No entendimento do autor, as políticas sociais ocupam o lugar de vítimas crônicas das dificuldades do país e que os gestores das políticas sociais já assimilaram sua inserção subalterna no aparato administrativo estatal, contentando-se com "o que for possível", como se os gastos no campo social fossem os grandes responsáveis pelo desequilíbrio das contas públicas. Neste sentido, um aspecto importante a ser considerado nas discussões sobre as políticas sociais (educação, saúde, assistência, habitação, emprego, renda mínima e

previdência, entre outras) é que estas, assim como as macroeconômicas (fiscal, monetária, cambial e industrial) e as demais (científica e tecnológica, cultural, agrícola, agrária) encontram-se balizadas por uma determinada forma de organização da administração pública que condiciona os processos de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas (GAETANI, 2003). Um aspecto nocivo das políticas públicas que tratam da produção e distribuição de bens é que, via de regra, deixam de considerar as conseqüências sobre as condições de vida e os perfis de adoecimento relacionados ao trabalho (MINAYO GOMEZ e LACAZ, 2005).

Na década de 80, os países latino-americanos passaram a conviver com distintas alterações nos sistemas de proteção social, caracterizadas por um conjunto de medidas reformadoras das políticas sociais, dentre elas a política de saúde. Dentre os pressupostos dessas medidas está a "descentralização das ações, através de uma rede de múltiplos programas de atenção aos programas sociais" (POCHMANN, 1998, p. 138). Associada ao debate sobre as contingências de operação do Estado, a descentralização das políticas sociais entrou em pauta, sendo este um princípio da Política Nacional de Saúde, que conforma o SUS.

Paim e Teixeira (2006, p. 74) definem política de saúde como

> a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Neste sentido, política de saúde abrange tanto dimensões relativas ao poder, quanto às diretrizes, planos e programas de saúde. Segundo os autores, refletir sobre política de saúde implica, entre outros assuntos, refletir sobre "o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública" (PAIM e TEIXEIRA, 2006, p. 74).

O SUS foi criado com a Constituição Federal de 1988 e regulamentado por Leis Orgânicas da Saúde – 8.080 e 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990), com decisiva mobilização e participação de forças sociais durante os anos 80, denominado movimento da reforma sanitária. A característica sistêmica da política, a natureza federativa do Estado brasileiro, a abertura comercial e financeira da economia, os

interesses da indústria da doença, o paradigma do modelo assistencial proposto, a estrutura disciplinar da formação profissional para a área, entre tantos outros aspectos, têm provocado ora aparente paralisação, ora claros avanços em direção à implementação da Política Nacional de Saúde, nesse curto período de existência, que deve dar conta de uma atenção à saúde universal, eqüitativa e integral a cada um e a todo cidadão brasileiro.

Um ajuste entre o discurso e a prática das esferas gestoras para com a Política de Saúde foi formalizado em fevereiro de 2006, com a edição do PACTO PELA SAÙDE (BRASIL, 2006a), um compromisso que inclui o pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão. O pacto pela vida significa o compromisso firmado entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, definindo o que se considerada uma ação prioritária no campo da saúde. O pacto em defesa do SUS resulta da necessidade de reforçá-lo e defendê-lo como Política de Estado, e vincula o processo de instituição da saúde como direito de cidadania. Finalmente, o pacto de gestão estabelece claramente as responsabilidades de cada gestor, avança na regionalização da saúde e na descentralização de atribuições, com o propósito de diminuir as competências concorrentes e tornar mais transparente à sociedade quem deve fazer o quê. Adicionalmente, neste mesmo período, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006d), que revisa diretrizes e normas de organização desse nível de atenção, fundamentado na estratégia de saúde da família.

Paralelamente à construção do SUS como política nacional, políticas mais específicas de atenção à saúde também se desenvolveram como, por exemplo, a Política de Saúde do Trabalhador, de interesse desta pesquisa.

Oliveira e Vasconcellos (2000) acreditam na premissa de que uma política de Estado voltada para a saúde dos trabalhadores, adequada aos tempos da globalização, está demarcada e é potencialmente viável no âmbito do SUS. Por outro lado, Minayo Gomez e Lacaz (2005) fazem uma provocação ao afirmar que devido a uma série de fatores, inclusive estruturais, ainda está por ser implantada uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador no país, apesar dos avanços obtidos.

Os desafios para construção de um modelo estratégico para a área da Saúde do Trabalhador, no sistema público de saúde, têm sido debatidos em diferentes fóruns acadêmicos e esferas gestoras. Muitos autores procuram levantar e compreender questões críticas nesta área, descrevendo percurso e dilemas (MINAYO GOMEZ e THENDIM COSTA, 1997), cenário e desafios (LACAZ, 1997), limites e possibilidades (GELBCKE, 2002), novas-velhas questões (MINAYO GOMEZ e LACAZ, 2005), entre outras, porém com pouca ênfase nas ações da rede básica de serviços.

Um aspecto importante a ser considerado quando se fala de política de saúde do trabalhador reside no fato deste ser um campo de atividades interdisciplinares e multiprofissionais, em que diferentes ramos da ciência e da tecnologia contribuem para oferecer aporte à premissa da integralidade da atenção à saúde dos trabalhadores nos diferentes níveis de intervenção (MINAYO GOMEZ e THENDIM COSTA, 1997). Além disso, este é também um campo intersetorial, que envolve ações diretas de diferentes setores do Estado, representados no âmbito federal pelos Ministérios da Saúde (MS), do Trabalho e Emprego (MTE), da Previdência e Assistência Social (MPAS). Minayo Gomez e Lacaz (2005) consideram fundamental a articulação entre esses setores na programação de ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde dos trabalhadores, até agora realizadas de forma fragmentada, muitas vezes superpostas e com conflitos de competências.

Uma proposta para atuação articulada e cooperativa entre os Ministérios citados está sob consulta pública, na forma da Portaria Interministerial MPAS/MS/MTE nº 800 (BRASIL, 2005a). A minuta apresenta os fundamentos de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, com o objetivo de "garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental". O conteúdo do documento foi também matéria de discussão na III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), realizada em novembro de 2005. Cabe lembrar que as conferências de saúde são mecanismos de controle da sociedade representada, que se reúne periodicamente com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de política. A respeito das conferências de saúde do Trabalhador,

Minayo Gomez e Lacaz (2005) traçam um paralelo entre o período histórico e a realização de cada conferência: o período de 1978 a 1986 e a I CNST, destacando a implantação do Programa de Saúde do Trabalhador como mecanismo de incorporação da atenção à saúde dos trabalhadores como prática de saúde pública; o período de 1987 a 1997 e a II CNST, com a implantação do SUS e incorporação da atenção à saúde dos trabalhadores na rede de assistência à saúde, através de Centros de Referência em alguns estados; o período 1998 – momento atual e a III CNST, com a criação da RENAST, que engloba ações de assistência e vigilância e define o financiamento para a área.

Embora o processo de formulação da política intersetorial esteja em andamento, especificamente no setor saúde a legislação sobre Saúde do Trabalhador é vasta, quando se considera que além da federal, as esferas estaduais e municipais também têm competência de regulamentar sobre o assunto, incluindo nesse campo os códigos sanitários. Cabe, portanto, focalizar a legislação base para as demais. O Ministério da Saúde lançou em 2005 (BRASIL, 2005b) o Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador que orienta a organização desta área intra-setorialmente. Trata-se de uma revisão e ampliação da edição de 2001, e demonstra a necessidade de ajustes permanentes e contínuos frente às mudanças de cenários e demandas de aperfeiçoamento da política.

A respeito da organização e implantação de ações e serviços de atenção à Saúde do Trabalhador, destacam-se desse aparato legal, a NOST, que estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar tais ações e serviços no SUS (BRASIL, 1998); e a implantação RENAST no SUS (BRASIL, 2002a) que define ações e serviços articulados intra-setorialmente nos níveis municipal, estadual e federal.

Apesar da NOST estar em vigência há nove anos, a efetivação das ações voltadas ao trabalhador nos serviços locais de saúde, em particular na atenção básica, ainda é bastante incipiente e lenta, considerado o conjunto das unidades no país, em que pesem algumas experiências positivas vivenciadas neste campo como, por exemplo, a trajetória do estado de São Paulo, descrita por Maeno e Carmo (2005). A instituição da RENAST cria a rede de Centros de Referência em Saúde do

Trabalhador (CRST[23]), em níveis regional e estadual e incorpora o primeiro nível de assistência, através das ações na rede de Atenção Básica e no Programa Saúde da Família (BRASIL, 2002a). Estas especificam um conjunto de informações e de protocolos, como subsídios ao desenvolvimento das atividades e práticas locais, enfatizando a vigilância e a assistência quanto ao trabalho precoce, aos acidentes de trabalho e as doenças relacionadas ao trabalho. Nestas últimas, são priorizadas as doenças das vias aéreas (pneumoconiose, silicose, asbestose e asma ocupacional); a PAIR – perda auditiva induzida por ruído; a LER – lesão por esforço repetitivo; a DORT – distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho; e as intoxicações exógenas (agrotóxico, chumbo, mercúrio, cromo e solventes orgânicos); além de picadas por animais peçonhentos, dermatoses ocupacionais e distúrbios mentais ocasionados pelo trabalho. Desse modo, a RENAST configura-se como rede nacional de informação e práticas de saúde: ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, na prestação de serviços de atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar. Aos CRST está reservado o papel de suporte técnico, com ênfase na capacitação permanente dos profissionais do SUS nestes assuntos e na pactuação das ações de saúde na sua área de abrangência. Em Santa Catarina, o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em agosto de 2003, previu a instalação de oito CRST regionais e um estadual. Em 2006, foram autorizados pela Comissão Intergestores Bipartite, através da Resolução 015/CIB/06 o funcionamento dos CRTS situados em Chapecó, Florianópolis, Criciúma e Lages, além da adequação dos CRST situados em Joinville e Blumenau.

Dias e Hoefel (2005) consideram a criação da RENAST uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador no SUS, apoiada por profissionais e técnicos diretamente ligados à área e por setores do movimento dos trabalhadores, em vista do financiamento específico para estas ações, vinculado à operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador, em nível estadual e municipal. Além disso, as autoras consideram a implementação da RENAST a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Uma avaliação da implantação da RENAST, enquanto diretriz política, é muito precoce, assim como qualquer previsão sobre o desenvolvimento de ações da

[23] Atualmente, a sigla é CEREST (Portaria GM MS nº 2.437/05. BRASIL, 2005c)

Saúde do Trabalhador na rede municipal, mesmo que com a participação das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde. A instalação dos CRST regionais e estaduais, condição prévia e necessária para o arranjo institucional voltado à integralidade das ações da saúde do trabalhador, supõe um esforço adicional dos gestores para atender as necessidades de apoio técnico aos municípios. Esse esforço significa, acima de tudo, estimular a operacionalização das ações em nível de atenção básica, hoje ainda pouco ou quase nada efetiva. Em 2002, a previsão de instalação de CRST era de 130 unidades estaduais e regionais (BRASIL, 2002a). Dias e Hoefel (2005) informam a habilitação de 111 unidades CRST até agosto de 2005, com um investimento de 30 milhões de reais. A página[24] da Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde na internet registra um total de 150 CRSTs estaduais e regionais instalados em todo país.

O processo de implementação da RENAST recebeu novo estímulo com a edição da Portaria GM MS nº 2.437/05 (BRASIL, 2005c), que amplia o número de CRST (de 130 relacionados na portaria anterior, para um total de 200 nessa portaria) e confere uma nova estrutura para a RENAST. Esta ampliação inclui ações de saúde do trabalhador na atenção básica, de vigilância e promoção em saúde do trabalhador e serviços de Saúde do Trabalhador de média e alta complexidade já instalados, denominados Rede de Serviços Sentinela. A RENAST passa a ser organizada a partir da Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador, dos CRST e da rede sentinela, e apresenta de maneira objetiva os mecanismos de controle social, os critérios de habilitação e acompanhamento dos CRST e a inclusão nos sistemas de informação SUS já existentes.

Este levantamento remete à reflexão dos desafios e implicações que se desenham no âmbito local da assistência e prestação de serviços de saúde ao trabalhador, vez que é fundamental a operacionalização da referência em média e alta complexidade como suporte ao acesso do trabalhador no nível local. No entanto, embora as diretrizes da atenção básica na Saúde do Trabalhador especifiquem as operações para desenvolvimento das atividades e práticas locais, nos quais são enfatizadas a vigilância e a assistência (BRASIL, 2002b), persistem, ainda, vários nós críticos para esse campo na rede básica, dentre os quais a dissociação entre processo patológico e o trabalho, subregistros, sistemas de

[24] http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=928

informações ambulatoriais ineficazes do ponto de vista epidemiológico, baixa cobertura das ações, que não alcançam um número expressivo de trabalhadores, desarticulação da atuação do conjunto de ações de saúde, além da clássica ausência de capacitação e qualificação de recursos humanos, onde estes estão disponíveis (LACAZ, 1997; DIAS e HOEFEL, 2005).

A publicação das Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (BRASIL, 2006e) define a Centralidade da Atenção Básica como um dos eixos orientadores do processo de programação, e mesmo como mecanismo de ruptura com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar, a partir das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Políticas específicas em áreas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde orientam o processo de programação das ações e serviços de saúde a grupos populacionais (criança, mulher, adolescente, idoso, adulto, pessoa portadora de deficiência e trabalhador), a agravos (meningite, malária, hepatites virais, hanseníase, tuberculose, DST/AIDS) e a campos de atuação (urgências, saúde bucal, saúde mental). Especificamente à área de Saúde do Trabalhador, reforça-se o descrito quando da instituição e implementação da RENAST (BRASIL, 2002a; 2005c), definindo parâmetros para subsidiar a programação em nível de atenção básica, relativamente às dermatoses ocupacionais, exposição a materiais biológicos, LER/DORT, pneumoconioses, PAIR, exposição a chumbo e a benzeno e intoxicação por agrotóxicos. Entre obstáculos e avanços, é importante ter em mente que, no cenário das políticas de saúde, a inserção da Atenção à Saúde do Trabalhador de forma integral, universal, e eqüitativa no sistema público brasileiro está apenas se iniciando, sob a configuração de uma rede de serviços ainda pouco eficiente, em particular na atenção básica, para atender esse contingente em suas especificidades de trabalhador.

b) Os serviços locais de saúde: a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família – um componente operativo do Estado

Em qualquer sociedade complexa, é possível identificar diferentes alternativas de assistência à saúde que, em geral, apresentam-se sobrepostas entre si: o sistema oficial de saúde, o curanderismo, o herbalismo, a cura espiritual, o sistema informal/familiar, entre outros (HELMAN, 1994). Cada alternativa possui seus próprios meios de explicar e tratar as doenças, como também de definir quem cura e quem é o paciente, e especificar como ambos devem interagir em seu encontro terapêutico. Porém, na maioria das sociedades, há um método que predomina sobre os demais, por exemplo, a medicina científica no ocidente, cujos aspectos culturais e sociais são sustentados por uma legislação. Em geral, as pessoas doentes transitam livremente entre as alternativas disponíveis e acessíveis, trocando de alternativa assistencial, especialmente quando o tratamento em uma delas não proporciona alivio desejado.

O sistema oficial de saúde brasileiro – o SUS, e por extensão as ações e serviços nele preconizados, é a expressão das respostas concretas do Estado às demandas sociais por atenção à saúde, ou seja, o mecanismo pelo qual o Estado põe em marcha as prerrogativas e diretrizes políticas desenhadas, que se concretizam por meio da operação de uma rede prestadora de serviços.

Os serviços de saúde são parte do meio social onde qualquer pessoa vive, caracterizando-se como um dos elementos que podem alterar a freqüência e a distribuição dos danos ou agravos à saúde, sendo sua utilização resultado tanto da demanda, isto é, da percepção dos usuários a respeito de alterações orgânicas ou interesse na manutenção da saúde ou prevenção da doença; quanto da oferta, isto é, em número e acessibilidade suficientes, decorrentes de decisões políticas ou de técnicas de planejamento (PEREIRA, 1995).

Em se tratando de organização dos serviços, o conceito ampliado de saúde inclui os condicionantes e determinantes de saúde relacionados ao trabalho, à renda e ao acesso a bens e serviços essenciais, assim como estabelece atribuições na execução de ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 1990). Portanto, compete ao

sistema de saúde a organização dos serviços, em níveis crescentes de complexidade, voltados para o atendimento das necessidades do trabalhador, tendo a unidade básica seu grande desafio, por ser esta o local em que aporta a população de uma área de abrangência.

A implantação do SUS confere novos contornos da atenção à saúde, atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde. Compreende-se que é no serviço local de saúde, no espaço do distrito sanitário, que se estabelece o vínculo entre o profissional e o usuário, e a possibilidade de resolução dos problemas de saúde (MENDES, 1993). O distrito sanitário, chamado território-processo, configura uma realidade e situação de saúde, determinada pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas, sempre em movimento, entre os indivíduos e grupos, condicionada por sua inserção no conjunto da sociedade. Na composição do distrito sanitário, Mendes (1993) distingue o território área, que significa a área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde e delimita-se no fluxo e contrafluxo dos profissionais e população; o território micro-área, identificado a partir da concentração de grupos populacionais mais ou menos homogêneos, segundo a análise das condições de vida e de saúde; e o território-moradia, o espaço de uma unidade social – a família. Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), o conceito “território”, emprestado da Geografia Humana e da Sociologia Urbana, requer um conhecimento de natureza epidemiológica, que permite realizar o diagnóstico de saúde da população ou de parte dela, identificando seus processos saúde-doença e seus riscos de adoecimento.

Os serviços de saúde são classificados em dois grandes grupos: um que se destina à prestação de assistência direta às pessoas (hospitais, ambulatórios, laboratórios, etc) e outro que se destina à eliminação, diminuição, prevenção ou controle de riscos e agravos, por meio da vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental) (MENDES, 1996). Todas estas ações podem e devem ser desenvolvidas em qualquer serviço de saúde. O que irá variar será o grau de complexidade da medida adotada, sendo esperado que as ações de menor custo financeiro e maior abrangência populacional sejam desenvolvidas nas unidades de atenção básica à saúde.

Uma vez que a Saúde do Trabalhador trata de ações de vigilância, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde desse grupo populacional, nada mais

coerente concluir que tais ações façam parte da agenda da rede básica de atenção à saúde, e se promova a partir da atuação das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde. Este é um dos aspectos mais relevantes quando se trata da operacionalização da política de saúde do trabalhador, que a situa consoante à política nacional maior – o SUS, como parte integrante do modelo assistencial nele desenhado, respondendo às suas especificidades, sem se deslocar como política à parte.

Modelo assistencial ou, de modo mais amplo, modelo de atenção à saúde, segundo Paim (1999), é a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. O atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes modelos, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, através de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária).

O componente operativo do Estado no nível local tem se configurado um campo essencial para a análise da adequação do modelo de atenção à saúde definido no SUS, tendo por referência as relações estabelecidas entre os gestores, os profissionais e os usuários. É nesta dimensão que se encontra o desafio de implementar novas práticas de atenção à saúde que de fato garantam à população o acesso universal, a integralidade e a equidade, numa rede hierarquizada de serviços resolutivos (SCHERER et al., 2005). Mas para isso, algumas dificuldades ainda se mostram vivas no âmbito dos municípios que, de forma geral, necessitam estruturar, capacitar e manter equipes básicas tanto na assistência, quanto em vigilância em saúde. Além disso, a intenção de pautar as ações a partir da identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e de trabalho, embora elemento estratégico do planejamento para explicação etiológica, implica oferecer mecanismos de intervenção, ainda que de referenciamento, adequado ao problema identificado e/ou de sua origem.

Ao revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde aprovou em

março de 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006d), instituindo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, com a participação de equipes de agentes comunitários de saúde e por equipe de saúde bucal. A Atenção Básica caracteriza-se por um "conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" (BRASIL 2006d), sendo considerada a via de contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. As diretrizes definidas na Política de Atenção Básica buscam superar o confronto conceitual entre atenção básica e atenção primária de saúde.

A esse respeito, Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) analisam o conceito da atenção primária da saúde, lembrando que sua proposta inicial motivou a associação desse nível de prestação de serviço a uma assistência de baixo custo, simples e exclusiva do setor público, haja vista que o objetivo de sua criação foi ampliar e expandir a cobertura dos serviços para a população mais carente e excluída. Contudo, esses autores afirmam que este nível de assistência é uma modalidade ambulatorial do ponto de vista técnico, cuja efetividade terapêutica exige uma abordagem tecnológica específica, considerando que as situações assistenciais de atenção primária podem ser conceituadas como casos epidemiologicamente complexos. Esta é uma distinção importante também destacada por Mendes (1996), que compara o conceito de atenção primária no sentido de programa, com o de atenção primária no sentido de primeiro nível do sistema de saúde. Ao se entender atenção primária como programa, o autor é incisivo e afirma que, nessa acepção, se "reconhece que para subcidadãos de regiões de segunda categoria devem ser ofertados serviços de saúde extremamente simplificados e limitados, transformando-se, desse modo, de atenção primária em atenção primitiva" (MENDES 1996, p. 272). Por outro lado, a atenção primária como primeiro nível do sistema de saúde está alicerçada na possibilidade de solucionar os problemas de saúde de uma população, constituindo-se, ao mesmo tempo, o nível de menor densidade e de maior complexidade tecnológica. Marques e Mendes (2002) argumentam que a ênfase na atenção básica, por meio da estratégia Saúde da Família, apresenta contornos diferentes dos subjacentes às propostas neoliberais, já que vem possibilitando à população a cobertura por esse nível de atenção, situação praticamente inexistente

até meados dos anos noventa. Convém assinalar que muito da política de saúde desenvolvida ao longo dos anos 90 se deu através de incentivos financeiros, a exemplo do Piso de Atenção Básica (PAB), e não segundo características sócio-epidemiológicas, atrelando o desempenho dos municípios ao recebimento destes recursos.

Na versão atualmente proposta para a atenção básica, ela é entendida como a principal referência para o reordenamento da atenção à saúde, com uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, com vistas à resolução de problemas de saúde de maior freqüência e relevância, num dado território. Dias e Hoefel (2005) consideram-na a melhor estratégia para otimizar a saúde da população e minimizar as desigualdades entre os grupos populacionais, de modo a se alcançar equidade, vez que coordena ou integra a referência a níveis mais complexos.

O fato da Saúde da Família representar a estratégia prioritária para a organização da atenção básica consolida uma trajetória de abordagem do processo saúde-enfermidade-atenção, prescrita por esse modelo na construção do SUS. Resulta da evolução político-técnico-administrativa do Programa Saúde da Família, criado na década de 90, inspirado em experiências de outros países, tais como Cuba, Inglaterra e Canadá, nos quais a Saúde Pública alcançou níveis de qualidade com o investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças (SCHERER et al., 2005). A ênfase na estratégia Saúde da Família é justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. O atual modelo propõe que o indivíduo deixe de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores. Ao contrário, o sujeito passa a ser considerado “em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural” (BRASIL, 2006d).

Especificamente o tema da Saúde da Família, nas mais diferentes formas de abordagem, tem sido motivação para pesquisas e ensaios nas áreas da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, além de encontros, seminários, congressos, etc. Pode-se acercar do vigor desse tema, quando se procura levantar artigos e publicações científicas pela internet. Um levantamento sobre a expressão “saúde da família” no

tópico “artigos acadêmicos” do sítio de busca Google[25], por exemplo, gera 42.400 artigos, e na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS[26]), são relacionados 34.228 artigos.

Importa aqui entender que a estratégia Saúde da Família na atenção básica incorpora e reafirma os princípios do SUS por meio do trabalho em equipe, com território delimitado, desenvolvendo ações, de forma integral e contínua, de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável dos indivíduos e da família. Nesse novo arranjo operativo do setor saúde, as ações das equipes da Saúde da Família seguem uma lógica de valorização da relação com o usuário e a família. Cada equipe é responsável por até 4000 pessoas no seu território (média recomendada de 3000 habitantes), com uma jornada de trabalho de 40 horas por semana. Os profissionais devem promover atividades educativas de grupo, ações intersetoriais e parcerias para enfrentamento dos problemas, além de incentivar os mecanismos de controle social (BRASIL, 2006d).

Com essas atribuições e responsabilidades, a operacionalização da estratégia de saúde da família não se coloca como uma tarefa simples, sugerindo que a consolidação do modelo de atenção à saúde necessita estar acompanhado também da assimilação de que o processo saúde–enfermidade supera a dimensão biológica e abriga outras dimensões culturais, políticas, econômicas e sociais, o que torna necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares na atenção básica.

Dias e Hoefel (2005) afirmam que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à possibilidade de sua assimilação pela atenção básica. Além dos fatores organizacionais, as autoras acreditam que o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, reforça o papel da atenção básica de fazer chegar ações de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. Para elas, a atenção básica pode possibilitar tanto uma investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde-doença, quanto e avaliação e manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador.

[25] www.google.com (janeiro/2006)
[26] www.bvs.br (janeiro/2006)

Os principais problemas ou limitações que se colocam à implantação e/ou à execução das ações de saúde do trabalhador no SUS são:

> a) uma rede de serviços de saúde, freqüentemente, não dispõe dos recursos e meios para diagnóstico e tratamento dos agravos relacionados com o trabalho e não há sistema de referência e contra-referência claramente definido;
> b) a maioria dos serviços públicos atende os trabalhadores acidentados do trabalho e portadores de agravos relacionados ao trabalho sem a devida atenção aos procedimentos de diagnóstico, registro e notificação e sem o devido encaminhamento aos setores assistenciais e aos setores responsáveis pela vigilância em saúde;
> c) as ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho e de proteção à saúde do trabalhador são raras, em geral não sistematizadas, pontuais e desvinculadas de um planejamento e estabelecimento de prioridades;
> d) a carência e o despreparo, ou não capacitação, dos profissionais de toda a rede de serviços, desde os níveis básicos até os secundários, terciários e os setores de vigilância epidemiológica e sanitária;
> e) carência de informações a respeito dos riscos existentes no parque produtivo de seu território;
> f) as relações interinstitucionais ocorrem com dificuldade, mais como atuações pontuais de alguns técnicos que como políticas institucionais estabelecidas e cumpridas;
> g) além das dificuldades que afetam o Sistema como um todo: a crise financeira e a falta de condições materiais de toda a rede de assistência à saúde; a persistência do modelo centrado na consulta médica, individual, em detrimento das ações coletivas de vigilância em saúde, dentre outras. (BRASIL, 2005b, p. 108)

Entretanto, para que as ações voltadas à saúde do trabalhador se efetivem na rede de atenção básica do SUS, é necessário, antes de mais nada, a capacitação das equipes de saúde da família para as especificidades do trabalhador, com a garantia de procedimentos de referência e contra-referência, ou seja, atribuir “mais” esta tarefa desde que com responsabilidade sanitária do conjunto profissional e gestor.

2.4.5 Sociedade civil: globalização e poder local

O debate atualmente proposto para a área da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005b) reforça a necessidade de um entendimento abrangente a respeito

dos mecanismos subjacentes à realização do trabalho humano e das relações contratuais, próprias da sociedade civil. Bobbio (1987; 2004) mostra uma variedade de significados da expressão sociedade civil, defendidos por diferentes autores no decorrer da história. Atribui o emprego do termo sociedade civil a Hegel como um momento dialético entre a família (sociedade natural) e o Estado (sociedade política), no qual "pela primeira vez a sociedade civil não compreende mais o Estado na sua globalidade, mas representa apenas um momento no processo de formação do Estado" (BOBBIO, 2004, p. 49), considerando a contraposição entre sociedade civil e Estado um processo contraditório[27], porém de uso corrente, como sinal que reflete a situação real. Sugere que a fixação de seu significado, no uso moderno predominante, ocorre com Marx, e reforça essa idéia citando a seguinte passagem:

> a sociedade civil compreende todo o conjunto das relações materiais entre os indivíduos, no interior de um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas. Ela compreende todo o conjunto da vida comercial e industrial de um grau de desenvolvimento e, portanto, transcende o Estado e a nação, embora por outro lado, tenha novamente de se afirmar em relação ao exterior como nacionalidade e de se organizar em relação ao interior como Estado (MARX, citado por BOBBIO, 1987, p. 31)

Bobbio (2004) afirma que a emancipação da sociedade civil do Estado, a partir do século XIX, inverte a relação entre instituições políticas e sociedade, na qual a sociedade, até então dependente do Estado para a organização social, adquire autonomia com o desenvolvimento industrial e a descoberta das leis econômicas, dando origem ao pensamento liberal[28], até em suas expressões radicais, de extinção do Estado ou de sua redução a termos mínimos.

Gellner (1996, p. 16) apresenta e critica uma definição imediata de sociedade civil: "conjunto de diferentes instituições não governamentais suficientemente fortes como para opor-se ao Estado e, ainda que não impeça o estado de cumprir com sua função de manter a paz e de árbitro de interesses fundamentais, pode evitar que domine e atomize o restante da sociedade". A crítica recai no fato desta definição incluir outras formas de ordem social e, portanto, na necessidade de distinguir a sociedade civil de outras comunidades segmentarias alternativas, que também

[27] Contraditório no sentido que ao processo de emancipação da sociedade do Estado seguiu-se um processo inverso de reapropriação da sociedade por parte do Estado, conhecidos como processo de estatalização da sociedade e socialização do Estado (BOBBIO, 2004, p. 51).
[28] Liberalismo é a doutrina que preconiza a liberdade individual aplicada principalmente nos terrenos político e econômico. Combina os ideais de livre associação e organização.

possuem pluralismo econômico e instituições bem estabelecidas, que se contrapõem ao Estado, mas que mesmo resistentes à centralização, não proporcionam a seus membros o tipo de liberdade esperado na sociedade civil. Segundo o autor, além da pluralidade, o conceito de sociedade civil deve ser compreendido num contexto histórico, tendo como categoria especial a divisão do trabalho. Em outras palavras, a sociedade civil, como uma forma de organização social, tem no Estado o ente que pode controlar as manifestações extremas do interesse individual que, por sua vez, se encontra sob o controle de instituições com uma base econômica (GELLNER, 1996). Assim, sociedade civil é uma forma de organização social em que se distingue o campo do Estado ao da vida social e econômica. Evoca a idéia de uma pluralidade de instituições, que ao mesmo tempo equilibram e se opõem ao Estado e são por sua vez controladas e protegidas por ele.

A sociedade civil abriga uma diversidade de atores e formas institucionais que, embora se caracterize distintamente de outras instituições (Estado e família), freqüentemente suas fronteiras são rompidas. O mundo social é um lugar cada vez mais complexo e, no cenário econômico-político-social dos dias de hoje, é condição necessária mencionar o fenômeno da globalização e seu contraponto, o poder local, e seus impactos na saúde dos trabalhadores. Compreender esse cenário teria a vantagem de possibilitar aos agentes públicos, por um lado, demarcar os limites dissonantes da relação trabalho e saúde na sociedade e, por outro, formular arranjos políticos e organizacionais para preservação e promoção da vida dos que vivem do trabalho, formal ou informal, fixo ou temporário.

O termo globalização é utilizado por sociólogos para referir a um fenômeno social, intrinsecamente contraditório, de vastas implicações, cujos processos intensificam cada vez mais a interdependência e as relações sociais em nível mundial (GIDDENS, 2004). Para este autor, a globalização é resultado de um conjunto de fatores desencadeado principalmente pelo desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação, que intensificaram a velocidade e o âmbito das interações quase instantâneas entre pessoas.

As mudanças na vida social e nos processos de trabalho, produzidas no âmbito da globalização da economia e da reestruturação produtiva, manifestam-se nas esferas da ordem econômica, política, social e cultural. A associação dos processos de globalização e reestruturação, marcados pela expansão da tecnologia,

em especial da microeletrônica, vem condicionando e modificando as formas de organização e dos processos de trabalho dentro das empresas e da vida em sociedade (RIGOTTO, 1998).

Na visão de Stotz e Giovanella (1996) a globalização, na categoria de novo paradigma da teoria econômica e social, é um termo genérico que descreve traços ou aspectos da complexa dinâmica mundial do capitalismo. Do ponto de vista econômico, diz respeito à interdependência crescente das economias mundiais e à formação de redes transnacionais financeiras e de produção. Segundo Stotz e Giovanella (1996), as implicações da globalização ultrapassam as fronteiras regionais e nacionais, cujas conseqüências negativas imediatas são a exclusão social e o desemprego, ou seja, repercutem diretamente nas ações sociais, especialmente no que trata dos direitos trabalhistas e da seguridade social.

Os avanços tecnológicos e as transformações no mundo do trabalho levaram muitas indústrias à obsolescência e tiveram impacto nas comunidades de produção manufatureira. Com a globalização, a economia passou a assentar-se não mais na agricultura ou na indústria, mas em “atividades leves e intangíveis”, como denominadas por Giddens (2004, p. 54), em que os produtos se baseiam na informação (software informático, produtos multimídias, produtos de entretenimento, internet). Pires (1998) lembra que desde os anos 50 vem ocorrendo um decréscimo de postos de trabalho do setor industrial, porém um contínuo crescimento do setor de serviços, desde o início do século, chegando, em muitos países desenvolvidos, a ser responsável por 60% ou mais dos postos de trabalho na atualidade.

Estas e outras mudanças como, por exemplo, o aumento da vida média da população e a difusão da escolarização, contribuíram para o deslocamento da chamada sociedade industrial para uma nova sociedade baseada em informação e conhecimento denominada por uns como sociedade pós-industrial e, por outros, como sociedade do conhecimento (LUCCI, 2005).

A esse respeito, Gellner (1996, p. 198) afirma que a sociedade civil não pode prescindir do “pluralismo intelectual ou ideológico: uma economia em crescimento, indispensável para o sistema, necessita da ciência e a ciência é incompatível com uma imagem do mundo socialmente sustentada e imposta, uma imagem dotada de uma autoridade a priori”. Para Gellner (1996) o crescimento econômico depende do

crescimento cognitivo, e este, por sua vez amplia as possibilidades ideológicas (ou impossibilita o monopólio ideológico).

É preciso levar em conta que esta assertiva torna-se ambígua, quando se contrastam os países que podem produzir e que produzem ciência e aqueles que não podem e não produzem. Além disso, deve-se considerar que a ciência é um dos métodos de fixar crenças[29], sendo ela a forma predominante no mundo ocidental moderno (Samaja, 2005). Giddens (2004) afirma que o aumento da desigualdade entre as várias sociedades, uma das principais conseqüências da globalização e do progresso tecnológico, é um dos maiores desafios que o mundo enfrenta neste inicio de milênio. Segundo o autor, a disparidade entre o mundo desenvolvido e o em vias de desenvolvimento tem aumentado a um ritmo continuo desde a década de 80, sendo maior do que nunca na atualidade.

Mattoso (1995, p. 62) avalia as transformações no mundo do trabalho em relação à articulação e difusão de um conjunto de inovações tecnológicas de impacto abrangente, considerando que tais inovações "além de lançarem as bases de um novo paradigma tecnológico e de um novo sistema produtivo, configuram transformações que caracterizariam uma verdadeira Terceira Revolução Industrial". Este novo padrão tecnológico e produtivo requisita um novo tipo de trabalhador (MATTOSO, 1995, p. 68), mais escolarizado, valorizado por seu conhecimento técnico individual e sua polivalência, capaz de interagir criativamente com o novo processo de trabalho. A reestruturação produtiva tem levado a uma diminuição do emprego industrial, imposta pela necessidade de acompanhar as transformações e, em conseqüência, exige um trabalhador adequado a essas mudanças. Embora o autor descreva este padrão exigido, a ênfase é dada às dificuldades e restrições por este novo tipo de trabalhador.

Isto se torna um importante desafio para o campo Saúde do Trabalhador, que necessita conhecer a real composição da força de trabalho (MACHADO e MINAYO, 2000). Ao lado deste novo trabalhador requisitado pela reestruturação industrial, a ameaça do desemprego tornou-se uma constante, em função do grande contingente de mão-de-obra fora do mercado. Segundo Machado e Minayo (2000), este contingente apresenta características e proporções muito diferentes do exército de

[29] Samaja (2005, citando Charles Pierce) descreve quatro procedimentos ou métodos para fixar crenças: tenacidade (intuição); autoridade (tradição); metafísica (reflexão); ciência (hipótese).

reserva típicos das etapas anteriores do processo de industrialização. Além do desemprego e da tendência à redução do emprego industrial, são conseqüências deste cenário atual os salários reduzidos, a terceirização, e a precarização do trabalho, com aumento do trabalho informal e de múltiplas relações trabalhistas (PIRES, 1998). Os reflexos desta conjuntura mundial no âmbito da Saúde do Trabalhador são múltiplos e variados, resultando em novas doenças decorrentes destas mudanças no processo de trabalho e do desemprego.

A globalização da economia e a reestruturação produtiva alcançaram também o setor primário, gerando a chamada reestruturação produtiva do setor rural e agro-industrial e provocando transformações no processo produtivo associado à atividade agropecuária (ELIAS e BEZERRA, 2004). Essa reestruturação tem resultado em um novo modelo técnico, econômico e social de desenvolvimento agrícola. Além do componente econômico, os resultados trazem mudanças também na vida social e nos processos de trabalho neste setor. Em relação ao setor primário da economia verifica-se no Brasil uma multiplicação de políticas agrícolas, agrárias, de recursos hídricos, entre outras, no sentido de tornar viáveis algumas regiões do país, com vistas à produção agropecuária globalizada, à abertura para as exigências externas e à especialização da produção (ELIAS e BEZERRA, 2004). Tais transformações, no entanto, não romperam com a dicotomia existente entre uma agricultura tradicional e uma agricultura "científica". Isto significa dizer que a

> modernização da agropecuária privilegiou determinados segmentos sociais, econômicos e os espaços mais rapidamente suscetíveis a uma reestruturação sustentada pelas inovações científico-técnicas e pela globalização da produção e consumo. Acirrou-se, assim, a expansão das relações capitalistas de produção no meio rural, tendo sido conduzida de forma extremamente prejudicial à maioria da população rural, à organização do território e ao meio ambiente, promovendo um desenvolvimento cada vez mais desigual no pais. (ELIAS e BEZERRA, 2004, p.2).

Como parte do processo de reestruturação produtiva do setor agrícola, a maricultura esteve incluída, até o ano de 2002, nos programas de desenvolvimento rural, ligados ao Ministério da Agricultura e do Abastecimento, devido a sua semelhança em termos organizacionais com o cultivo da terra. Com a reforma administrativa da União em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Aqüicultura e Pesca, ligada diretamente à Presidência da República– SEAP/PR, com a finalidade

de assessorar direta e imediatamente o Presidente na formulação de políticas e diretrizes para o desenvolvimento e o fomento da produção pesqueira e aqüicola. Apesar da maricultura comercial ser recente no Brasil, merecem destaque os projetos de carcinicultura (camarões) desenvolvidos no Nordeste e a malacocultura (moluscos) do Estado de Santa Catarina. O cultivo catarinense de moluscos emprega tecnologias de cultivo e de produção de sementes semelhantes às utilizadas em países com maior tradição nesta área. As desvantagens em comparação a esses países estão nas tecnologias do pós-colheita, em função do caráter artesanal aqui predominante (GRUMANN et al., 1998; PAULILO, 2002).

Os efeitos da globalização materializam-se no nível local, seja no uso das tecnologias disponíveis, seja na reação a seus efeitos perversos (TEIXEIRA, 2000). Portanto, a globalização e a reestruturação produtiva não são fenômenos afastados do cotidiano, como algo que opera em um nível abstrato, sem se relacionar com questões individuais. Enquanto fenômenos, eles existem aqui e agora, e seus efeitos se fazem sentir na vida de cada pessoa de inúmeras formas. Além das transformações nos padrões de emprego e de um nível cada vez maior de insegurança laboral, há também influência nas tradições, nos hábitos e costumes da vida em comunidade. Talvez o efeito mais negativo esteja no enfraquecimento de tradições e valores de comunidades locais e na perda de padrões familiares tradicionais.

Segundo Teixeira (2000), um dos maiores impactos da globalização se dá na hierarquia das cidades, instalando as grandes cidades como os pontos de organização da economia mundial, cuja característica reside na exclusão de vários setores de natureza social. As implicações dessa tendência para a organização da rede de serviços de saúde são intensas, principalmente quando se consideram as distintas realidades de trabalho e de condição de vida nos mais de cinco mil e quinhentos municípios brasileiros.

Isto nos leva a refletir sobre o espaço e poder local, talvez o outro extremo do espaço globalizado, como movimento de atuação da sociedade civil nas formas de gestão e articulação política, que produzam transformações a partir de ações locais.

Nas últimas décadas, a temática do poder local passou a ser incluída, de forma cada vez mais ampliada, na pauta de fóruns internacionais, a exemplo do

Fórum Social Mundial[30]. Com isto, retomaram-se os debates sobre o papel da sociedade civil e do Estado e, por extensão, das forças e formas de influência daquela sobre este (e vice-versa), e das possibilidades de aproximação entre os que gerenciam sistemas e os que são afetados pelos resultados desse gerenciamento.

Há, de um lado, o discurso de reordenamento dos espaços, como uma tentativa de rearticular a sociedade no intuito de evitar o confronto entre globalização e poder local. Dowbor (2003) explica as razões para se promover uma discussão aprofundada e organizada do conceito de espaço e sua importância em nosso cotidiano. Parte dessa discussão está voltada para a recuperação da dimensão comunitária, através da articulação dos espaços locais com os diversos espaços que compõem a sociedade atual.

De outro lado, Teixeira (2000) sugere o desenvolvimento de ações locais de dimensão global como forma de articulação entre esses extremos. Esse autor distingue dois tipos de ações coletivas locais – defensiva e ofensiva - que se desenvolvem com base na sociedade civil. As ações coletivas locais do tipo defensivo são aquelas que criam resistências a programas de organismos intergovernamentais ou empresas multinacionais, com ações que variam desde denúncias e boicotes até estratégias de adaptação. As do tipo ofensivo são ações coletivas locais que buscam “realizar projetos que alterem as condições de vida ou exercer pressão ou negociação sobre programas ou políticas adotadas pelos países dominantes, organizações intergovernamentais e empresas, ou sobre os governos locais para tomada de posição em relação às questões internacionais” (TEIXEIRA, 2000, p. 121). Ambos tipos de ações revelam as potencialidades da sociedade civil para mudanças significativas nas relações existentes no espaço local, em que pesem suas deficiências e sua (aparente) desproporção frente aos mecanismos da globalização.

Esse panorama geral revela, antes de tudo, os desafios que se interpõem na relação entre indivíduos, grupos, Estado e sociedade civil, na tarefa de desenvolver e implementar políticas sociais que dêem conta de preservar e promover a vida.

[30] O Fórum Social Mundial foi inicialmente proposto como um movimento antiglobalização, em contraposição ao Fórum Econômico Mundial, realizado em Davos/Suíça em 2001. (www.forumsocialmundial.org.br)

3 METODOLOGIA

3.1 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

No livro Epistemología y Metodologia: elementos para una teoria de la investigación científica (2005), Samaja percorre a história para mostrar que o conhecimento vai se construindo com a própria história da humanidade, enfatizando que o método completo de uma epistemologia científica deve constituir-se mediante a colaboração de dois métodos: o método histórico-crítico (destacadamente por Hegel e Marx, no século XIX) e o método psicogenético (em especial, por Piaget, no século XX).

O percurso metodológico adotado nesta pesquisa seguiu o modelo descrito por Samaja (2005) que propõe a construção de estudos científicos com base em um Sistema de Matrizes de Dados. A abordagem metodológica de sistemas de matrizes de dados segue a orientação filosófica das epistemologias dialético-genéticas, que possuem como traço semelhante o caráter construtivo, tanto em termos teóricos, quanto empíricos:

> epistemologias dialético-genéticas (em contraste às epistemologias positivistas/aprioristas e às epistemologias negativistas/empiristas[31]) compõem um conjunto de teses que conteriam uma visão articuladora, uma visão da inseparabilidade dos termos Sujeito/Objeto: primeiro com ênfase no objeto (a razão observante); em seguida, com ênfase no sujeito (a auto-realização da razão) e, finalmente, até chegar ao conceito supremo do saber que é a Práxis (SAMAJA, 2004b, p. 161).

[31] O quadro comparativo de agrupamentos epistemológicos, elaborado com base em Samaja 2004b; 2004c e 2005 encontra-se no Anexo 3

Este caráter construtivo permite conceber o conhecimento - sua gênese e seu desenvolvimento – de maneira tanto endógena, quanto exógena, isto é, a partir de fatores internos, como a cognição, tanto quanto de fatores externos, associados às características sócio-ambientais orientando, por conseqüência, um modo de ver o universo, a vida e o mundo das relações sociais. Piaget (1973, p 1) afirma que o

> conhecimento não poderia ser concebido somente como algo predeterminado nas estruturas internas do indivíduo, já que estas resultam de uma construção efetiva e contínua; nem somente com base nos caracteres preexistentes do objeto, uma vez que estes só são conhecidos devido à mediação necessária dessas estruturas.

Para esse autor, a grande lição contida na gênese ou nas gêneses é a de que não existem jamais conhecimentos absolutos, dado que a gênese "recua indefinidamente", isto é, lembra a existência de uma construção indefinida, para a qual é preciso compreender suas razões ou mecanismos, em todas as suas fases ou, pelo menos, o máximo possível.

A construção de conhecimento a respeito das interações entre os trabalhadores da maricultura e o serviço público de saúde, no âmbito de um distrito sanitário, requer uma metodologia que atenda os componentes de um sistema complexo. Ou seja, estudar uma parte da realidade que inclua aspectos físicos, biológicos, sociais, econômicos e políticos, por exemplo, leva-nos a identificar e a considerar, no decorrer do processo investigativo, os elementos, limites, estruturas e interrelações internas e externas (GARCIA, 1986). A abordagem metodológica de Samaja (2005) aplica-se ao desenvolvimento de pesquisas e à construção de modelos que têm por base os sistemas complexos, tal como a atenção à saúde, tendo em conta que todo conhecimento científico se desenvolve com um movimento de ir e vir entre a experiência e a teoria. A descrição do conhecimento de uma realidade requer, portanto, a explicação do modo como esta realidade foi fragmentada e enunciada. Assim, o método, as condições de realização e o produto de uma investigação científica são dimensões inseparáveis quando se entende a ciência como um processo (SAMAJA, 2005).

O termo "processo de investigação" é empregado por Samaja (2005, p.209) para referir-se à totalidade das ações que desenvolve o pesquisador ou a comunidade científica, consistindo em "um conjunto de ações destinadas a descobrir

e provar um sistema de hipóteses[32]", para o qual são considerados dois modos: o de validação, cuja ênfase é dada no contexto de justificativa; e o de descobrimento, com ênfase na produção de novo conhecimento. Estes modos de investigação podem ser analisados sob duas perspectivas diferentes, a partir das categorias denominadas: a) fases e momentos da investigação, em que as ações e tarefas são realizadas sob a perspectiva de sua eficácia para avançar o conhecimento; b) instâncias de validação, em que as mesmas ações e tarefas são realizadas sob a perspectiva de sua adequação aos procedimentos de validade ou controle de cientificidade compartilhada pela comunidade científica.

As tarefas do processo de investigação são agrupadas por instâncias de validação (no sentido de provar algum dos tipos de hipóteses correspondentes), bem como por fases (quando admite uma relação do tipo antes/depois) ou momentos (quando não admite tal relação).

A concepção metodológica da investigação científica descrita por Samaja (2005, capítulo 3) apresenta quatro instâncias de validação, cada qual com duas fases e quatro momentos, resumidamente da seguinte forma:

Na primeira instância - de validação conceitual - são abordadas hipóteses substantivas, ou seja, que contêm as respostas provisórias ou conjunturais referentes ao conjunto das teorias e fatos pertinentes ao objeto de estudo que se considera bem estabelecido. Nesta instância incluem-se as fases de: 1) delineamento, que consiste no empreendimento de familiarização e aprofundamento, o máximo possível, do conhecimento do processo em que se apresenta o problema, confirmando sua importância e justificando o esforço da pesquisa; e 2) formulação, em que se busca alcançar as definições conceituais e a análise das estruturas das redes conceituais implícitas no problema, nas hipóteses, o marco teórico e nos objetivos.

A instância de validação empírica – segunda instância - é encarregada de validar as hipóteses instrumentais (ou indicadoras), que consistem nos pressupostos que relacionam as variáveis conceituais com os "valores observáveis" de tais variáveis. Esta instância é conhecida como o "estabelecimento da validade dos dados". Suas fases constituem-se de: 1) desenho do objeto, que inclui tanto a

[32] Samaja considera os seguintes tipos ou estratos de hipóteses: substantivas; instrumental ou de validade; operativas ou de generalização; e retóricas ou de exposição

forma com que se recorta o objeto de estudo, entre as muitas formas possíveis; e o trabalho de transformar um sistema conceitual em um sistema operacional que, para Samaja, trata-se de trabalhar com esse sistema de matrizes de dados; 2) desenho dos procedimentos, no qual são tomadas as decisões sobre os procedimentos aos quais serão submetidos os componentes do(s) sistema(s) de matrizes de dados – Unidade de Análise (U/A); variáveis (suas dimensões e procedimentos); e o tratamento a ser-lhes dado após a coleta dos dados.

Na terceira instância - de validação operativa - propõe-se validar hipóteses operativas (ou de generalização), em que se levam em conta pressupostos de confiabilidade, isto é, de que as medidas foram realizadas de maneira apropriada (a resposta obtida é tão confiável quanto lhe permite o instrumento de coleta); e de que as operações de medida se efetuaram sobre uma amostra representativa das unidades do universo de análise (passíveis, portanto, de serem extrapoladas ao universo de estudo). Esta instância é também conhecida por estabelecer a "confiabilidade dos dados e da amostra". As fases constitutivas desta instância são: 1) coleta e processamento, ou seja, quais foram realmente os procedimentos para seleção de cada sujeito de estudo e de que maneira concreta foram efetuadas as medidas dos dados; 2) tratamento e análise de dados, cujo objetivo trata da discussão e interpretação dos dados, à luz do plano de análise e das hipóteses formuladas.

Finalmente, a instância de validação expositiva é encarregada de validar as hipóteses retóricas (ou de exposição), o que quer dizer validar as premissas mais gerais, normalmente implícitas nas disciplinas vigentes, porém intervenientes na organização e exposição dos resultados. São relativas ao esquema expositivo e à estratégia de argumentação ou de exposição demonstrativa. As fases dessa instância tratam, portanto: 1) da elaboração de informes parciais, para informação da comunidade científica sobre o andamento do processo de investigação; e 2) da exposição sistemática, não restrita à comunidade científica, com o objetivo de expor as possibilidades de incorporação dos resultados da indagação empírica ao corpo teórico principal do qual se partiu.

A concepção do processo de investigação por instâncias de validação permite visualizar as atividades de pesquisa em seu conjunto. Ao final do processo, ao informar os resultados e avanços obtidos, todas as instâncias estão dialeticamente

presentes, ainda que sua explicitação, descrita em menor ou maior detalhe, não seja necessariamente evidenciada. O Anexo 2 apresenta um resumo das dimensões do processo de investigação, correspondentes à concepção metodológica aqui adotada.

Portanto, nessa concepção, um sistema conceitual é transformado em um sistema operacional, definindo-se sistemas de matrizes de dados. Samaja (2005, p. 184) sustenta que o processo de investigação significa traduzir o "objeto de investigação a um sistema de matrizes de dados e de um sistema de matrizes de dados à unidade de um modelo que reproduza o comportamento do objeto real". Assim, investigar cientificamente significa "construir sistemas de matrizes, preencher matrizes, processar matrizes e interpretar matrizes de dados científicos". Estas são tarefas ou estratégias centrais do processo de investigação (Quadro 3):

Quadro 3: Tarefas do processo de investigação:

Tarefas/estratégias	**Tipo de esquema**	**Função**
construir sistemas de matrizes de dados	exploratório	idealizar ou identificar um sistema de matrizes de dados para um objeto de estudo
preencher matrizes de dados	descritivo	Produzir a informação que constituirá o conteúdo das matrizes de dados
processar matrizes de dados	Analítico ou de verificação	Verificar hipóteses e analisar as matrizes de dados por desenhos experimentais ou correlacionais
interpretar matrizes de dados científicos	Expositivo ou de sistematização	Sistematizar o conjunto de regularidades estabelecidas em cada uma das matrizes do sistema, explicando as articulações de subordinação, superiorização e/ou coordenação que as vinculam ao objeto de estudo e de seu processo de transformação.

Fonte: adaptado de Samaja (2005, p. 184).

Para propor e tratar um sistema de matrizes de dados é necessário, inicialmente compreender o significado de um *dado*. Segundo o autor, o *dado* é o material básico de uma construção complexa, que resulta da experiência científica e é produzido a partir da tradução de uma experiência empírica.

O *dado* possui uma estrutura interna que contém quatro componentes: a unidade de análise (U/A); variáveis (v); valores (R) e indicadores (I).

A unidade de análise (U/A) significa o ente a ser estudado, a ser predicado. Os dados sempre se referem a um ente. A U/A é considerada um universo que contém partes. Uma dessas partes é denominada variável.

Uma variável (V) é tudo aquilo que de alguma forma pode ser indicado das U/As e que representa variações (de qualidade, quantidade, ordem, relação ou modalidade) em cada uma das distintas unidades, ou em uma mesma unidade de análise, em distintos momentos (SAMAJA, 2005). Consiste em uma característica ou aspecto a ser estudado da U/A.

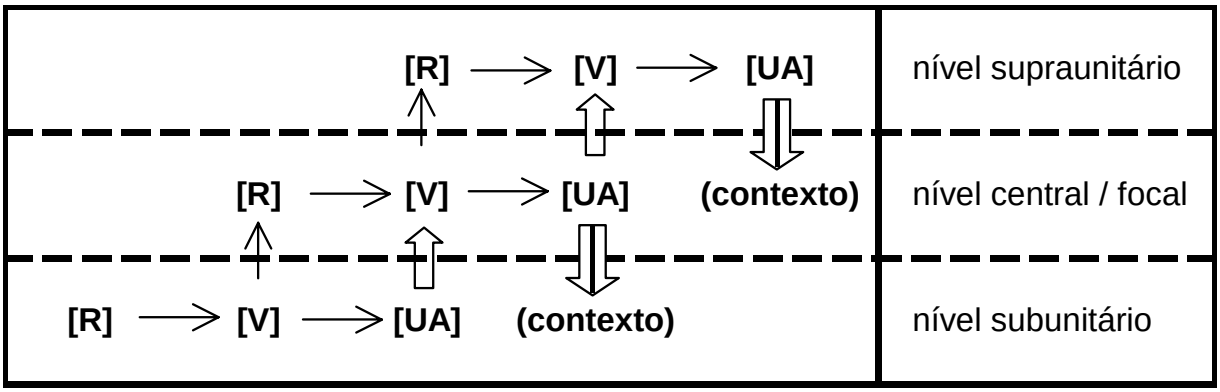
Toda variável possui um valor (R) correspondente, que significa o atributo, aspecto, resultado, estado, ordem ou categoria que uma U/A pode dispor para uma variável. Regra geral, existe somente um único valor para cada variável, o que tornam os valores excludentes e exaustivos.

Toda unidade de análise (U/A) é constituída por variáveis (v) e valores das variáveis (R). A esta combinação básica de componentes de uma matriz de dados, Samaja (2005) acrescenta um elemento mais, denominado Indicador (I), que permite decompor uma variável segundo o sentido que se pretende estudá-la e com que instrumentos. Desse modo, o indicador (I) é constituído por dois componentes: dimensão da variável (D) e procedimento(s) utilizado(s) (P). A dimensão (D) é um aspecto parcial da variável, ou seja, uma decomposição da variável para torná-la observável. A delimitação de dimensões para uma variável é útil quando uma variável não pode ser medida diretamente e colabora para identificar as formas e âmbitos nos quais a variável se manifesta. Desse modo, o valor de uma variável é uma inferência a partir dos valores das dimensões da variável. Já o procedimento (P) retrata qual o instrumento utilizado e em que contexto tal instrumento é empregado para medir, indicar ou caracterizar a dimensão (D) da variável. Para Samaja (2005), o indicador (I) confere validade e confiabilidade à informação. A validade é estabelecida quando se selecionam as dimensões (D) mais relevantes e a confiabilidade, quando se selecionam os procedimentos (P) mais relevantes.

Uma matriz de dados, portanto, é um nome empregado para designar os elementos que compõem a estrutura de um dado, proveniente de qualquer investigação científica, quer seja de natureza qualitativa ou quantitativa. É entendida como um instrumento básico, que contribui com o desenho da informação empírica e seu confronto com o marco teórico. Numa concepção dialética, toda matriz de dados necessariamente está inserida em um contexto e possui uma história, isto é, a interpretação de atributos, características, etc. de qualquer ente se faz com referência a um momento dado.

Samaja (2005) afirma que qualquer que seja a investigação, ela determina um grupo de matrizes de dados, que inclui uma matriz de dados central ou focal, por supor ser este o nível base de análise; uma matriz de dados constituída por seu componentes ou partes, chamada de matriz de nível subunitário; e uma matriz constituída pelos contextos das unidades da matriz central, chamada matriz supra-unitária. Nos arranjos de pesquisa em que uma matriz se relaciona com outra ou outras sem que haja subordinação entre elas, tais matrizes são denominadas de matrizes coordenadas, devido estarem em um mesmo nível de integração. Resumindo, em toda investigação científica há mais de uma matriz de dados, determinando um Sistema de Matrizes de Dados. A Figura 3 mostra as relações hierárquicas do sistema de matrizes de dados.

Figura 3: Relações hierárquicas do Sistema de Matrizes de Dados



fonte: Samaja (2005, p. 168)

R= valores das viaráveis
V= variáveis
UA= unidade de análise

Para concluir este tópico de fundamentos metodológicos e avançar para o tópico seguinte – o da validação operativa desta pesquisa, é importante registrar os passos do processo de investigação até aqui realizados. Os capítulos anteriores deste relatório de tese explicitam e justificam o problema e os objetivos da pesquisa, os conhecimentos prévios específicos e suas relações lógicas, o marco teórico, destacando os elementos constituintes da instância de validação conceitual. Os elementos componentes da instância de validação empírica, caracterizando o momento metodológico do desenho das operações ou atividades então pretendidas, foram descritos no Projeto intitulado Saúde dos maricultores e atenção básica à saúde: uma análise sob o enfoque da Teoria da Reprodução Social, submetido à

qualificação e aprovado[33] por banca examinadora e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

Em seguida, passo a expor os momentos e fases constituintes da validação operativa, que caracterizam as particularidades do processo da investigação realizada, seus desdobramentos e limites. Considero que a validação operativa abriga toda a riqueza da experiência vivenciada ao longo da jornada investigativa. Certamente não foi um processo linear. Embora permanecendo o objetivo inicialmente estabelecido, algumas aproximações ao objeto de estudo foram redesenhadas à medida que novos desafios se interpunham para abordá-lo e compreendê-lo. Este relatório de tese situa-se na instância de validação expositiva, referente à estratégia de exposição do processo de investigação, na qual são considerados os elementos componentes das instâncias anteriores (validação conceitual, empírica e operativa).

3.2 O PROCESSO DA PESQUISA

O tema que envolve a interação entre a população trabalhadora e os serviços de saúde, quando se trata do processo saúde-enfermidade-atenção, compõe um espectro muito amplo, o que nos exigiu definir qual trabalhador, qual serviço de saúde, em que contexto e sob qual perspectiva poderíamos delimitá-lo, de modo a dar conta de parte de sua complexidade, buscando ao mesmo tempo contemplar os critérios de validade e confiabilidade, inerentes ao método científico.

Neste tópico descrevo os passos propostos preliminarmente no Projeto de Pesquisa e efetivamente realizados no processo de investigação, relativos à instância de validação empírica, com o intuito de esclarecer a estrutura do objeto de investigação, ou seja, a população de estudo em termos de unidades de análise; a delimitação do universo de variáveis e suas respectivas dimensões; as hipóteses de trabalho. Em seguida, descrevo os componentes da instância de validação

[33] Parecer 076/05, de 25 de abril de 2005, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

operativa, no que se refere aos momentos de coleta, registro e controle da informação em campo (fontes e técnicas para a coleta dos dados), a realização de projeto piloto e os demais controles do plano de atividades, no que se refere à técnica e instrumentos para tratamento e análise dos dados.

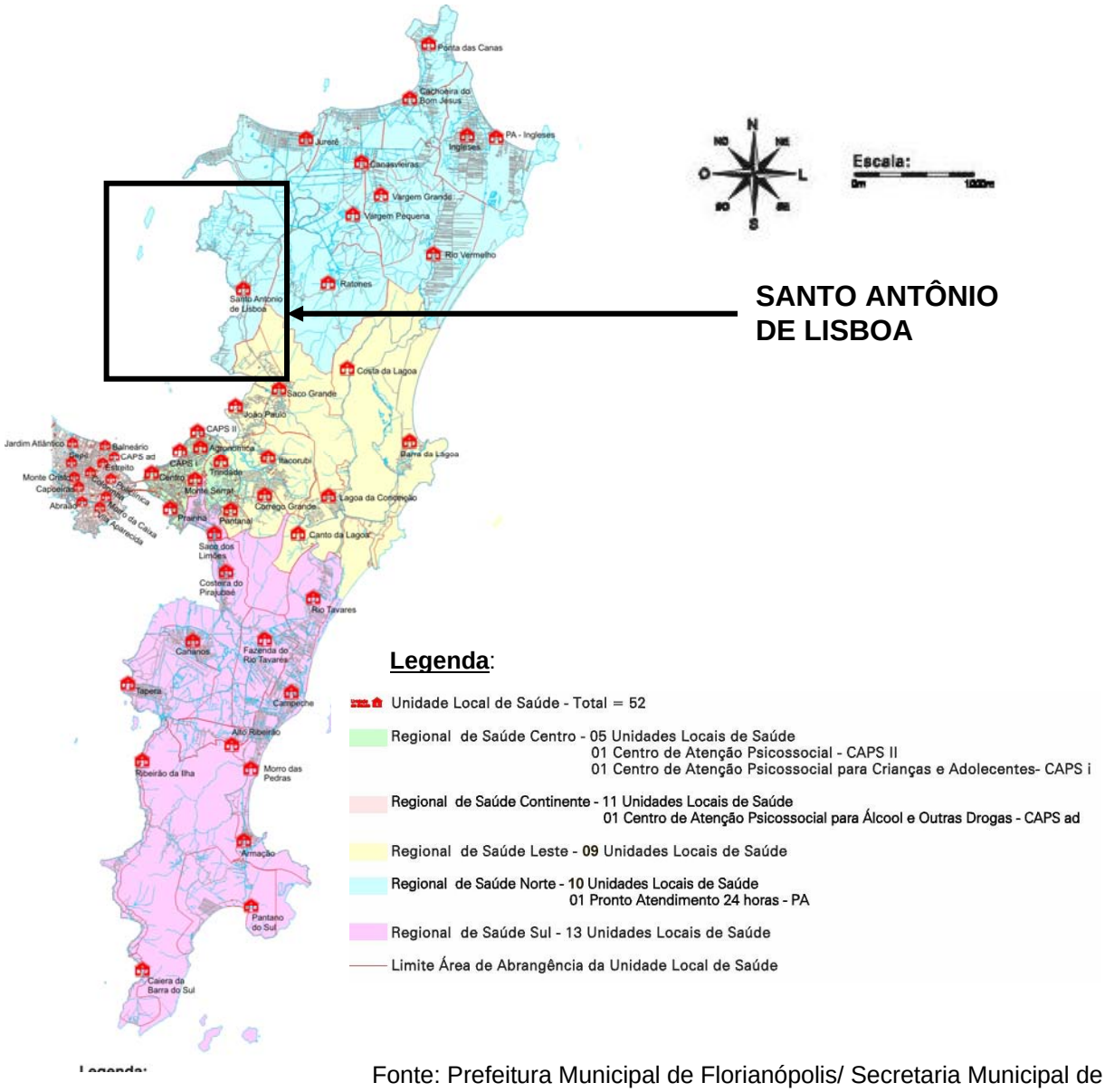
No próximo capítulo – Resultados e Discussão, são apresentados os demais momentos da instância de validação operativa, relativos à análise de dados: processamento das informações, interpretação e discussão dos resultados, à luz das hipóteses e dos objetivos formulados.

3.2.1 Universo de Unidades de Análise

O universo de unidades de análise constitui a estrutura do objeto de investigação mediante a identificação de suas diversas partes e níveis de integração do sistema de matrizes de dados. As unidades de análise deste estudo foram constituídas por diferentes conjuntos representados pelos trabalhadores maricultores do norte da Ilha de Santa Catarina; profissionais de saúde de um Centro de Saúde dessa mesma região; e por gestores da saúde em nível local, municipal e estadual. Foram delimitados três conjuntos de matrizes de dados. Dois conjuntos de matrizes coordenadas entre si e uma matriz de contexto. Os trabalhadores maricultores representam o nível focal no sistema de matrizes de dados, totalizando 18 maricultores. Uma segunda matriz, coordenada à matriz anterior, foi delimitada por dois conjuntos de unidades de análise: o primeiro foi constituído por profissionais de saúde que compõem duas equipes da Estratégia de Saúde da Família do Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa, situado no norte da Ilha de Santa Catarina, num total de 8 profissionais; e a segunda, constituída por sistemas de registros e de informações daquele distrito sanitário. Uma terceira matriz define o contexto da Política de Saúde do Trabalhador no qual se situam as matrizes coordenadas. É também composta por dois conjuntos de unidades de análise: um primeiro constituído por gestores do sistema de saúde vinculados ao Programa de Saúde do

Trabalhador, dos três níveis de gestão: local, municipal e estadual, totalizando 3 participantes; e uma segunda unidade, constituída por normas e documentos legais que definem a Política de Saúde do Trabalhador no país. A localização geográfica dos locais de trabalho dos maricultores, do Centro de Saúde e dos bairros Sambaqui, Santo Antônio de Lisboa e Cacupé que configuram o distrito sanitário deste estudo está apresentada na Figura 4.

Figura 4: Ilha de Santa Catarina. Regionais de Saúde de Florianópolis. Distrito de Santo Antônio de Lisboa. 2006.



Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis/ Secretaria Municipal de Saúde/ Assessoria de Planejamento/ Geoprocessamento. Jan/2006.

3.2.2 Universo de variáveis e definições

O universo de variáveis constituiu-se dos conceitos e aspectos considerados relevantes ao objeto de estudo, com o propósito de traduzir a interação entre os trabalhadores da maricultura e o sistema de saúde. Propôs-se inicialmente um rol de variáveis que permitiram uma descrição preliminar das características e atributos dos sujeitos da pesquisa. O refinamento descritivo das variáveis se deu no decorrer do processo de tratamento e análise dos dados, à medida que se definiam as relações entre os sujeitos. Cada variável foi definida operacionalmente, a partir das subvariáveis consideradas relevantes e dos procedimentos necessários para obtê-las. Desse modo, destacamos a seguir os principais conceitos e temas que orientaram a definição das variáveis delimitadas para a compreensão do objeto da pesquisa: a interação entre trabalhadores maricultores e o sistema de saúde.

a) Temas relacionados aos trabalhadores maricultores:

Reprodução bio-comunal: significa que os membros de uma sociedade, neste caso os maricultores, devem reproduzir suas condições como organismos vivos sociais e que, além de sua reprodução corporal, há também a implicação da reprodução da rede de inter-relações que constroem o meio comunal, no qual os sujeitos se realizam como indivíduos e produzem os novos membros da comunidade. Nesta dimensão, os temas considerados para definição das variáveis foram: 1) cada sujeito mesmo como indivíduo e o processo saúde-enfermidade; e 2) cada sujeito e suas relações (psico-afetivas e de subsistência) no núcleo familiar.

Reprodução comunal-cultural: significa que os membros de uma sociedade, neste caso os maricultores, na condição de sujeitos produtores de cultura, realizam

alianças familiares e redes variadas de vínculos informais comunais. Nesta dimensão, os temas selecionados foram: 1) maricultores e a rede comunal da vida cotidiana; 2) maricultores e a rede de atenção a saúde; e 3) maricultores e sua participação em entidades da comunidade.

Reprodução estatal: significa que os membros de uma sociedade, neste caso os maricultores, reproduzem as relações políticas de direitos e deveres, no sentido de indivíduo como cidadão pertencente a um Estado, regulador dessas relações na sociedade. Nesta dimensão foram abordados os temas relacionados 1) aos direitos e políticas de saúde, bem como 2) as ações e os serviços públicos de saúde, desenvolvidos (ou não) como resposta às demandas destes sujeitos.

Reprodução societal: significa que os membros de uma sociedade, neste caso os maricultores, realizam processos e atividades econômicas, pelos quais produzem os seus meios de vida por meio do trabalho. Nesta dimensão foram considerados: 1) o mercado de trabalho na maricultura, características, motivações e infraestrutura para o trabalho; e 2) participação do grupo de maricultores em entidades associativas; 3) o grupo de maricultores e o processo saúde-enfermidade-atenção.

b) Temas relacionados ao sistema público de saúde:

Componente operativo do sistema de saúde: significa o conjunto de ações e serviços oferecidos como respostas da função estatal de execução de políticas, em seus diversos níveis (local, municipal, estadual, federal). Neste componente, a abordagem restringiu-se às ações de uma unidade básica de saúde no âmbito de um distrito sanitário, considerando: 1) características e atividades dos profissionais de saúde; com ênfase na atenção básica ao trabalhador (assistenciais e preventivas); 2) os recursos disponíveis na unidade para a atenção à saúde, considerando o cenário da política de saúde do trabalhador.

Componente formulativo do sistema de saúde: significa o conjunto de leis e atos legais oferecidos como respostas da função estatal de formulação de políticas, em

seus diversos níveis (local, municipal, estadual, federal). Neste componente, a abordagem restringiu-se à percepção dos gestores (da unidade local de saúde e das Secretarias Municipal e Estadual da Saúde) quanto às possibilidades de concretização da Política de Saúde do Trabalhador legalmente instituída, em especial no campo da atenção básica e à população maricultora.

A delimitação das variáveis e de suas dimensões foi subsidiada por meio de três hipóteses de trabalho, assim formuladas:

Hipótese de trabalho 1 = o trabalhador maricultor interage com o sistema de saúde somente no plano biológico-curativo, no sentido da solução de algum problema instalado.

Hipótese de trabalho 2 = a unidade básica de saúde, representando o sistema de saúde em nível local, caracterizada por profissionais da Equipe Saúde da Família, é um dos componentes operativos da dimensão político-estatal, encontra-se despreparada para atender a população trabalhadora (neste caso, da maricultura) em suas características específicas.

Hipótese de trabalho 3 = a Política de Saúde do Trabalhador, tendo o Estado como entidade de gestão e controle, é um componente formulativo da dimensão político-estatal, caracteriza-se por meio das atividades dos gestores, porém não é reconhecida em seus princípios pelos usuários dessa política (trabalhador e profissional de saúde).

O detalhamento das variáveis e respectivas dimensões, correspondentes a cada unidade de análise encontra-se no Apêndice 1.

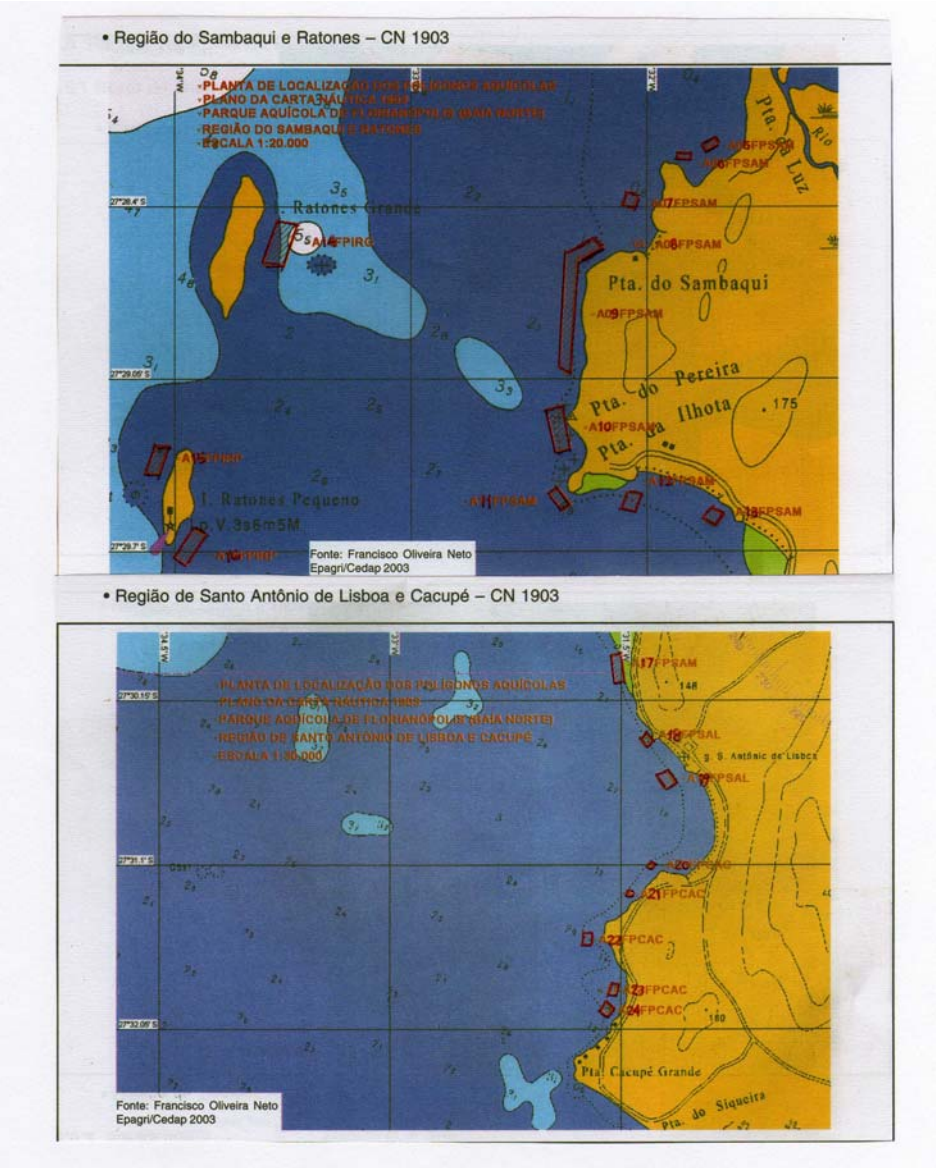
3.2.3 Amostragem

Para seleção amostral do conjunto de maricultores do Norte da Ilha de Santa Catarina, nas regiões do Sambaqui e de Santo Antônio de Lisboa e Cacupé, obtive

junto ao Instituto de Geração de Oportunidades de Florianópolis (IGEOF[34]), em agosto de 2005, uma relação de produtores trabalhadores da maricultura e, junto à Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina S.A. (EPAGRI), a demarcação dos polígonos ou áreas aqüicolas para produção de moluscos naquela região (OLIVEIRA NETO, 2005) que, naquele período, compreendiam um total de 20 áreas (do número 05 ao 24) situadas ao longo da costa marítima que margeia os 3 bairros de estudo. As áreas recebem um código, que identifica o município e a região de sua localização, por exemplo, A05FPSAM, representando a área 05 (A05) do município de Florianópolis (FP), no bairro Sambaqui (SAM). Dentre essas áreas, as de números 14, 15 e 16, localizadas nas ilhas de Ratones grande (IRG) e Ratones pequeno (IRP), são de uso do Laboratório de Cultivo de Moluscos Marinhos (LCMM) da UFSC para produção de sementes; as áreas números 18 e 19 estavam desativadas e as de números 06 e 17 estavam sem uso, resultando em funcionamento 13 áreas. Cada área pode ter um ou mais de um lote, sendo responsável junto ao órgão fiscalizador somente um produtor por lote, totalizando, via de regra, tantos produtores quantos lotes houver em cada área. Na região em estudo, estavam subdivididas em lotes as áreas números 09, 10, 12, 13, 20, 21 e 22. A Figura 5 mostra as áreas demarcadas nas regiões de estudo.

[34] IGEOF - Instituto de Geração de Oportunidades de Florianópolis foi criado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis em dezembro de 2003, para promover oportunidades sustentáveis de renda na capital de Santa Catarina. O IGEOF evoluiu a partir do trabalho feito pela maricultura no extinto EMAPA– Escritório Municipal de Agropecuária, Pesca e Abastecimento. Todas as tarefas relacionadas à aqüicultura, agricultura e pecuária estão a cargo desse órgão (LEI COMPLEMENTAR n. 129/2003. Diário Oficial do Estado - 08/01/2004 Florianópolis, 19 de dezembro de 2003).

Figura 5: Áreas aqüicolas nas regiões de Sambaqui, Santo Antônio de Lisboa e Cacupé. Florianópolis/SC. 2005.



Fonte: Oliveira Neto. *Diagnóstico do cultivo de moluscos em Santa Catarina*. Florianópolis: EPAGRI, 2005. pp. 36-37.

Em agosto de 2005 encontrava-se registrado junto ao órgão fiscalizador um total de 30 produtores[35] (Anexo 4). Com base na planilha demonstrativa das áreas e lotes de produção, a amostra da população de maricultores do norte da Ilha de Santa Catarina foi definida a partir dos seguintes critérios:

[35] O LCMM/UFSC possui um lote na área 10 e outro na área 12, utilizados como campo de estágio de estudantes universitários, com desenvolvimento de atividades de reprodução de ostras e comercialização restrita de sementes e, portanto, não foi considerada como "produtor maricultor" para efeitos desta pesquisa.

1) entrevistar o produtor responsável pela área com apenas 1 lote;

2) entrevistar pelo menos 1 produtor responsável por lote em áreas com 2 lotes

3) entrevistar pelo menos metade do total de produtores responsáveis por lote em áreas com mais de 2 lotes.

Considerando o total de 20 áreas e 44 lotes demarcados, dos quais somente 30 estavam em uso no período de coleta de dados, foram entrevistados 18 produtores com a seguinte distribuição (Quadro 4):

Quadro 4: Áreas demarcadas para cultivo de ostras e mexilhões e número total de lotes, lotes úteis com produtor maricultor e de produtores maricultores participantes da pesquisa. Florianópolis/SC. Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis/IGEOF. Agosto/2005.

área	nº de lotes	nº lotes úteis com produtor	nº produtores participantes da pesquisa	lotes úteis x participantes da pesquisa
05fpsam	1	1	1	1 - 1
06fpsam	1	0	0	0 - 0
07fpsam	1	1	1	1 - 1
08fpsam	1	1	0	1 - 0
09fpsam	9	7	3*	7 - 3
10fpsam	3	2	2	2 - 2
11fpsam	1	1	1	1 - 1
12fpsam	3	1	1	1 - 1
13fpsam	5	4	2	4 - 2
14fpirg	1	0	0	0 - 0
15fpirp	1	0	0	0 - 0
16fpirp	1	0	0	0 - 0
17fpsam	1	0	0	0 - 0
18fpsal	1	0	0	0 - 0
19fpsal	1	0	0	0 - 0
20fpsal	4	4	2	4 - 2
21fpsal	5	5	3**	5 - 3
22fpcac	2	1	0	1 - 0
23fpcac	1	1	1	1 - 1
24fpcac	1	1	1	2 - 1
total	**44**	**30**	**18**	**30 - 18**

* excluindo 2 entrevistas-piloto
** excluindo 1 entrevista-piloto

O cultivo de moluscos em Santa Catarina foi autorizado pelo IBAMA em outubro de 2003 (IBAMA, 2003), mediante Termo de Ajustamento de Conduta

(TAC)[36] de acordo com a demarcação por área de produção. Em julho de 2006, o IBAMA editou a Instrução Normativa nº107 (IBAMA, 2006), prorrogando o prazo dos TACs por mais 2 anos, somente para uma lista de maricultores, dentre os quais permaneceram autorizados somente 21 produtores dos bairros Sambaqui, Santo Antônio de Lisboa e Cacupé.

A seleção dos profissionais de saúde para participação na pesquisa se deu considerando as duas equipes de Saúde da Família do único Centro de Saúde no distrito de Santo Antônio de Lisboa. Foram entrevistados todos os profissionais que compõem estas equipes (dois médicos, duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem) e mais dois Agentes Comunitários de Saúde, totalizando 8 profissionais, sendo tais profissionais os representantes do componente operativo do Estado na implementação da Política de Saúde do Trabalhador.

Por último, foram entrevistados os responsáveis pela área de Saúde do Trabalhador nos âmbitos local, municipal e estadual, totalizando 3 participantes, representantes do componente formulativo do nível estatal na implementação da Política de Saúde do Trabalhador.

3.2.4 Aspectos ético-legais

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As informações fornecidas pelas pessoas participantes desta pesquisa são confidenciais, garantido seu anonimato por meio do uso de códigos alfanuméricos, como por exemplo: M01, significando o maricultor entrevistado, que de uma lista de 18, recebeu aleatoriamente o número 1; P01, significando o profissional do Centro de Saúde, que de uma lista de 8 recebeu o número 1, também aleatoriamente; e G01, significando o gestor, que de uma lista de 3 recebeu o número 1 da mesma

[36] O TAC é o instrumento legal fornecido ao produtor em cumprimento às exigências do IBAMA, até que sejam regulamentados por aquele órgão os critérios e procedimentos para autorização de licença ambiental para a maricultura.

forma; e assim sucessivamente. Convém destacar que as fases da instância de validação operativa somente tiveram início após oferecer aos participantes uma ampla explicação sobre o propósito e processo da pesquisa e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido. Durante a explicação foram assegurados: o anonimato das identidades, a confidência das informações e o direito de recusar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento.

3.2.5 Fontes, instrumentos e técnicas de coleta e registro de dados

As fontes, instrumentos e técnicas de coleta e registro de dados seguiram o plano de atividades previamente desenhado e apresentado no projeto de pesquisa, no qual já considerávamos a possibilidade de encontrar uma grande diversidade de situações. As fontes de dados são fontes de informação, isto é, sistemas tecnológicos socialmente habilitados, de operação sobre a realidade estudada (SAMAJA, 2005). A coleta de dados de múltiplas fontes, denominada triangulação metodológica (MITCHELL, 1986), é feita a partir de diferentes métodos ou procedimentos em um mesmo estudo e tem o objetivo de abranger, de forma mais acurada, as várias perspectivas do objeto. Nesta pesquisa, as informações foram obtidas por meio de:

- fontes primárias: através de observação direta participante em campo; entrevistas dirigidas/guiadas com maricultores, profissionais de saúde e gestores do sistema de saúde, participação em reuniões da Associação de Maricultores do Norte da Ilha de Santa Catarina (AMANI).
- fontes secundárias diretas e indiretas: através de consulta a documentos e registros obtidos junto à unidade de saúde sede do distrito sanitário, à AMANI; às instituições públicas atuantes no ramo da maricultura (IGEOF, EPAGRI, Secretaria Municipal e Estadual de Saúde); e informes sobre este tema.

Os modelos dos instrumentos de coleta, tanto das fontes primárias, quanto secundárias, encontram-se no Apêndice 2.

a) Projeto Piloto

O Projeto piloto é o momento inicial da instância de validação operativa, ou seja, é o primeiro passo na coleta e processamento de dados, que tem por finalidade conferir validade (relacionada à definição das dimensões das variáveis) e confiabilidade (relacionada à construção dos instrumentos) (SAMAJA, 2005). Nesta pesquisa foi realizado o projeto piloto, a partir de entrevistas com três maricultores, tendo por referência a lista de produtores vinculados à Associação de Maricultores do Norte da Ilha (AMANI). Estas entrevistas foram realizadas no mês de agosto de 2005, e orientaram a pesquisadora na sistematização do método de agendamento e na adequação de horário e local de realização das entrevistas. Os resultados do projeto piloto permitiram avaliar preliminarmente o instrumento de coleta (roteiro de entrevista) nos quesitos: tempo, conteúdo e interpretação, e sanar possíveis dificuldades que pudessem interferir no momento da entrevista.

b) Fontes primárias:

A coleta de dados primários ocorreu em três momentos, com técnicas e instrumentos distintos.

O primeiro momento, caracterizado como um estudo de caso, de natureza exploratória e descritiva, ocorreu junto a um grupo de maricultores, parte do universo de estudo, trabalhadores de uma Fazenda de Criação de Moluscos Marinhos, localizada no bairro de Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis/SC, no período de maio a julho de 2004 (dois dias por semana). Esse levantamento teve o propósito de conhecer e interagir com elementos característicos do processo de trabalho (objeto, ambiente, organização do trabalho, instrumentos e produto) do grupo de maricultores, identificando riscos à saúde e a possibilidade de uso dos serviços

públicos de saúde. Segundo Minayo-Gomez e Lacaz (2005, p. 799), a análise do processo de trabalho “é uma ação teórico-prática potente, pois permite identificar transformações necessárias a serem introduzidas nos locais e ambientes para a melhoria das condições de trabalho e saúde”. Utilizei a técnica de observação direta participante (RICHARDSON, 1999, p. 261), através de participação nas atividades e rotinas laborais. Além disso, realizei entrevistas não estruturadas (RICHARDSON, 1999, p. 208) a todos os trabalhadores/produtores daquela unidade de trabalho e registros em diário de campo. Os resultados desse estudo ofereceram subsídios para confirmar as unidades de análise e delinear as variáveis de interesse para a execução desta pesquisa. Foram organizados em formato de artigo, para envio a revista qualificada (Anexo 1).

O segundo momento, caracterizado como atividade de grupo, deu-se por meio de observação sistemática (RICHARDSON, 1999, p. 261) em reuniões ordinárias da AMANI, mensalmente às primeiras quartas-feiras, a partir das 19:30h, no período março a dezembro de 2005, com a devida autorização do presidente da associação e anuência dos membros. Excetuando feriados (07/09 e 02/11) e cancelamentos justificados (07/12), participei de sete reuniões naquele período, com o intuito de conhecer e participar de um contexto social importante de interação dos maricultores do norte da Ilha de Santa Catarina, onde se expressam seus objetivos, valores, normas e crenças. Nestas reuniões, o método e a coordenação permaneceram com o presidente da associação, com registros oficiais (atas) realizados por secretário designado. Os registros de campo da pesquisa foram realizados em documento próprio da pesquisadora, colocados à disposição para consulta dos maricultores associados.

O terceiro momento ocorreu com a realização de entrevistas dirigidas/guiadas (RICHARDSON, 1999, p. 210) no período de janeiro a março de 2006, com base no levantamento prévio de variáveis consideradas relevantes. Foram realizados três conjuntos de entrevistas: com os maricultores; os profissionais de Saúde da Família do Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa; e os responsáveis técnicos / gestores da Política de Saúde do Trabalhador. Essas entrevistas eram realizadas individualmente, nos seus respectivos locais de trabalho, com agendamento prévio por telefone ou pessoalmente, com duração máxima de 60 minutos (maricultores) e 30 minutos (profissionais e gestores). Todos os participantes da pesquisa

autorizaram a gravação das falas. O roteiro de entrevista dirigida/guiada para os maricultores passou pela avaliação de três trabalhadores dessa atividade, durante a realização do projeto piloto (comentado anteriormente), que contribuíram para ajustar a ordem das perguntas e algumas das formulações para uma melhor expressão do que era pretendido. Esta técnica de coleta apresentou algumas dificuldades como, por exemplo, o controle da quantidade de fala do entrevistado (demais ou de menos), a percepção do estado emocional do entrevistado e sua disposição em oferecer informações precisas. Não foi possível agendar entrevista com os produtores das áreas 8 e 22. O Quadro 5 apresenta uma síntese dos momentos, técnicas e instrumentos de coleta e registro de dados.

Quadro 5: Momentos, técnicas e instrumentos de coleta e registro de dados

Momento	Técnica de coleta	Instrumento de coleta
primeiro	observação direta e entrevistas não estruturadas	livro de registro – diário de campo
	participação em atividades laborais	livro de registro – diário de campo
segundo	observação sistemática em reuniões da AMANI	roteiro de anotações dos assuntos das reuniões. livro de registro – diário de campo
terceiro	entrevistas com os maricultores	roteiro de entrevista dirigida/guiada
	entrevistas com os profissionais de Saúde da Família	roteiro de entrevista dirigida/guiada
	entrevistas com os responsáveis técnicos / gestores da Política de ST	roteiro de entrevista dirigida/guiada

c) Fontes secundárias:

Para a coleta de dados secundários foi utilizada a técnica de levantamento e análise documental (RICHARDSON, 1999, p. 230), de natureza essencialmente temática, no que se refere ao levantamento de informações sociais e cronológicas vinculadas aos objetivos deste estudo. Foram consultadas e analisadas as atas de reuniões de AMANI referentes ao ano de 2005. O livro de atas (registro, controle e guarda) está sob a responsabilidade do secretário da associação. Os apontamentos das informações registradas nas atas e de interesse desta pesquisa foram realizados no livro de registros de campo. Além do livro de atas, obtive junto ao responsável na EPAGRI, os mapas e o registro da demarcação de lotes marítimos e

junto ao responsável no IGEOF, a relação de maricultores e respectiva distribuição de lotes.

As informações sobre o Programa Saúde da Família e funcionamento do Centro de Saúde e distrito de Santo Antônio de Lisboa foram obtidas junto à Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, podendo ser consultadas na página da instituição na internet – www.pmf.sc.gov.br/saude - uma rica base de dados sobre informações em saúde do município e sobre o Pacto de indicadores da Atenção Básica, entre outras. Estas informações contribuíram para a descrição do estado da arte, no que se refere ao componente operativo do nível estatal, bem como da comunidade local e das características funcionais do Centro de Saúde.

Finalmente, as informações sobre a legislação relativa à atenção básica da saúde e à política de saúde do trabalhador (período 2003-2005 e sua atualização em 2006, com o Pacto pela Saúde) foram obtidas junto à Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, na página www.saude.sc.gov.br (tópicos de legislação; pacto de gestão; programas e projetos especiais – saúde do trabalhador, entre outros) e também junto ao Coordenação de Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde, na página www.saude.gov.br. Uma lista da legislação que compõe a Política de Saúde do Trabalhador encontra-se no Anexo 5. Estas informações contribuíram para a descrição do estado da arte, no que se refere ao componente formulativo do nível estatal e subsidiam a composição do contexto da saúde, no qual se inserem os trabalhadores.

3.2.6 Tratamento e análise de dados: critério e dimensões

Toda explicação científica, isto é, toda informação para ser compreendida cientificamente, requer um conjunto de tarefas de processamento de informações relativas ao objeto de estudo ou fenômeno de interesse, efetuadas sob um certo marco teórico. Para Samaja (2005, p. 282), a explicação científica tem o objetivo de

“transformar os fatos da realidade mediante os esquemas cotidianos em dados: leitura de indicadores que possam ser interpretados como valores de certas variáveis em certas unidades de análise”.

Nesta pesquisa, o tratamento/processamento e análise dos dados buscou traduzir a realidade estudada à linguagem das matrizes de dados, no sentido de especificar os sujeitos (unidades de análise – U/A) dos quais se produz a informação; as características (variáveis - V) implícitas na informação; e as situações particulares (valores – R) que tais características informam. Para tanto, seguiu o critério proposto por Samaja (2005, p. 286-296), que combina duas dimensões: uma estrutural e outra dinâmica. A dimensão estrutural tem a finalidade de contemplar as diferenças segundo o componente da matriz de dados: unidade de análise (U/A); variável (V); valor (R). A dimensão dinâmica, com a finalidade de distinguir as diferentes estratégias ou esquemas de investigação.

Do ponto de vista da dimensão estrutural, o tratamento e a análise dos dados foram realizados centrando o foco em seus distintos componentes:

1) foco centrado nos valores, isto é, na informação pertencente a uma única variável, para obter um diagnóstico/medida das unidades de análise. Nas entrevistas realizadas, os valores estão representados nas falas / respostas / expressões / manifestações de cada entrevistado. O foco nos valores precedeu as demais tarefas, haja vista a necessidade de agregar ou sintetizar uma ou mais subvariáveis (dimensões das variáveis). A síntese dos valores, ou seja, das falas dos entrevistados, foi obtida a partir de critérios definidos pela pesquisadora para classificar a informação qualitativa, para agrupar os atributos, com elaboração de tipologias, que possibilitaram a descrição de cada variável para cada unidade de análise.

2) foco centrado nas unidades de análise, isto é, nos diferentes sujeitos de pesquisa – maricultores; profissionais de saúde (componente operativo do nível estatal); e gestores de saúde (componente formulativo do nível estatal). A análise centrada na unidade de análise considera os diferentes valores (falas / expressões) apresentados para cada uma das variáveis, e que não podem ser somadas.

Nestes dois componentes da matriz de dados (valor e unidade de análise), a técnica empregada foi a de análise de conteúdo das falas / expressões obtidas com as entrevistas dirigidas/guiadas. A análise de conteúdo realizada fundamentou-se principalmente em Bardin (1977) e Richardson (1999) e consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a diversas formas de expressões orais ou escritas. A organização da análise de conteúdo envolveu três fases: a) pré-análise, cujo objetivo foi o de tornar as idéias iniciais operacionais e sistematizadas; b) exploração do material, na qual foram realizadas as operações de codificação; e c) análise/inferência e interpretação dos resultados. Dentre as técnicas de análise de conteúdo, busquei também proceder uma análise das relações (ou de co-ocorrências ou de contingências) (BARDIN, 1977), que procura avaliar não só freqüências dos elementos do texto, mas também as associações entre eles.

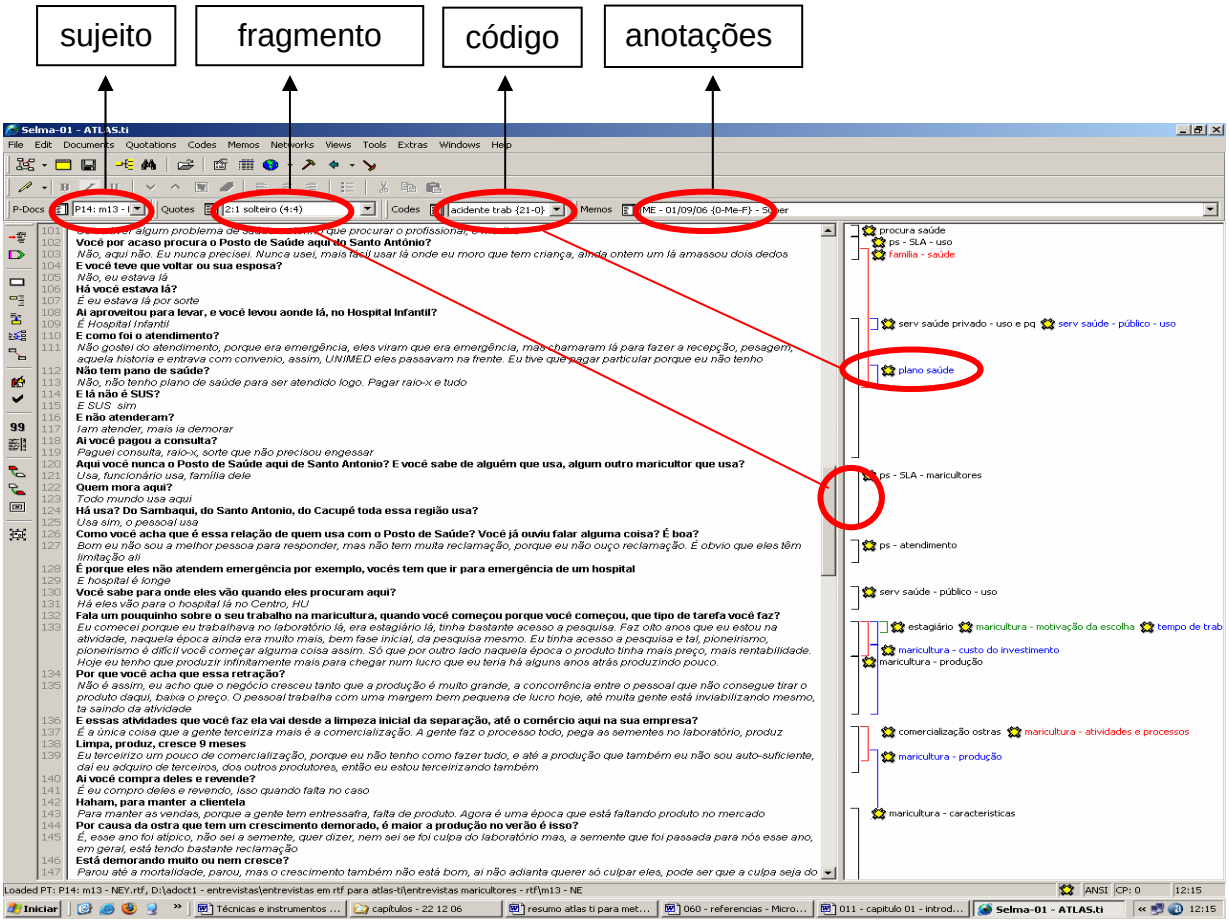
3) foco centrado nas variáveis e suas dimensões, isto é, nas características ou aspectos delimitados que, ao nosso ver, contribuem para descrever o conjunto dos maricultores; dos profissionais de saúde e dos gestores (Apêndice 1), no que diz respeito à saúde dos trabalhadores maricultores, informando sobre o comportamento da população de estudo para cada um daqueles aspectos. Neste componente, a técnica utilizada foi a da estatística descritiva, utilizando procedimentos e medidas de freqüência, posição e variabilidade (FONSECA e MARTINS, 1994) dos valores obtidos, ou seja, das falas / respostas oferecidas pelos entrevistados.

Do ponto de vista da dimensão dinâmica, esta pesquisa guiou-se pelas estratégias exploratória e descritivo-analítica para tratamento e análise dos dados, concentrando-se principalmente: 1) nos valores (R), ou seja, nas falas / respostas / expressões / manifestações espontâneas dos entrevistados que, a partir de critérios definidos pela pesquisadora, permitiram estabelecer classificações e re-agrupamentos dos atributos para descrição da variável para o conjunto dos sujeitos (esquema exploratório); 2) nas variáveis (V), isto é, nas características e aspectos que contribuem para informar como se comportam os sujeitos da pesquisa - unidades de análise, em relação a cada variável (esquema descritivo-analítico).

O processamento mecânico para análise dos dados primários foi feito com o apoio do programa ATLAS.ti, versão 5.0. O ATLAS.ti é uma ferramenta informática cujo objetivo é facilitar a análise qualitativa de grandes volumes de dados textuais

(JUSTICIA, 2003) e permite agilizar muitas das atividades implicadas nesse processo, tais como segmentação do texto, codificação, comentários e anotações. Nesta pesquisa, foi criado um arquivo armazenado em disco rígido de microcomputador, composto pelos seguintes elementos: dados primários, que incluem todas as entrevistas realizadas em seu estado original; fragmentos selecionados em cada entrevista de acordo com as variáveis definidas; códigos para os fragmentos; agrupamento (famílias) de códigos, agrupamento (famílias) dos sujeitos da pesquisa/ unidades de análise. Um exemplo da tela principal de trabalho com o ATLAS.ti é mostrado na Figura 6, no qual se observam seus distintos elementos.

Figura 6: Tela principal de trabalho com o ATLAS/ti



A análise dos valores e das variáveis para cada conjunto de sujeitos – maricultores, profissionais e gestores, e o confronto de informações obtidas por meio de diferentes fontes, incluindo a análise documental, subsidiaram a discussão dos

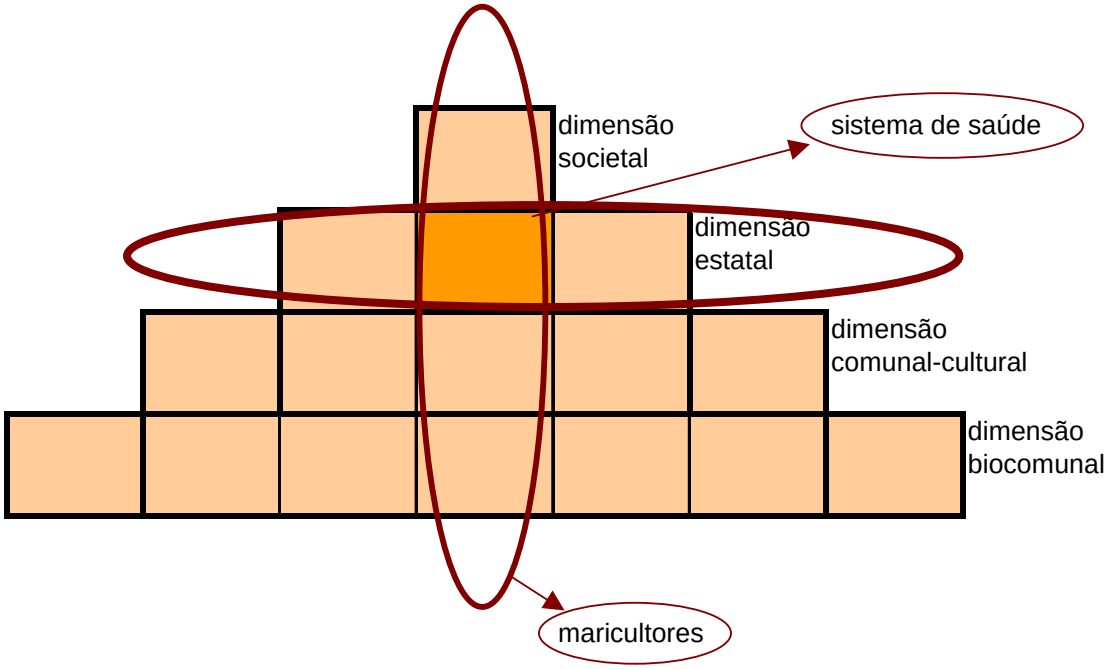
resultados e permitiram estabelecer inferências sobre a interação entre os maricultores e o sistema público de saúde, apresentadas no próximo capítulo.

Antes, porém, é necessário comentar sobre algumas restrições, apesar do rigor exercido no emprego de procedimentos e análise dos dados. Em relação aos dados brutos ou valores, a obtenção de informações por meio de consulta verbal está associada ao sentido dado pelo informante sobre o tema, muito embora entre a realidade mesma e a apreensão dessa realidade há sempre o intermeio que é a percepção ou sensibilidade dos sujeitos envolvidos na investigação (SAMAJA, 2004b). Por outro lado, as variáveis e suas dimensões, delimitadas nesta pesquisa, apesar de apresentarem-se significativas de acordo com o referencial adotado, não esgotam as possibilidades do tema. O levantamento e proposição de outras variáveis poderiam contribuir para enriquecer o debate deste assunto, talvez como sugestão para estudos posteriores. Para efeitos desta pesquisa e considerando os objetivos propostos, restringimos a abordagem às variáveis selecionadas. Finalmente, convém assinalar que a utilização de modelos teóricos nos processos investigativos tem aplicação específica, e serve para auxiliar na compreensão da realidade, de uma forma provisória, uma vez que todo modelo é uma representação do mundo real e não a realidade mesma.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo diz respeito às fases e momentos da instância de validação operativa, relativamente à análise de dados, incluindo o processamento das informações, interpretação e discussão dos resultados, à luz das hipóteses e dos objetivos formulados. Subdivide-se em três partes: a primeira apresenta as dimensões do processo de Reprodução Social do maricultores entrevistados, com enfoque no processo saúde-enfermidade-atenção, no contexto da Política de Saúde do Trabalhador. A segunda parte trata especificamente dos componentes operativo e formulativo do sistema de saúde, considerados parte da dimensão estatal, responsáveis por oferecer respostas políticas às demandas da sociedade. A partir da descrição desses processos, foram discutidas as interações – terceira parte - entre trabalhadores maricultores e o sistema de saúde, de acordo com a delimitação proposta nesta pesquisa, buscando ressaltar possíveis conflitos e tensões presentes nas interações. A Figura 7 mostra como se define esta abordagem: numa perspectiva vertical, o processo da reprodução social dos maricultores, que inclui as diferentes dimensões articuladas: reprodução biocomunal, comunal-cultural , das relações jurídico-estatais e a reprodução dos meios de vida; numa perspectiva horizontal, com recorte na dimensão estatal, representando os mecanismos de operação do Estado para atender as demandas sociais, em especial da saúde-enfermidade-atenção, particularizada nesta pesquisa .

Figura 7: Foco de análise das interações entre trabalhadores maricultores e o sistema de saúde, segundo a Teoria da Reprodução Social



Fonte: Adaptado com base em Samaja (2000a; 2004a)

4.1 OS MARICULTORES E O PROCESSO DA REPRODUÇÃO SOCIAL

4.1.1 Reprodução biocomunal

A dimensão biocomunal da Reprodução Social significa que os membros de uma sociedade devem reproduzir suas condições como organismos vivos sociais. Isto significa que além de sua reprodução corporal, há também a implicação da reprodução da rede de inter-relações que constroem o meio comunal, no qual os

sujeitos se realizam como indivíduos e produzem os novos membros da comunidade. Nesta dimensão da reprodução social foram definidos 2 conjuntos de variáveis. Uma que trata de cada sujeito mesmo como indivíduo e outra que trata de cada sujeito e suas relações (psico-afetivas e de subsistência) no núcleo familiar.

Particularmente com o tema saúde, buscou levantar variáveis, cujas dimensões pudessem traduzir o entendimento do que é necessário para ter saúde e, em sendo o necessário, se é dada uma atenção naquele sentido pelo sujeito; a percepção de cada sujeito sobre seu(s) problema(s) de saúde; os modos de prevenção e/ou tratamento aos problemas de saúde percebidos pelo sujeito; a percepção que cada sujeito tem de riscos à saúde, particularmente os ocupacionais, e seus meios de prevenção.

a) Os sujeitos maricultores

Com relação ao primeiro conjunto de variáveis, que trata de cada sujeito mesmo como indivíduo, foram selecionadas variáveis relacionadas às características pessoais, migrações, concepção de saúde, qualificação de problemas de saúde e qualificação de riscos.

As características individuais (Quadro 6) exploradas foram idade, sexo, estado civil e escolaridade. Do total de 18 produtores da maricultura entrevistados, apenas 2 são mulheres. O mais jovem tem 24 anos e o mais idoso, 80 anos. Considerando que a maricultura se instalou em meados da década de 80, principalmente com a população de ex-pescadores da região, é de se destacar a presença de pessoas com idade superior a 40 anos, um pouco mais da metade do total dos entrevistados. Os maricultores por faixa de idade estão assim divididos: 4 maricultores com até 30 anos; 3 na faixa de 31 a 40 anos; 4 na de 41 a 50 anos; 6 na de 51 a 60 anos e 1 com mais de 60 anos.

A maioria (14) mantém vida conjugal, sendo 12 casados e 2 em situação de relação estável. 3 são solteiros e 1 está em processo de separação matrimonial. O nível de escolaridade dos entrevistados varia de 1º grau incompleto a 3º grau, assim distribuído: 5 possuem 1º grau incompleto; 3 possuem 2º grau incompleto; 3

possuem 2º grau completo, um possui 3º grau incompleto e 6 possuem 3º grau. A formação em nível superior é representativa neste grupo, caracterizada nas profissões de economista, engenheiro químico, biólogo, agrônomo e engenheiro aqüicultor.

Quadro 6: Características pessoais dos maricultores entrevistados. Florianópolis/SC. 2005-2006.

Características pessoais			
Idade	**Sexo**	**Estado civil**	**Escolaridade**
24	masc	solteiro	2º grau incompleto
26	masc	solteiro	3º grau
28	masc	solteiro	2º grau completo
29	fem	relação estável	3º grau incompleto
33	masc	casado	3º grau
34	masc	casado	3º grau
35	masc	relação estável	3º grau
41	masc	casado	2º grau completo
44	masc	casado	1º grau incompleto
49	masc	casado	2º grau incompleto
50	masc	casado	2º grau incompleto
51	masc	casado	3º grau
53	masc	casado	1º grau incompleto
55	masc	casado	2º grau completo
56	masc	casado	1º grau incompleto
58	fem	em separação	3º grau
60	masc	casado	1º grau incompleto
80	masc	casado	1º grau incompleto

As migrações são um fenômeno coletivo, determinadas na maior parte das vezes por razões de ordem econômica, na expectativa de melhores condições de vida. Considerando que a maricultura foi incentivada na região como uma alternativa de trabalho para os pescadores, as dimensões da variável “migrações” foram selecionadas com o objetivo de identificar a naturalidade dos entrevistados, procedência, local de moradia e tempo de residência no bairro. Observou-se que dos maricultores participantes, a maioria (12) é natural de Florianópolis, Santa Catarina, alguns dos quais identificando-se como “manezinho da ilha”, “mané com muito orgulho”, com residência na Ilha “desde que nasceram”.

Dos demais entrevistados, apenas um é natural e procedente de outro município de Santa Catarina (Itajaí) e os demais são naturais e procedentes de outros estados (São Paulo e Rio Grande do Sul). Os maricultores procedentes de outros municípios vivem em Florianópolis há mais de 10 anos. Os bairros de residência situam-se na região norte da Ilha: Santo Antônio de Lisboa (7), Sambaqui (7), João Paulo (2), Cacupé (1) e Praia do Forte (1).

Com relação à história laboral do grupo, foram exploradas as dimensões relacionadas aos antecedentes ocupacionais; ao tempo de trabalho na maricultura; e a(s) atividade(s) profissional(is) atual(is), buscando destacar a exclusividade no trabalho da maricultura. Mais da metade (11) do grupo de maricultores entrevistados vêm de uma tradição da pesca, dentre os quais 9 possuem carteira profissional na modalidade de pescador. Ou eram somente pescadores (5) ou eram pescadores e também desenvolviam uma outra atividade paralela à pesca, como o ramo da prestação de serviços ou a construção civil (6). Os maricultores mais jovens (3), isto é, com menos de 30 anos, têm a maricultura como primeira atividade laboral. Apenas um maricultor não comentou sobre seus antecedentes laborais.

Em situações de trabalho que demande exposição a eventos ou agentes nocivos ligados de forma indissociável à produção do bem ou serviço ou produto, é importante averiguar o tempo de permanência do trabalhador numa mesma atividade, devido ao impacto que pode provocar em sua saúde. No grupo estudado, o tempo de permanência dos produtores no ramo do cultivo marinho pode ser dividido em 3 períodos: menos de 3 anos, com 1 produtor iniciante, embora com formação em nível superior em área correlata; de 3 a 10 anos, com 9 produtores; e há mais de 10 anos, com 8 produtores, sendo 4 deles considerados “fundadores” da maricultura na Ilha de Santa Catarina, dentre os 5 que participaram do projeto para criação de ostras nessa região na década de 80.

Todos os maricultores entrevistados são produtores “proprietários”, autorizados para exercer a atividade por meio do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) fornecido pelo IBAMA, podendo estar em sociedade formal ou informal com outros produtores.

> Eu sou proprietário assim, eu tenho uma licença ambiental[37] para isso, eu não sou dono do mar. Eu tenho uma licença que dá direito de usar aquele espaço de 50x170 no mar. Eu tenho a primeira licença ambiental da maricultura. [...]. A minha profissão, eu era um extrativista, eu ia buscar aquilo na natureza que eu não plantei e a idéia deste projeto era trabalhar em microbacias para usar o ambiente de forma racional, sem depredar. (M18)

Sete são produtores maricultores, que exercem a atividade da maricultura de forma exclusiva; os demais (11) atuam na maricultura, mas exercem também uma outra atividade remunerada: 6 são produtores que exercem outra atividade ligada à maricultura ou ao mar, tal como a pesca ou o comércio em bar e restaurante de sua propriedade, que contribui para a venda do produto; e 5 exercem, além da maricultura, outra ocupação sem vínculo com esta atividade, tal como funcionalismo público estadual (2 casos) ou federal (1 caso) e comércio (2 casos).

Os que têm outra atividade, ligada ao comércio, são jovens e atuam na maricultura há menos de 10 anos. Embora se manifestem como apaixonados pela maricultura, sentem-se desmotivados, devido à perda da produção e ao alto investimento, e buscam outras fontes de renda, complementares à atividade atual. O horário de trabalho, junto à administração estadual, dos maricultores que atuam também no funcionalismo público estadual se dá no período noturno, levando a desenvolver um horário de trabalho alternativo para a produção e cultivo da ostra. Os 2 casos que se encontram nesta situação comentam sobre o desconforto físico e emocional gerado, porém, mesmo reconhecendo que os benefícios financeiros oferecidos pela maricultura têm sido maiores, admitem a segurança e estabilidade, além do tempo de serviço, como fatores determinantes de permanência no emprego público.

Do total de entrevistados, 6 possuem plano de saúde complementar: sendo os 3 os que atuam também no funcionalismo público, 1 na condição de cônjuge de funcionária pública, e 2 por opção.

[37] De fato é um TAC - Termo de Ajustamento de Conduta

b) O indivíduo maricultor e a saúde

Na busca da compreensão de cada sujeito mesmo como indivíduo, dos aspectos da reprodução da saúde no sentido biológico, que compõem uma parcela do arcabouço da dimensão biocomunal, foram considerados relevantes os juízos manifestados sobre o que é necessário para ter saúde e respectivo modo de agir; sobre o(s) problema(s) de saúde atual(is) ou passado(s); e os modos de prevenção aos problemas de saúde identificados.

Quando perguntados sobre o que é necessário para ter saúde, a maioria (14) dos maricultores comentou seu entendimento com mais de resposta. Assim, os maricultores do norte da Ilha de Santa Catarina consideram que para ter saúde é necessário alimentar-se bem, requisito citado por 11 deles. A realização de algum tipo de atividade física é também considerada necessária para ter saúde, seja através do esporte (4 entrevistados) como caminhada, bicicleta ou prática desportiva, seja por meio de lazer (3 entrevistados), por exemplo baile, encontro com amigos. Há os que consideram (4 maricultores) como necessário para ter saúde um acompanhamento médico periódico e o acesso a serviços de saúde (médico, medicamento, exames, e plano de saúde). Sentir-se bem emocional, psicológica ou espiritualmente, com uma vida tranqüila, em harmonia, sem estresse são também requisitos considerados por 9 sujeitos como necessários para ter saúde. A moderação, o equilíbrio e/ou a coerência nos hábitos de vida, evitando excessos ou exageros são itens necessários para 6 entrevistados. Também foram citadas as condições de não fumar e ter objetivos na vida como necessário para ter saúde. Outros 7 maricultores lembraram que esta é uma questão bastante ampla, que vai desde os aspectos genéticos até os relacionados à cidadania, transitando por entre as necessidades biológicas, psicológicas e sociais, estas últimas relacionadas ao trabalho e renda, saúde e educação no trabalho.

> Primeiramente se alimentar bem, fazer esporte ou exercício, qualquer atividade física que te de disposição e tentar equilibrar os bons e os maus hábitos que cada um tem, e o resto se cuidar.(M03)

> Uma vida tranqüila, com objetivos que façam bem, não material, mais que façam o bem, lógico uma parte do material é bom mais não essa ambição de que tem que conseguir, tem que ta sempre tentando ter mais coisas acho

> que é um objetivo que não leva a nada, sempre o objetivo visa melhorar o teu astral sempre, sempre, sempre! (M08)
>
> Um bom plano de saúde. Essa é a realidade. Uma boa alimentação e evitar o stress, como se diz. (M12)
>
> Eu acho que a gente tem que ter uma boa alimentação, tem que ter uma vida que tem que ter algum lazer, tem que ter amigos para a gente conversar de vez em quando, que faz parte. Acho que é isso. Não precisa de muito dinheiro para viver bem, pra ter saúde, mas eu acho que ter um relacionamento com outras pessoas, comer bem, dar risada, isso tudo faz parte da saúde (M14)

Uma vez argumentado o que consideram ser necessário para ter saúde, a maioria (12) dos entrevistados comentou seu comportamento. De um modo geral e dentre as alternativas por eles expostas, citam cuidar da alimentação e, sempre que possível, realizar alguma atividade física, mesmo que seja andar (a pé ou de bicicleta) ida e volta do trabalho. Desfrutar de atividades de lazer, de uma vida considerada tranqüila e manter acompanhamento médico periódico foram as outras atividades comentadas. Os demais maricultores (6) não relataram o que fazem frente ao que consideram como necessário.

Com relação à variável “problemas de saúde”, procurou-se identificar a ocorrência e tipo de tais problemas, bem os modos ou meios de prevenção e de tratamento.

Dos maricultores entrevistados, 9 afirmaram ter algum problema de saúde nos dias de hoje, porém todos confirmaram alguma ocorrência em anos anteriores. Aos problemas descritos pelos maricultores, somente um não informou sobre o tratamento realizado (M04). Sobre os meios ou modos de prevenção para os problemas de saúde, 15 confirmaram utilizar algum meio de se prevenir, 2 negaram e 1 não informou. A tabela x resume a ocorrência de problema(s) de saúde, meios de prevenção e tratamento do(s) problema(s) correspondente às declarações de cada maricultor. (Quadro 7)

Quadro 7: Ocorrência de problema(s) de saúde, meios de prevenção e tratamento do(s) problema(s), conforme declaração em entrevista por maricultor. Florianópolis, SC. 2005-2006.

	problema(s) de saúde				tratamento do(s) problema(s)			meios de prevenção		
	atual(is)		anterior(es)							
	sim	não	sim	não	sim	não	NI*	sim	não	NI
M01	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0
M02	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0
M03	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0
M04	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0
M05	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1
M06	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
M07	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
M08	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0
M09	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0
M10	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0
M11	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0
M12	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
M13	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0
M14	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
M15	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
M16	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
M17	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
M18	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
total	9	9	18	0	17	0	1	15	2	1

* NI = não informou

É importante destacar além da ocorrência, os tipos de problemas apontados e a maneira como os maricultores crêem prevenir e também como trataram problemas passados e/ou vêm buscando resolver os que ainda permanecem, quer aqueles de natureza aguda, quer crônica. 6 maricultores relataram mais de um problema de saúde na atualidade.

Os problemas de saúde citados e que se manifestam na atualidade foram: diabetes, dor pélvica, enxaqueca, epilepsia, câncer de tireóide e de pele, varizes e estresse. Ciatalgia foi citada por 2 maricultores e hipertensão arterial por 3 deles. 2 maricultores comentaram estar em tratamento para hérnia de disco e um para hérnia inguinal. Dores na coluna, associadas às atividades laborais, foram citadas por 2 maricultores.

11 maricultores citaram mais de um problema de saúde ocorridos em anos passados. Os problemas citados isoladamente foram rinite alérgica, enxaqueca e pneumonia. 2 maricultores citaram problemas odontológicos, 2 úlcera gástrica e 2 ciatalgia. Dores na coluna foram citadas por 6 maricultores, sendo 5 associadas às atividades laborais. Ferimentos por materiais pérfuro-cortantes foram citados por 7 maricultores, dos quais 4 atribuíram às suas atividade na maricultura. O estresse e a

angústia foram problemas citados por 4 maricultores. Para os problemas como hérnia de disco (citado por 2 maricultores) e inguinal (1 maricultor), tumor benigno (2 maricultores) e cálculos biliares (1 maricultor) foram comentadas as respectivas cirurgias.

> Eu tenho hérnia de disco. Eu operei uma hérnia e agora voltou, por isso, não posso pegar peso. Outro tipo de doença, praticamente não sinto nada. Eu sinto só enxaqueca, então tomo anador, aspirina. Só isso que me dói. É dor de cabeça, que é de família, genético, meu pai sofria muito de dor de cabeça. (M15)

> Eu tenho. Até um tempo atrás eu tive epilepsia e ainda faço tratamento, já estou no terceiro ano de tratamento já, deu duas vezes só, deu 2 crises, e tomo medicação ainda. Meu neurologista me proíbe até certo ponto de fazer a atividade que escolhi, porque é perigoso, como está em contato com a água eu posso ter alguma crise. (M16)

A descrição dos problemas é resultado da percepção do sujeito do problema de saúde que tem ou teve. Os casos apoiados em diagnósticos médicos, motivaram o tratamento clínico ou cirúrgico. Foram narrados diferentes tipos de tratamento: médico-clínico (de controle periódico ou não), médico-cirúrgico, odontológico, terapia alternativa, terapia caseira e/ou auto-medicação, que podem apresentar/ter apresentado ou não resultados positivos. 11 maricultores fazem ou fizeram mais de uma modalidade de tratamento. Quase a totalidade deles (17) utiliza ou utilizou pelo menos uma vez o tratamento médico ou odontológico, dos quais 7 os associam com pelo menos uma terapia caseira (chá, calor, imersão) e 2 com terapia alternativa (yoga, tratamento espírita). Somente 2 maricultores (M05 e M14) afirmaram falta de êxito no tratamento realizado para o problema descrito.

> Atualmente, câncer na tireóide. Não é descontrole da glândula tireóide, a glândula tireóide ela não se descontrolou, não se manifestou. Eu desenvolvi por não saber trabalhar com o que me fizeram em Sambaqui, eu desenvolvi câncer da tireóide, agora estou tratando em um hospital espírita, e depois da quarta cirurgia espiritual (...). Inclusive dia vinte e sete agora eu tenho, eu vou à minha doutora (...), para fazer um controle de como anda esse, se tem alguma coisa ainda, não sei se tem ou não tem. Mas tem que fazer um acompanhamento médico, porque as duas medicinas, as duas frentes trabalham juntas, a espiritual e a física. (M17)

Quando indagados sobre os modos ou meios de prevenção de doenças, os maricultores também citaram mais de uma alternativa com relação ao que costumam fazer para prevenir doenças. Dentre elas são destacadas a pertinência de uma

alimentação adequada (9), a atividade física e prática de esporte (6), o acompanhamento médico, com consultas regulares (6), e técnicas corporais preventivas (postura corporal) para desenvolvimento das atividades laborais (6). Relatam também uma atitude de moderação no cotidiano (4) e de buscar manter uma vida tranqüila (5), sem estresse. 1 entrevistado (m05) não informou sobre os meios utilizados para prevenção de doenças e 2 (M02 e M09) disseram que não fazem nada para se prevenirem.

> Faço meu *check up* geral além de fazer os exames de seis em seis meses aqueles exames básicos para ter o atestado de saúde. Todo inicio de ano eu faço um *check up* geral, já fiz este ano, não este ano não fiz ainda, vou fazer agora, mas fiz no fim de ano. (M18)

c) O sujeito maricultor e suas relações no núcleo familiar

Ainda no sentido da dimensão bio-comunal, interessou investigar cada sujeito maricultor e suas relações psico-afetivas e de subsistência no núcleo familiar. Foram, então, levantadas algumas características familiares (tamanho e composição do núcleo familiar), sócio-econômicas (conformação do trabalho na família e composição da renda familiar); sócio-afetivas (percepção das relações afetivas entre indivíduos do núcleo familiar); sócio-culturais (tradição familiar na pesca, tradição familiar na comunidade do Norte da Ilha de Santa Catarina); e do estado de saúde (ocorrência e tipo de problemas de saúde no contexto do núcleo familiar).

Considerando o núcleo familiar uma composição restrita aos cônjuges ou companheiros e seus filhos, as características familiares dos maricultores do norte da Ilha de Santa Catarina se apresentam com tamanho similar ao tamanho da família brasileira[38]. No grupo de estudo há uma variação de no mínimo 1 e no máximo 10 moradores em cada residência. O número de filhos dos maricultores entrevistados casados e em processo de separação varia de nenhum a 4. Os solteiros e os em relação estável não possuem filhos. Todos os solteiros vivem na casa dos pais com irmãos. Os entrevistados casados e em relação estável residem

[38] A Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2006) mostra que, em 2002 no país, o número médio de pessoas na família era de 3,3 pessoas e o número médio de filhos de 1,5 por família.

com o cônjuge/companheiro(a) e, também com o(s) filho(s) solteiro(s), para aqueles que os têm, totalizando no máximo 5 pessoas na residência. Um entrevistado se excetua desse arranjo familiar, por morarem também no mesmo teto noras e netas, totalizando 10 pessoas. A pessoa entrevistada, que se encontra em processo de separação, vive só. O padrão histórico de família, isto é, casal com filhos, é verificado para 7 maricultores. Na condição de filhos solteiros que vivem com os pais, situam-se neste padrão 2 maricultores (o terceiro, os pais vivem separados). A Quadro 8 resume o tamanho e a composição do núcleo familiar.

Quadro 8: Tamanho e composição do núcleo familiar, conforme declaração em entrevista por maricultor. Florianópolis, SC. 2005-2006.

núcleo familiar		
nº de filhos	nº de pessoas residentes	composição familiar*
0	5	pai, mãe e 2 irmãos
4	5	esposa e três filhos
0	2	companheira
0	5	mãe e 3 irmãos
1	2	esposa
4	10	esposa, 4 filhos, 2 netas e 2 noras
1**	2	esposa
2	1	vive só
4	2	esposa
1	3	esposa e filho
0	2	esposa
3	5	esposa e 3 filhos
2	4	esposa e 2 filhos
0	2	companheiro
2	3	esposa e filho
0	5	pai, mae e 2 irmãs
0	2	esposa
2	3	esposa e filho
1,4	3,5	

* além do entrevistado. ** falecido

As características sócio-econômicas dos maricultores, correspondentes a cada núcleo familiar, foram averiguadas a partir do levantamento da conformação do trabalho na família, da composição da renda familiar e de bens de propriedade, e da percepção do maricultor sobre seu padrão e condições de vida[39] com base na renda da maricultura.

[39] Estudos sobre condições de vida, por base territorial, seguem a recomendação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) do uso do Índice de Condições de Vida (ICV), que

Excetuando o entrevistado que vive só e os maricultores solteiros, que têm a maricultura como atividade laboral exclusiva, a característica do trabalho remunerado familiar do maricultor casado ou em relação estável (14 maricultores) é de inclusão de outros membros da família (filho(a) e esposa) trabalhando também na maricultura (1 caso); em outra atividade (4 casos); e alguns membros que trabalham na maricultura e outros em outra atividade (4 casos). 5 maricultores são os únicos que exercem trabalho remunerado na família. A renda familiar dos maricultores casados ou em relação estável, portanto, é composta pelo conjunto de ingressos monetários dos componentes da família. Com relação à maricultura como fonte de renda, tanto os maricultores que atuam com exclusividade nesta área, como os que possuem outro emprego, consideram-na importante e de impacto positivo em sua condição atual de vida. Todos os solteiros (3) vivem exclusivamente da maricultura e relatam estar satisfeitos com a renda obtida. Um deles, porém, comentou sobre a necessidade de manter um padrão de re-investimento financeiro, devido estar em período inicial na atividade. Os maricultores que têm vínculo com o serviço público (3) consideram que sua condição material e de aquisição de bens se deve principalmente à renda da maricultura. Dentre os demais maricultores, aqueles que vivem exclusivamente da maricultura ou têm outra atividade relacionada a ela ou a pesca (10 entrevistados) como fonte de renda, consideram-na suficiente para seu padrão de consumo, porém demonstraram maior reserva ao comentar sobre as condições materiais resultantes desta renda. 12 maricultores possuem carro e 2 possuem moto. 10 dos 14 maricultores casados ou em relação estável possuem casa própria.

Ainda sobre a renda obtida com a maricultura, alguns aspectos mencionados que afetam o quantitativo mensal merecem registro como, por exemplo, a sazonalidade do comércio do produto (maior no período do verão), a necessidade do re-investimento, especialmente em insumos (lanternas, equipamentos, sementes), e as possíveis perdas resultantes de taxa elevada de mortalidade ou de pouco crescimento do produto.

Para conhecer algumas características sócio-afetivas familiares, buscou-se identificar a percepção dos maricultores sobre as relações afetivas entre os

---

inclui indicadores básicos para sua determinação, agrupados em cinco dimensões: renda, educação, longevidade, infância e habitação.

membros do núcleo familiar, destacando a dimensão relacionamento familiar. Esta trata das relações comportamentais, psicológicas e sociais entre os vários membros da família nuclear (e da família extensa) e está diretamente vinculada à forma de reprodução da rede de relações dos sujeitos, quer como indivíduos, quer como membros de um meio comunal. Com relação à percepção que cada entrevistado tem sobre seu relacionamento com os demais membros de sua família, a maioria (14 maricultores) fez comentários positivos, considerando-o "normal", "tranqüilo", bom, muito bom ou ótimo. Somente 2 casos fugiram desta percepção favorável: um deles, em que o entrevistado considera um erro seu casamento e relata estar decepcionado com sua família; e um outro que considera bastante estressante sua situação familiar, devido ao acúmulo de responsabilidade relativo ao sustento da família expandida (incluindo noras e netas). 2 entrevistados não comentaram sobre seu relacionamento familiar.

A respeito das características do estado de saúde dos componentes do núcleo familiar, 8 maricultores comentaram sobre a ocorrência de problemas de saúde em um membro da família, nos dias que antecederam as entrevistas. 5 casos envolviam as esposas (hipertensão arterial, problemas circulatórios em membros inferiores, seqüela de Acidente Vascular Cerebral, otite e virose) 1 caso (acidente doméstico) o filho, 1 caso (varizes) o pai e 1 caso (cólica intestinal) a neta. A respeito de problemas de saúde anteriores, 3 maricultores lembraram os casos de familiares em situações graves que exigiram internação hospitalar de longa duração: a internação do pai devido a câncer de pulmão (M10); a internação da filha em estado de coma por acidente de trânsito (M15); e a internação do filho com o diagnóstico de mononucleose (M12).

Com relação às características sócio-culturais investigadas, destacam-se as tradições familiares dos maricultores tanto na pesca, como na comunidade de Santo Antônio de Lisboa, uma vez que a história da maricultura local está invariavelmente vinculada à condição de declínio da pesca artesanal nesta região. As tradições familiares compõem um aspecto da cultura que permitem a difusão e valorização dos costumes, através da comunicação formal e/ou informal de geração em geração. Compõem um conjunto de práticas, que preservam determinados valores e normas de comportamento, mantendo uma continuidade em relação ao passado. (HOBSBAWM, 1997). Dentre os maricultores (11) que têm na pesca um antecedente

laboral, apenas 6 comentaram uma herança paterna desta atividade, que permanece, para estes maricultores, como atividade paralela ao cultivo das ostras.

As características das tradições na pesca apresentam-se em 3 subgrupos: os maricultores jovens (M01, M04, M16) nascidos e residentes no norte da Ilha de Santa Catarina são filhos de pescadores (profissionais ou não); os maricultores com formação superior ou oriundos de outras regiões não possuem tradição na pesca (M03, M08, M11, M13, M14); os demais maricultores são pescadores ou ex-pescadores, incluídos os fundadores da maricultura no município.

De qualquer modo, não é possível afirmar que a tradição familiar na pesca, ou a da maricultura que se inicia, esteja ameaçada, vez que dentre os 6 maricultores com filhos adultos, 3 (M02, M06, M15) os têm trabalhando junto consigo.

> Porque é o seguinte, a pescaria eu sempre tive, eu tenho vários amigos, até de infância que hoje são pescadores, e eu via também a necessidade que o pescador tem hoje em dia. Que por meio de vida, muito pescador passa fome. Eu tinha parado na sétima serie, voltei a estudar, pescando, mesmo assim voltei, aí, quando vi uma chance, entrei na maricultura. A pescaria em si, ela não é fixa. Na área pesqueira vê a necessidade do pescador, essa época agora, que é uma época que não dá vento, as águas são quentes, a água é ruim para pescaria. E tem muita gente lá que tem três, quatro filhos, até mais. Pescador gosta de fazer filho. É uma realidade, os pescadores lá têm um bocado de filho e a maioria passa necessidade. Vários pescadores começaram a maricultura, mas como a atividade requer muita atenção, tem que trabalhar. Pescadores em si muitos são mandrião, vão lá pescam e voltam para casa para dormir. Tem o pescador e tem o pescador. Que é um que só gosta de fazer o que, vai lá pesca e mata e deu para comer aquele dia, e vai embora. Depois vai para a venda tomar gelada, gastar o que ganhou. Acontece muito, é difícil o pescador rico. São rico aqueles empresários, que não pescam em si, que financiam o pescador. (M12)

> A pesca artesanal está acabando o peixe, por todos os motivos, de falta de cuidado e então não estava mais sustentando. Aquela cultura das famílias estava se acabando, ia sumir aquela cultura açoriana, do pescador que é originária daqui. É um patrimônio histórico daqui, fundamental. Então, o governo, aliás, achei uma coisa incrível até de se ver no Brasil, o governo fazer um Projeto, vamos trazer do Canadá, e da França, tecnologia, vamos fazer aqui um cultivo familiar para cada um para que não acabe essa cultura. Incrível ver uma iniciativa dessas no Brasil. (M11)

> Futuramente o nosso mar, não tem mais, acabou, o camarão já acabou, o peixe já não tem mais nada. Então, o que você tem que fazer? Tem que criar. Tem que criar para você progredir. Porque se você não criar, vai acabar, ou você vai morrer de fome ou fazer outra coisa. E a ostra é uma coisa que você cria, o marisco é uma coisa que você cria. Nunca vai acabar. [...]. A ostra da pedra, a ostra nativa, essa ostra não tem mais, porque o pessoal vai lá e tira, tira, tira, tira grande, pequeninha, aquela que cai e morre. Só vai acabar. Essa aí não, essa você está plantando, todo ano você planta. (M09)

4.1.2 Reprodução comunal-cultural

Na qualidade de produtor de cultura, o maricultor é produtor de redes simbólicas de elaboração e transmissão de experiências e aprendizagem. Tais redes iniciam-se na família (já a partir do nascimento), na chamada socialização primária, e reproduzem-se no interior das demais instituições da sociedade que integram a estrutura do sistema social no qual vivemos, denominada socialização secundária. Esta qualidade de aprender o modo de vida da sociedade em que vivemos, e de adotar os padrões e normas de comportamento considerados apropriados em nossa cultura, caracteriza a socialização, considerada o principal canal de transmissão da cultura (GIDDENS, 2004).

Samaja (2004a, p.80) afirma que a reprodução comunal-cultural origina-se das alianças familiares e das variadas redes de vínculos informais. Nesta dimensão o ser humano é concebido como produtor de cultura e, portanto, de agente atuante no desenvolvimento da sociabilidade comunal, isto é, no desenvolvimento de redes de relações tanto na família expandida, quanto nos diferentes grupos dos quais participa, e mesmo na vizinhança.

Nesta dimensão da reprodução social foram estabelecidos 2 conjuntos de variáveis. O primeiro caracteriza o grupo de maricultores enquanto agentes produtores de cultura, identificando suas redes comunais, isto é, as pessoas de seu convívio (amigos/parentes/vizinhos/colegas), bem como o relacionamento que estabelece com e entre essas pessoas, com destaque para o grupo de maricultores. Os maricultores apresentam características de um grupo de trabalho quando interagem internamente em cada fazenda marinha (área demarcada) com seus colegas; e características de um grupo do tipo comitê, quando participam da Associação de Maricultores do Norte da Ilha - AMANI.

Relativamente ao tema saúde, procuramos identificar a rede comunal estabelecida em situações clínicas ou preventivas, ou seja, com quem o maricultor conversa sobre as necessidades/problemas de saúde, a quem procura com algum problema de saúde e as razões para isso.

O segundo diz respeito à comunidade de Santo Antônio de Lisboa, microterritório de residência e de trabalho no qual se insere o grupo de maricultores. Foram levantadas algumas características sócio-demográficas e culturais, relacionadas à pesca e à comunidade de pescadores, origem da maricultura local. A participação do maricultor em entidade(s) comunitária(s) e os tipos de interesse pelos quais se empenham, defendem ou compartilham também foram investigados.

a) Maricultores e sua rede comunal da vida cotidiana

Para conhecer a rede de relações dos maricultores entrevistados foi-lhes perguntado quem eram as pessoas de seu convívio, excetuando aquelas incluídas na família nuclear. Nas falas dos entrevistados, a rede comunal, isto é, o grupo de convivência do produtor maricultor do norte da Ilha de Santa Catarina, é relatado de forma generalizada. A configuração da rede comunal é diversificada e inclui amigos, família expandida, vizinhos, namorada, família da namorada, pessoas da comunidade, colegas e público de trabalho. Dentre os sujeitos que compõem essa rede de relacionamento dos maricultores são mais destacados: a) os amigos (citados por 10 maricultores), como por exemplo, os amigos do futebol, de infância, da faculdade, do trabalho na maricultura; b) os familiares e parentes, principalmente irmãos(ãs) (9 maricultores); e c) os vizinhos (6 maricultores).

> Tem os amigos do trabalho novo, tem amigos da faculdade, já terminou a faculdade, mas as amizades que são daqui de perto continuaram firmes. Então, tem aí uma meia dúzia de amigos que a gente está sempre em contato e outros amigos, que moraram perto, foram vizinhos, fizemos amizade, depois mudaram. Tem uma relação boa. E vários maricultores. Conheço, aqui de Santo Antônio, praticamente todos. Tenho amigos de verdade. Daqueles que você compartilha até o que você não devia falar. De falar, de contar, de perguntar. Tenho amigos de verdade.(M11)

> Tem meus amigos que são meus vizinhos ali mesmo, minha namorada, a família dela. É são amigos da maricultura, do futebol, de várias coisas. (M01)

Dentre os 12 maricultores que nasceram e se criaram na região do norte da Ilha de Santa Catarina, cinco deles (M04, M05, M06, M15 e M16) reforçaram os

comentários sobre os laços de parentesco que necessariamente se estabelecem em sua rede comunal-cultural, em função do arranjo familiar-comunitário situado e definido geograficamente.

> Tem meus parentes, vizinhos, aqui é tudo família. É uma comunidade que é tudo família é tudo parente. Todo mundo primo do outro, de segundo, terceiro grau, é tudo família. (M15)
>
> É minha família, isso aqui tudo é minha família, essa rua toda. Todos eles aqui são todos da família. Todos eles, todos os que vivem ao redor aqui. (M06)
>
> Meus amigos, meus parentes a gente tem uma turma bem grande. Minha família vive toda aqui, minha família é bem grande.[...] a família do meu pai é toda daqui. Os meus amigos de infância. A maioria é do pessoal que nasceu aqui e mora aqui, pouca gente se dispersou daqui. (M04)

Dois maricultores (M12 e M18) incluíram na descrição de suas redes de convívio, além de amigos e familiares, pessoas que lhes são desafetas e que interferem na condução de suas atividades.

> O cara tem amigos e tem inimigos. Na minha profissão, inimigos é o que mais tem, porque ninguém pode agradar todo mundo. (M12)
>
> Eu sou uma pessoa que fiz muita amizade e eu, por querer trabalhar em grupo, eu tentei agrupar as pessoas para trabalhar. (...) Eu estou sendo castigado por isso, as pessoas que eu mais ajudei na vida, as pessoas não reconhecem, não falam comigo e se for possível eles ainda trabalham contra mim. (M18)

As formas extremas de relacionamento interpessoal no interior de uma rede comunal podem ser caracterizadas como harmoniosas ou conflituosas, com possibilidade de ampla variação e mesmo sobreposição dos estados emocionais, dependendo dos motivos e interesses que regulam as interações. No interior da composição da rede comunal dos maricultores, as relações estabelecidas foram relatadas sucintamente por uns e detalhadamente por outros. Em geral, ao relatar como se processa o relacionamento entre os componentes de sua rede comunal, 10 entrevistados o fizeram de forma positiva, utilizando adjetivos como bom, muito bom, ótimo, tranqüilo, legal.

> Como eu moro sozinha sempre sou procurada para ir nas pessoas e então eu vejo filme com um senhor que entende muito de filme que é praticamente cego mas quer companhia, então eu faço companhia para ele,

> tenho amigas para jogar carta, tenho amigas para comer sopa, tenho amigas que são alemãs e falo também por causa da língua que a maneira de pensar é muito parecida e eu acho que meu relacionamento com todos os meus amigos é ótimo, porque eu não levo problema, eu até tenho e falo, mas não fico chorando os problemas, eu não torno isso um problema eterno vamos dizer. (M08)

Sete entrevistados também comentaram um relacionamento positivo com a maioria das pessoas com quem convivem, porém fizeram ressalvas, destacando cordialidade com distanciamento, ou algum fato negativo na interação com pessoas vizinhas ou, ainda, enfatizando esta condição favorável relativamente ao momento presente (como superação de um relacionamento mais difícil no passado).

> Eu me dou bem, no geral aqui na comunidade eu me dou bem, algumas pessoas sempre tem, esses espíritos de porco, em tudo que é lugar, que arruma rolo por causa de qualquer coisa, que se incomoda com a sua vida mais do que você mesmo. Mas no geral é bem bom, me dou bem com todo mundo. (M14)

> Os vizinhos todos eles são meus amigos, vizinhos todos, no trabalho, aqui. Meu relacionamento com todos é ótimo, muito bom. Eu tenho uma divergência, mas prefiro não citar, isso é aqui no trabalho mesmo e eu prefiro não citar. (M07)

> É tranqüilo, antes era mais complicado, mas agora com o tempo foram mudando. As pessoas foram estudando, saindo um pouco, aprendendo umas coisas novas. Então, agora é tranqüilo. (M15)

Somente 1 entrevistado (M17) relatou forte tensão em seu relacionamento com pessoas de convívio:

> Então, eles não valorizam, eles não respeitam a minha mão-de-obra, não respeitam a minha dedicação, eles não respeitam os dias e as tardes, finais de semana que eu passo ali trabalhando para limpar a minha ostrinha, para cuidar disso, cuidar daquilo. É bem assim. Eles dizem na cara: Nós te roubamos e vamos continuar te roubando. (M17)

b) Maricultores e a rede de atenção à saúde

Na conformação de suas redes terapêuticas, as pessoas escolhem a quem consultar segundo algumas possibilidades que variam desde o modelo pelo qual a pessoa concebe seu problema ou necessidade, até os vários tipos de assistência

disponíveis, incluindo sua natureza mercadológica de aquisição de serviços de saúde (HELMAN, 1994). Dentre as alternativas assistenciais possíveis, o critério de escolha é uma prerrogativa da pessoa, e é feita de acordo com o que lhe parece ser uma fonte apropriada de aconselhamento e tratamento para o problema.

Para conversar sobre alguma necessidade ou algum problema de saúde, a rede informal é a que prevalece entre os maricultores da região do norte da Ilha de Santa Catarina. Como referência para este tipo de conversa, eles consultam alguma pessoa da família - cônjuge, mãe, pai ou filho(a), ou amigos e/ou profissionais de saúde. 7 maricultores informaram conversar com mais de uma pessoa de referência sobre suas questões de saúde. A maioria (15) dos entrevistados recorre à família, sendo que para 12 maricultores a referência para este tipo de conversa é o(a) cônjuge/companheiro.

> Com quem eu converso com os meus problemas de saúde? Acho que com o (...)(companheiro). O (...)(companheiro) é meu melhor amigo sabe? A gente conversa tudo, acho que é ele mesmo, todos os meus problemas eu converso com ele. (M14)
>
> Com meu médico, principalmente com meus pais, minha mãe por ela estar na área de enfermagem, eu tenho bastante segurança em tocar esse assunto com ela. (M16)

A pessoa que vive só (M08) comentou que conversa sobre seus problemas de saúde com amigos e outras duas (M13 e M18) comentaram conversar diretamente com os profissionais de saúde, sendo que um deles (M18) é usuário de rotina do Centro de Saúde local.

Se, por um lado, a maioria dos entrevistados relata conversar sobre suas necessidades ou seus problemas de saúde com algum de seus familiares, por outro lado, quando percebem um problema de saúde, o setor profissional da rede terapêutica destaca-se. 13 maricultores relatam procurar diretamente um serviço médico, seja público ou privado. O entrevistado com diagnóstico de câncer (M17) comentou que além da medicina alopática, procura os serviços da instituição espírita CAPC (Centro de Apoio ao Paciente com Câncer), situada no bairro Ribeirão da Ilha. Familiares (pai e mãe) e amigos participam também da rede estabelecida para situações clínicas no relato de 6 maricultores. Somente um entrevistado (M03) não informou sobre sua referência para atenção à saúde.

A respeito da rede terapêutica dos demais maricultores, os entrevistados não souberam informar os recursos utilizados para solução de seus problemas de saúde, por falta de debate sobre o assunto: problemas, tratamento e prevenção.

> Também nunca tocamos nesse assunto, não tenho idéia. Geralmente, que eu conheço o pessoal não tem plano de saúde, é pelo SUS mesmo. (M16)

c) A comunidade de Santo Antônio de Lisboa

A comunidade de Santo Antônio de Lisboa é uma das mais antigas da Ilha de Santa Catarina, habitada desde o século XVIII, quando teve início a colonização açoriana no local. Compreende também os bairros de Cacupé e do Sambaqui, em Florianópolis/SC, territorialização feita pelo Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF) e adotada pela Secretaria Municipal de Saúde, levando em conta a localização da Unidade de Saúde[40], que abrange esse contingente. Está dividida em 13 microáreas.para atuação de agentes comunitários de saúde e da equipe de saúde da família. A população estimada em 2006 para essa região foi de 6375 pessoas residentes (dos quais 3227 do sexo feminino) representando 1,56% da população do município, estimada em 406.564 para o mesmo período (PMF, 2006). O Quadro 9 sintetiza a distribuição populacional por idade e sexo na região.

Quadro 9: Distribuição populacional por idade e sexo na região Norte da Ilha de Santa Catarina. Estimativa 2006.

faixa etária	masculino	feminino	total
0 anos	45	56	101
1 a 4 anos	233	203	436
5 a 9 anos	266	254	520
10 a 19 anos	614	573	1187
20 a 49 anos	1470	1594	3064
50 a 49 anos	256	282	538
acima de 60 anos	264	265	529
total	**3148**	**3227**	**6375**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal. Florianópolis.

[40] As ações e serviços oferecidos pelo Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa estão descritos no tópico 4.1.3 – Reprodução estatal, a seguir.

Em termos de infra-estrutura pública, a região possui acesso via rodovia estadual SC401, uma rodovia (Gilson da Costa Xavier) que interliga os bairros Sambaqui e Santo Antônio de Lisboa e uma estrada (Haroldo Soares Glavan), que interliga este bairro com o Cacupé. O transporte público é realizado nos 3 bairros, tendo um terminal de integração de ônibus coletivos no acesso principal. A coleta convencional de lixo é realizada na região 3 vezes por semana e a coleta seletiva uma vez, às quintas-feiras. Além do Centro de Saúde, há naquela região uma creche, de natureza filantrópica, conveniada com a Prefeitura, duas escolas municipais (Escola Básica Paulo Fontes, em Santo Antônio de Lisboa e Escola Desdobrada Marcolino José de Lima, no Sambaqui) e dois Núcleos de Educação Infantil (NEI), também um em cada dos bairros citados.

Os recursos ambientais da região incluem uma costa litorânea de águas calmas e a Restinga da Ponta do Sambaqui, uma área de 1,3 hectares de preservação permanente, parte do ecossistema da mata atlântica.

O conjunto arquitetônico é representativo da colonização açoriana, e tem como patrimônio histórico a Igreja Nossa Senhora das Necessidades,.tombada por decreto municipal. Muitas das características açorianas se perderam no tempo, especialmente devido a novos ciclos migratórios (recentemente por paulistas, gaúchos e argentinos), mas as raízes voltam a ser pesquisadas e divulgadas com o apoio do Núcleo de Estudos Açorianos (NEA) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As produções culturais e populares têm sido estimuladas por órgãos governamentais e não-governamentais, tendo por referência o Centro Cultural “Casa Açoriana Artes e Tramóias Ilhoas", em Santo Antônio de Lisboa e o Casarão da Associação de Moradores de Sambaqui, além de outras formas de manifestação da cultura local, através de festas folclóricas e feiras de artesanato. Uma nova configuração local vem ocorrendo nos últimos anos com o desenvolvimento da maricultura, transformando toda a região balneária em pólo gastronômico.

A região conta com diversas organizações associativas comunitárias (Associação dos Moradores do Cacupé, Associação de Moradores de Santo Antônio, Associação do Bairro de Sambaqui, Centro Comunitário de Sambaqui, Conselho Comunitário da Barra do Sambaqui, Conselho Comunitário de Segurança),

cujo traço comum reside na representação dos interesses dos moradores de cada localidade, demandando melhorias urbanas.

A respeito das organizações comunitárias, os participantes desta pesquisa foram questionados sobre as entidades das quais faziam parte. 5 maricultores responderam participar ou ter participado de alguma entidade comunitária, por exemplo, Associação de Moradores de Santo Antônio e Conselho Comunitário de Segurança. 4 maricultores não informaram a respeito. Os demais afirmaram participar ou ter participado somente de entidades vinculadas à maricultura. Porém, chamou a atenção o envolvimento de alguns maricultores (M08, M09, M11, M12, M14, M15, M17 e M18) com os problemas locais da comunidade.

Os temas locais que têm motivado a participação dos maricultores nos assuntos da comunidade englobam o saneamento básico, considerado de extrema importância principalmente para o desenvolvimento da atividade; a segurança pública (roubos e drogas ilícitas); o desenvolvimento de atividades para adolescentes, entre outros.

> A gente está pensando em aproveitar as cascas das ostras para a nossa própria comunidade, as pessoas produzirem, isso vai ser descartado, gera um impacto ambiental. Então fazer isso daí produzir, a gente esta com um projeto no bairro todo. (M14)

> Veja essa juventude que está vindo tudo aí agora, tudo fruto, são filhos dessa geração que já não ouvia os pais. Que uma grande maioria foi tudo para a droga. (...) outra coisa que vejo, falta, já que a maioria não quer nem saber de estudar, falta ocupação. Eles deveriam fazer, dentro da comunidade, alguma coisa em âmbito social. Por exemplo, na ponte do Sambaqui tem um casarão, eu já sugeri várias vezes, em vez de querer usar o casarão só para boi-de-mamão, para alguma feira de artesanato, folclore, fizesse alguma coisa ligada à área social, colocasse algumas pessoas ligadas a serviço social para fazer uma dança de capoeira, que eu tenho certeza que é uma maneira de chamar essa criançada toda da rua, os drogados em peso, poria o pessoal ali. Arte, artesanato, arteterapia. (...) Eu já tentei há poucos dias tocar com o pessoal da Associação do bairro e fazer isso aí. (M17)

4.1.3 Reprodução estatal

A dimensão estatal da Reprodução Social compreende as relações políticas que surgem do sentido de indivíduo como cidadão e do sentido de pertencer a um Estado, cujas estruturas, em seus diversos níveis (municipal, estadual, federal), têm a função de direção social (Samaja, 2004a). São, portanto, atribuídos direitos e deveres aos cidadãos, por meio de um conjunto leis e disposições legais que regulam o ambiente e as relações da sociedade. Essa regulação se dá tanto por meio de organização e de domínio territorial (obras e serviços públicos), como de promoção de valores da cultura realizada pelos aparelhos ideológicos, tais como escolas e meios de comunicação.

Nesta pesquisa, Estado é entendido como uma organização social, composta por instituições políticas, responsáveis pelo provimento às demandas do ambiente social, expressas sob a forma de formulação e de execução de políticas públicas. Como recorte metodológico, buscamos identificar as expressões, tanto de formulação, quanto de execução, voltadas para a área da saúde do trabalhador, percebidas por um grupo específico – os maricultores. Assim, na dimensão estatal da reprodução social do grupo de maricultores de estudo, ressaltamos os aspectos relacionados ao setor saúde, definindo 2 conjuntos de variáveis: a) direitos e políticas de saúde, no sentido da percepção do trabalhador sobre seus direitos garantidos pela Constituição em relação à saúde e sobre as políticas de saúde estabelecidas para dar cumprimento aos direitos; e b) serviços de saúde, no sentido das ações desenvolvidas (ou não) e da atribuição da responsabilidade pública/social para o desenvolvimento de tais ações.

a) Maricultores – percepção de direitos e de políticas de saúde

Embora expressos na Constituição Federal, os direitos sociais são um constante desafio às estruturas estatais para implementá-los, à sociedade para garanti-los e aos cidadãos para exercitá-los. O exercício pleno dos direitos sociais, entre eles o da saúde, implica informação e consciência desses direitos. Este é um aspecto que se mostrou vulnerável nas entrevistas realizadas. Do total de maricultores, somente 5 expuseram suas percepções sobre direitos à saúde, 7 negaram conhecê-los e 5 não se manifestaram a esse respeito. De modo geral, as percepções acenam em direção ao não cumprimento da Constituição, como algo externo à vida cotidiana e, de outra perspectiva, giram em torno da disponibilidade de assistência médica.

> Direito tem, mas não é cumprido. Isso é uma realidade, isso acontece no Brasil todo. A Constituição tem muita coisa que, falar é fácil para eles. Fazer a lei é fácil, mas cumprir ... (M12)
>
> Quem depende do SUS é outro tratamento. Infelizmente é assim no Brasil. É isso que deveria mudar eu acho, em curto prazo até. Mas a pessoa inconscientemente já está, talvez ela não reclame pelos seus direitos porque ela acha que o hospital está fazendo um favor. (M13)
>
> Eu sempre me xingo por eu ter muito pouca noção de leis, legislação. Eu me cobro muito isso. Eu não tenho muita noção.(M11)

Também em relação à política de saúde do trabalhador, as manifestações foram pouco expressivas em termos estatísticos, porém eloqüentes, do ponto de vista da mobilização ainda por ser feita, para incorporação desse direito nos diferentes âmbitos e grupos de trabalhadores. 11 maricultores afirmaram desconhecer o que se trata quando o tema é política de saúde do trabalhador e somente 4 comentaram conhecer “algo” dessa política, porém associado mais aos conteúdos da segurança do trabalho. 3 não informaram nada a respeito.

> Eu já ouvi falar em saúde do trabalho, da legislação que tem. Tenho uma vaga noção também. Eu sei que existe legislação, sei que tem alguns direitos e obrigações as empresas, os funcionários, mas de perto assim não tenho conhecimento não. (M11)
>
> Já ouvi falar, tive que estudar alguma coisa na Universidade, só que se for me perguntar agora eu não sei. Mas saberia onde procurar. A gente teve

> uma disciplina de legislação, foi citado alguma coisa e a gente tem uma bibliografia que está lá e se precisar a gente pode correr atrás. (M16)

A despeito da falta de apropriação do sentido formal de uma política de saúde do trabalhador, os maricultores demonstram estar atentos às necessidades do grupo no que diz respeito às ações de saúde:

> Eu acho que deveria ter um trabalho específico no campo da saúde dos maricultores, que eu acho muito importante ter mais alguma coisa nesse campo que está ainda deficiente. Porque só se cuida quando surge o problema, então eles não fazem a prevenção, de buscar soluções de saúde. (M03)

> A política existe, só que para quem? É que não divulgam. Eles não divulgam essa política. Devia ser transmitido até através de televisão, ou comunicar os centros comunitários. O certo mesmo seria centros comunitários e postos de saúde. (M12)

Uma vez que os maricultores consideram pouca divulgação sobre atenção à saúde do trabalhador, segundo a opinião de metade (9) dos entrevistados, a responsabilidade pela divulgação, oferta e desenvolvimento de ações incide principalmente sobre a estrutura ampliada dos governos municipal (Prefeitura) e estadual (governo do estado). Dos órgãos governamentais foram citados o EMAPA (hoje IGEOF), a EPAGRI e a UFSC, sem especificação do setor saúde como entidade governamental afim. Os demais maricultores apontaram como entidades responsáveis os órgãos associativos do bairro (associação de moradores) e dos maricultores (a AMANI, a FAMASC e a cooperativa).

> Bom acho que a prefeitura deveria tomar essa iniciativa. Mas se está sendo feito, eu não tenho conhecimento de nada não. (M13)

> Acho que é a área pública, tanto o governo do estado, eu não diria o federal, mas mais na área do governo estadual, eu acho que a responsabilidade está mais pro pessoal que introduziu e fomentou a atividade na área, tanto como a Universidade Federal, que tem capacidade para isso, mas como eu já falei, o pessoal lá e os maricultores aqui é difícil a comunicação entre eles. (...) não digo tanto a UFSC, que trabalha na área científica, mas a EPAGRI a função deles é de estar dando auxílio ao maricultor. Eu acho que é bem deficitária essa questão, tanto na área de segurança do trabalhador como a gente está discutindo agora como de tecnologia e passar informação, eu acho que é isso. (M16)

Um aspecto de interesse sobre a implementação da política de saúde do trabalhador residiu em verificar como poderia se dar a atuação dos profissionais de

saúde junto aos maricultores, uma vez que a vigilância e assistência em saúde do trabalhador desenvolvidas a partir da unidade básica de saúde é ainda um desafio proposto em nível normativo. Metade dos entrevistados consideram importante o papel de divulgação pelos profissionais de saúde, tanto nos locais de trabalho, quanto na AMANI.

> Eu acho que poderia chegar através da associação que é o local que o pessoal se reúne, que discute. Uma que inviabiliza é de chegar um por um, fazer contato de um por um, porque às vezes a pessoa não está ali e na associação está todo mundo. (M13)
>
> Pois é, eles deveriam vir no nosso serviço, dar informação, alguma prevenção, alguma coisa. (M01)
>
> Eu acho que deveria ter uma pessoa que passasse, viesse, por exemplo, ao Norte da Ilha, passasse em todos os ranchos, em todos os locais de trabalho, e fizesse uma ginástica preventiva Atividade física laboral, uma coisa assim. (...) tu podes estimular só, depende da pessoa ter o hábito de praticar. (M03)

b) Maricultores e serviços de saúde

Na região de estudo está localizado o Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa, em área central do bairro, numa via de passagem obrigatória de veículos, inclusive ônibus. Apesar da estrutura física limitada e pouco adequada ao modelo assistencial em desenvolvimento, o Centro de Saúde sofreu ampliação funcional no ano de 2006, passando de uma para duas Equipes Saúde da Família, cada qual com um médico, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem. Atendem, também, nessa unidade 2 dentistas (4h/dia/cada) e um pediatra (4h/dia). A nova estruturação redefiniu a divisão territorial para 13 microáreas, sendo que para cada uma há um agente comunitário de saúde.

São desenvolvidas ações relacionadas à Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, Saúde Bucal, Imunização, Preventivo do Câncer Uterino. Também cadastra e acompanha portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus como parte do programa governamental, além de desenvolver ações assistenciais de menor complexidade, previstos nos grupos de procedimentos do Sistema de Informações

de Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Dispõe de farmácia básica que oferece medicamentos à população cadastrada. Atende à população residente no local (territorialização) ou não (acesso universal), incluindo o atendimento a trabalhadores de unidades comerciais, dentre estas os ranchos de maricultura. Algumas situações de urgência como crise hipertensiva, asmática, cortes e ferimentos, afogamento, têm um primeiro atendimento na unidade, até o encaminhamento à unidade de maior complexidade, se necessário. Todos os procedimentos são registrados, segundo os sistemas de informações do Ministério da Saúde (preventivo, sispré-natal, hiperdia, sisvan). A Unidade de Saúde participa do Programa de Articulação Docente Assistencial, através do convênio firmado entre a Prefeitura Municipal/Secretaria Municipal de Saúde e a UFSC, que propõe desenvolver a formação dos universitários da área da saúde, com inserção na estratégia de saúde da família por meio de atividades curriculares.

Como nos demais serviços de atenção básica, não há um programa específico voltado ao trabalhador e, portanto, inexistem registros de dados referentes à incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho.

O funcionamento do Programa de Saúde da Família no município tem recebido críticas devido às dificuldades de solução de casos de doenças e agravos, muitas vezes relacionados à restrição de consultas para especialidades e para realização de exames diagnósticos complementares (PMF, 2006). As unidades básicas são a porta de entrada no SUS e o acesso à rede especializada, até o momento, ocorre por acionamento de uma Central de Marcação de Consultas, sob gerência da Secretaria de Estado da Saúde. Esse mecanismo apresenta disfunções, que necessitam ser flexibilizadas de acordo com as necessidade e os problemas de saúde. A rede municipal de referência de serviços inclui um laboratório municipal, um pronto atendimento e 3 Centros de Atenção Psico-Social (CAPS). O impacto das ações da estratégia saúde da família ainda está por ser avaliado de maneira mais consistente, uma vez que os indicadores propostos pelo Ministério da Saúde têm se mostrado de pouca aplicabilidade local (PMF, 2006).

A respeito do Centro de Saúde local, procuramos identificar o uso pelos maricultores dos serviços por ele oferecidos, em termos de freqüência, qualidade e expectativas. 11 maricultores afirmaram acessá-lo quando necessário ou com

alguma regularidade, para uso de consultas médicas e odontológicas. Residência no local, proximidade do Centro de Saúde e boa qualidade do atendimento são os motivos que justificam o uso desse recurso.

> Mas sempre um dia sim um não eu to ali para fazer o controle. O Dr. me receitou uma baguinha para tomar todo dia de manhã em jejum (...) mas eu controlo bem, sempre pelo menos três vezes por semana eu vou medir a pressão ali. Qualquer dúvida que eu tenho eu vou ali e pergunto para o médico, se eu estou com dor de cabeça e preciso tomar uma dipirona eu vou ali falo com ele primeiro antes de tomar a dipirona. Não tomo nada sem consultar. (M18)

> Se eu tiver que usar, eu uso, porque o SUS sempre me tratou bem. (...) Se eu precisar, eu sou bem atendido. O que eu precisei foi dentista. Eles me atenderam muito bem. Outra vez foi para tomar vacina, outras vezes eu levei pessoas que precisavam ser atendidas ali e foram prontamente atendidas. Sempre atenderam muito bem. Não posso reclamar deles. Eu faço uma análise bem positiva, não tenho nada a reclamar. (M17)

As opiniões dos maricultores sobre o atendimento no local são positivas e favoráveis, exceto quando há necessidade de recursos especializados e referenciamento.

> Só que a dificuldade é que às vezes a gente tem que fazer muitas coisas que é no particular, que no Postinho dificilmente, por exemplo, negócio de exames, essas coisas, médico especialista, ai já é mais difícil, eles fazem, mas demora., tem que esperar, por que é encaminhado direto para a central, daí fica aquela demora. Às vezes tem exame ai que a pessoa demora um ano ou mais, então tem que correr no particular. (M07)

> Aqui no posto é totalmente precária as condições porque até tinha marcado um exame para mim há uns 6 meses atrás, ai eu fui lá, estava marcado, no outro dia eu não pude pegar porque estava sem o cartãozinho, e no outro dia que eu fui eles perderam meu exame e eu estava esperando mais de 6 meses e eu vi que estava ali. Eu tinha que fazer um encaminhamento para poder fazer com um especialista. Eu estava 6 meses esperando A marcação da consulta. É, daí quando eu fui não podia buscar porque eu estava sem o cartão e no outro dia, 2 dias depois eu fui buscar porque já tinha visto a data, clínica, tudo, daí tinham perdido o exame, daí não pude fazer. Foi quando eu desiludi total mesmo. (M14)

> Eu acho o nosso posto de saúde não está dentro do que a comunidade necessita, mas o que a gente vê dentro da situação que se encontra a saúde no país, no estado e no município, nosso posto até que funciona bem. Ele precisa ser ampliado porque aqui ali já não é mais um posto de saúde para atender o distrito de Santo Antônio, além de outras pessoas que vem de outros lugares. Mas dentro das medidas do possível ele funciona direitinho. (M18)

Os demais (7) que não utilizam os serviços do Centro de Saúde, justificaram pela condição de ausência de problema de saúde (M01 e M04), pelo uso de plano privado de saúde (M06, M11; M12) ou por utilizarem os de outra localidade (M13; M15). 3 maricultores que possuem plano de saúde complementar (M05; M07; M17) afirmaram utilizar também os serviços oferecidos pelo Centro de Saúde.

> Não uso o postinho, porque, eu acho comigo, se eu tenho um plano de saúde, não vou lá tirar vaga dos outros.(M12)
>
> Já que eu pago um absurdo por via de UNIMED, dá quase quinhentos reais por mês, eu tenho mais que usar UNIMED. Já que eu pago UNIMED. Eu estou pagando pelo plano de saúde. Se fosse necessário pelo SUS eu usaria. Não sou melhor do que ninguém. Ninguém é melhor do que ninguém e pode até ser mais demorado no atendimento, alguma coisa assim, mas não posso reclamar. (M17)

É interessante notar o contraste que há entre a percepção e opinião daqueles maricultores que são usuários do Centro de Saúde daqueles que não são, ou seja, a aprovação dos serviços por aqueles que utilizam e as reclamações ou críticas por aqueles que não utilizam.

> Eu sempre digo, apesar dos pesares do serviço público, o nosso posto de saúde, não sei se é porque a gente tem uma associação muito forte aqui em Santo Antônio, que briga por tudo quanto é coisa aqui na comunidade, pelo bem da comunidade. O nosso posto de saúde é um dos postos que eu mais vi funcionar, tem um médico na hora certa. Toda a vida que eu preciso de um médico eu vou ali e tem, se eu preciso mexer em um dente meu eu vou ali tem um dentista. (...) Eu acho que comunidade tem que ser forte para manter aquele tipo de projeto que foi bom. Quando é ruim a gente não quer, descarta logo, mas quando é bom deve permanecer. (...) Então isto realmente é a saúde comunitária. No nosso posto é isso ai, o dentista vai às escolas no pré-escolar, isso ai eles fazem. Infelizmente a gente vê o posto do vizinho não faz igual. (M18)
>
> O cara vê que o sistema de saúde é furado (...) É muito furado isso aí, porque depende do lugar, dos postos de saúde. Quem ficar olhando pode ver, tem vinte trabalhando, às vezes cinco trabalham. O sistema é esse, o negócio é esse. (M12)

Os serviços públicos de referência ou de maior complexidade para os maricultores entrevistados são o Hospital Universitário (HU); o Hospital Governador Celso Ramos (HGCR); e o Hospital Regional de São José (HRSJ), todos eles de referência estadual e os dois últimos de propriedade do governo de SC. A busca desse recurso depende do tipo de problema, ou do encaminhamento feito pelo

Centro de Saúde através da Central de Marcação de Consultas ou por preferência de acompanhamento médico já consagrado.

O maricultor M17 utiliza também para tratamento os recursos do Centro de Atenção ao Portador de Câncer (CAPC) hospital espírita situado no bairro Ribeirão da Ilha. Os maricultores com filhos menores de idade (M12 e M13) utilizam o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), referência estadual em pediatria. Os maricultores comentaram utilizar esses serviços para os casos de emergência (principalmente acidentes), de internação para cirurgia ou tratamento, ou para realização de exames especializados.

Dois maricultores (M04; M13) afirmaram não utilizar os serviços de referência do sistema público da rede municipal, a não ser como acompanhante, e 4 (M01; M02; M05; M11) não se manifestaram a esse respeito.

> Eu fui lá fiz o exame, fui muito bem atendido no Hospital Universitário, fui tratado bem, o exame foi excelente, foi marcado para 7hs e realmente 7hs começaram a me atender, terminou 1:15hs da tarde por uma enfermeira e por uma médica. (M18)

> Algumas vezes que eu cai de moto e me machuquei, eu fui bem atendida no HU.. Quando eu tive esses problemas eu sempre fui muito bem tratada, muito bem cuidada mesmo, não tenho do que reclamar. Mas foram coisas mais de urgência. (M14)

A par do verificado no uso do Centro de Saúde, e a despeito dos elogios feitos pelos maricultores aos serviços de referência utilizados, 5 maricultores (M06; M12; M13; M14; M15) maricultores criticaram fortemente o SUS, nos princípios da integralidade e equidade, devido a experiências mal sucedidas ou informações imprecisas.

> O SUS é um sistema, é uma previdência, que o roubo está muito grande. Eu tenho o plano, que usando, eu pago trinta por cento daquela consulta, (...) Mas está pagando eles te atendem diferente. Eu digo porque já fiz teste no Hospital Infantil, e o cara vê. Quando é com o plano eles atendem melhor, porque o hospital está ganhando melhor. Isso eu acho errado, porque queira ou não queira é uma discriminação contra o pobre, que não tem. O cara faz porque? porque o cara paga. É uma necessidade, se for atender por causa de um negócio aí, se for atender meus filhos eu gosto que atenda bem. Quando foi internado pelo Hospital Infantil, não internei pelo plano, na época, deu vontade de pular no pescoço do enfermeiro lá, só não pulei no pescoço dele por causa ..., pela ignorância dele com a criança. (M12)

> O hospital não vai dar preferência para quem está pelo SUS. É de quem está pela UNIMED. Talvez a remuneração é outra. É aquilo que eu falei que

> aconteceu comigo ontem: quem pode pagar, quem tem condições que pode pagar, vai ser bem atendido, não vai ter hora, não vai ter fila, não vai ter nada. Quem não pode, vai esperar, quem não pode ter um plano de saúde, quem depende do SUS é outro tratamento. Infelizmente é assim no Brasil. (M13)

> Hoje a saúde nesse país é complicada. Hoje não tem saúde para ninguém. Isso é uma tristeza. Isso não tem fundamento. Por exemplo, eu que tenho que fazer uma ressonância magnética. Eu tenho que entrar na fila. Na outra vez eu entrei na fila do SUS para fazer uma ressonância magnética, em 94, eu entrei dia 15 de setembro. A minha ressonância ia ser feita dia 30 de março. Tive que pagar. Na época, paguei seiscentos reais e fiz uma ressonância. Caro. Eu não podia, minha esposa foi lá para devolver a ficha porque alguém precisava. Se naquele dia eu não fosse, ninguém ia fazer. (...) em novembro tive que fazer, pagar porque não agüentava mais de dor, novembro fomos entregar e já estava para setembro. Não é certo e agora vai ser a mesma coisa, vou ter que tirar por baixo mil reais para se eu precisar fazer mesmo a ressonância magnética para ver onde que está a hérnia mesmo para operar, vai ser isso. (M15)

Apesar de somente seis maricultores possuírem plano de saúde privado complementar (M05; M06; M07; M11; M12 e M17) e utilizarem serviços privados de saúde, em algumas ocasiões, parte dos demais maricultores também fazem uso desses recursos, principalmente em situações odontológicas ou de urgência, quer por opção, quer por necessidade. 6 maricultores (M02; M03; M04; M08; M09; M10; M16) manifestaram utilizar, até o momento, somente serviços públicos de saúde.

> Dentista quando eu vou, eu gosto de particular, porque é uma coisa mais rápida. (M01)

> Eu tenho o meu dentista, consulto o meu dentista regularmente mas eu não sofro com nenhum problema de dor no dente. (M14)

> Não gostei do atendimento, porque era emergência, eles viram que era emergência, mas chamaram lá para fazer a recepção, pesagem, aquela historia e entrava com convenio, assim, UNIMED eles passavam na frente. Eu tive que pagar particular porque eu não tenho plano de saúde para ser atendido logo. Pagar raio-x e tudo. (...) Iam atender, mais ia demorar. Paguei consulta, raio-x, sorte que não precisou engessar. (M13)

c) Maricultores e outras esferas da dimensão estatal

Embora o foco desta pesquisa tenha procurado destacar aspectos do setor saúde na dimensão estatal da Reprodução Social, outras estruturas e relações surgiram espontaneamente nas falas dos entrevistados, por estarem diretamente ligadas à origem e ao desenvolvimento dessa atividade aqüicola: a Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina S/A (EPAGRI), a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). A EPAGRI é uma sociedade de economia mista, vinculada à Secretaria de Estado da Agricultura e Desenvolvimento Rural, que se propõe a viabilizar o conhecimento, a tecnologia e a extensão para o desenvolvimento auto-sustentável do meio rural, florestal e pesqueiro[41]. A UFSC[42] é um órgão público federal, de ensino, pesquisa, cultura e extensão em diferentes áreas do conhecimento. Na área da maricultura, além da produção científica e de ensino, desenvolve atividades de extensão, por meio do Laboratório de Cultivo de Moluscos Marinhos (LCMM), único autorizado em Santa Catarina para criação e fornecimento de sementes, inclusive para outros estados.

Outras entidades governamentais também exercem influência nas atividades da maricultura, por exemplo, o IBAMA, a SEAP e o comando da Marinha, vinculados ao governo federal, porém, de fato, são as estruturas mais próximas, principalmente essas 3 entidades – EPAGRI, UFSC e Prefeitura, através do IGEOF (ex-EMAPA), que estão na história e no aperfeiçoamento desse ramo.

A implantação da maricultura, uma atividade econômica do setor primário, pode ser entendida como parte do processo de reestruturação produtiva (Anexo 1), fortemente apoiada pelas estruturas governamentais. É possível verificar mútua influência entre as partes – maricultores e órgãos governamentais, nem sempre estabelecida de forma harmoniosa[43]. Destacamos aqui alguns dos aspectos

[41] www.agricultura.sc.gov.br; www.epagri.rct-sc.br
[42] www.ufsc.br
[43] As interações entre maricultores e sistema de saúde serão abordados no tópico 4.3.

enfatizados pelos maricultores relativos à importância dessas entidades no desenvolvimento da atividade local.

> Comparado com outras coisas que a gente vê por aí é bem apoiado. Qualquer maricultor pode ir na Universidade Federal, tem acesso a professor, a técnico, pode ir na EPAGRI, tem a facilidade de financiamentos. Então, não dá para dizer que não tem suporte. Tem suporte sim. (M11)

> A Prefeitura também parece que está financiando. Tem um projeto também da Prefeitura. É mixaria, mas ajuda. Eu acho que o governo tem que incentivar mais. O governo tem que incentivar mais esse pessoal para que eles não corram. Para que eles continuem na atividade e cada vez crescendo mais. Se você tem um apoio do governo, você incentiva a trabalhar. (M09)

> Seguindo exemplo de outros países, que eles continuassem esse incentivo à maricultura, incentivando cada vez mais, dando uma abertura cada vez mais, a própria Epagri, com os treinamentos que eles dão, de orientação e preparo para o pessoal que vai trabalhar, que eles continuem fazendo isso aí. Deveriam, outra coisa base, primordial, é incentivar, bancar ou financiar alguma coisa relacionado aos coletores. Eu acho muito importante. Não adianta a Epagri continuar liberando autorização para maricultores novos, e não existe de onde tirar. Ficar tirando da natureza, a tendência é acabar com tudo. Eles têm que providenciar coletores. São coisas simples de serem feitas. (M17)

4.1.4 Reprodução societal

A dimensão societal ou tecno-econômica da Reprodução Social inclui aqueles processos pelos quais cada indivíduo produz os seus meios de vida. Tais processos dizem respeito à atividade econômica, ou seja, produção, distribuição e intercâmbio de produtos, bens ou serviços, realizados por meio do trabalho. Nesta dimensão as interações sociais se estabelecem entre indivíduos independentes entre si, isto é, sem vínculos duradouros consangüíneos ou afetivos de amizade, como aqueles que configuram as relações comunais. As interações na dimensão societal, que caracteriza a sociedade civil, são estabelecidas por uma conexão de dependência relacionada aos atos produtivos e aos intercâmbios, realizados no desenvolvimento da atividade econômica e regulados por formas contratuais, cooperativas e/ou associativas. Nesta dimensão, procuramos levantar os atributos dos maricultores

relativos a três conjuntos de variáveis: 1) o mercado de trabalho, incluindo as características da atividade, processos e infraestrutura, além da motivação dos maricultores; 2) a organização associativa do conjunto/grupo dos maricultores; e 3) o trabalho na maricultura e riscos à saúde.

a) O trabalho na maricultura: características e motivação

O surgimento da maricultura na região de Santo Antônio de Lisboa, aliado a outros fatores, parece contribuir para uma dinâmica contraditória no sentido de manutenção e de mudança dos hábitos e costumes daquela comunidade. Essa contradição parece aplicar-se à própria maricultura. Os maricultores do Norte da Ilha de Santa Catarina, regra geral, desenvolvem as atividades de forma artesanal, produzem, comercializam e distribuem seu produto de forma individual, voltado ao mercado local. No entanto, ao mesmo tempo em que buscam implantar medidas para certificação de qualidade do produto com a finalidade de conquistar novos mercados, principalmente, interestaduais, continuam atuando segundo costumes e tradições de origem açoriana, com a pesca associada à maricultura, por exemplo. Os maricultores que mantém a pesca como atividade explicam essa associação:

> Eu trabalho com ostra porque sempre é um dinheiro que, na época de dezembro, tu tens um troco a mais. Porque a pescaria, por exemplo, tu trabalhas oito dias pescando camarão, mata 30, 40, 50 quilos dependendo do tempo e de camarão que vai malhar na rede, porque a safra de camarão legítimo que tem aqui na baía é 3 meses, 2 meses e deu. (M05)

> Agora no verão a gente trabalha mais com ostra, mas no inverno é mais com a pesca. A gente trabalha na ostra no inverno. Porque a pesca é a lua, são sete dias. Nestes sete dias o cara pesca. Aí no quarto minguante, o cara mexe com as ostras. No quarto minguante não tem o que fazer no mar para pescar. Não sai nada. Sai na (lua) crescente, que aí a maré sobe bem e desce. No minguante a maré fica lá embaixo. Aí não dá peixe. (M10)

O processo de trabalho na maricultura[44] envolve diferentes etapas, desde o momento da aquisição da semente pelo maricultor até a comercialização final do produto, característico do modo artesanal. Todos os maricultores entrevistados realizam ou já realizaram (de rotina ou quando necessário) todas as etapas do processo de cultivo destes moluscos. Estas características do processo de trabalho são apontadas pelos maricultores entrevistados:

> A gente faz o processo completo do sistema: está cultivando, fazendo o cultivo, a gente está fazendo vendas, fazendo entregas. (...) Por enquanto a gente ainda está nessa fase, talvez mais tarde o negócio facilite. A gente ainda está nessa fase muito artesanal, talvez mais tarde a coisa vai mudar, vai partir para setorizar mais. (M13)
>
> A gente pega a semente no laboratório e daí a gente faz tudo, constrói lanterna, a gente trabalha com tudo relacionado a maricultura. Desde levar, buscar, limpar, vender. Tudo feito por nós, desde entregar no restaurante, é tudo serviço nosso, não tem nada de empregado. (M04)
>
> Da maricultura a gente faz tudo. Desde a semente até a venda. Até abrir para o pessoal comer, a gente abre. (...) A gente faz todo esse trabalho. É uma limpeza mensal. Todo mês você tem que trazer, limpar, selecionar. Dá muito trabalho. Durante seis meses, seis vezes que ela vem para a limpeza, para a seleção. (M09)
>
> Eu levo pro mar, boto as sementes, daí de quinze em quinze dias, no máximo de 25 em 25 dias, mês em mês no mais tardar, daí vai trocando, vai limpando até chegar nas lanternas. Quando tiver lanterna, o cara vai vendo, se estiver grande e estufada o cara tem que tirar, quando ela está querendo encher muito, o cara vai lá e tira da lanterna. A grande vai tirando de um lado, a média, vai selecionando em três tamanhos e vai botando na lanterna e deixando crescer. Ai você vai colocando uma lanterna bem grossa que é para não ir pegando muito sujeira até chegar o ponto de venda. (M05)

A comercialização dos produtos é feita diretamente ao público, pessoa física ou pessoa jurídica (bares, restaurantes), no próprio local de trabalho ou por entrega. Há também comercialização entre produtores, que depende de acordo mútuo. Uma vez que o cultivo de ostras iniciou-se com o Projeto de Desenvolvimento Sustentável da Maricultura na década de 80, a escolha da maricultura como atividade laboral se deve principalmente à condição anterior de trabalho como pescador ou filho de pescador e à possibilidade de complementação de renda. Porém, para os entrevistados esta não é considerada a única motivação. A experiência como estudante universitário e estagiário no LCMM/UFSC ou em uma área de cultivo, bem

[44] Os elementos característicos do processo de trabalho dos maricultores (objeto, ambiente, organização do trabalho, instrumentos e produto), com foco no processo envolvido no cultivo de ostras, estão descritos detalhadamente no Anexo 1

como o fato de gostar e buscar o contato com o mar foram também citados como aspectos estimulantes.

> É, a gente vive bem. De maricultura ganha bem no verão (...). A maricultura, para mim, está sendo melhor que a pesca. Que todo mês o cara tem dinheirinho na mão. E a pescaria está muito fraca. (M10)

> Eu sou formado em [...], daí como eu tinha o trabalho de conclusão de curso e eu já conhecia aqui a região, gostava do molusco, e vim conhecer. Quando fiz o trabalho de conclusão de curso eu conheci toda a região, conheci o seu (M09), então eu fui aprendendo aqui e gostei e optei. Até mesmo por dar uma condição de vida, por trabalhar com a natureza, e por gostar. (M03)

> Como a minha mãe me diz, foi o que eu escolhi e ela me dá todo apoio, me formei na faculdade de [...]. Pela minha formação acadêmica, por tudo aquilo que eu aprendi, estou investindo na atividade porque eu acho que é uma atividade que vai ter retorno futuramente, se está dando certo em vários países que a situação de produção lá são bem mais precárias que os daqui, por que não aqui? (M16)

> Eu venho para cá porque gosto. Eu gosto do mar. Gosto de lidar com o mar. Porque eu gosto de fazer isso. E é um meio de melhorar as condições de vida da minha família. (M12)

Nas falas dos entrevistados, freqüentemente há indicação de que estão satisfeitos com as condições financeiras oferecidas pela maricultura. Os benefícios materiais são declarados por aqueles que estão no ramo há mais de 10 anos. Para aqueles com menos tempo de trabalho, embora expressem influências de diferentes ordens (sazonalidade, qualidade da semente, necessidade de re-investimento na própria atividade), há expectativas favoráveis, principalmente relacionadas ao potencial de mercado da atividade.

> Eu trabalho agora tranqüilo, hoje em dia eu tenho condições, tenho 2 barcos, 1 canoa, montei a minha própria casa, tenho o meu carro, a minha moto. Então uma coisa eu te garanto, isso aqui não foi nada com o ordenado da outra empresa, porque se eu fosse manter a minha família com ele não dava. (...) Eu só sei dizer uma coisa, eu vou ficar trabalhando na maricultura até o dia que eu não puder trabalhar mais. (M06)

> E sou franco que, no início, eu ganhei muito com ostra, muito com marisco. E fiz muita coisa minha com o que eu ganhei da maricultura. Eu comprei uma lancha, comprei um terreno e de um tempo para cá eu resolvi mudar a minha política. (M17)

> Hoje, graças a Deus, acho que todo mundo tem um padrão de vida bom com esse negócio da maricultura. Graças a Deus, fome não se passa. Pelo menos ostra para comer tem. (M09)

> A maricultura até dá um certo lucro, mas ela é sazonal. Ela acontece muito no verão e no inverno o que a gente ganha é para se manter. Eu vejo que isso é o maior problema dos maricultores, em geral, porque como não conseguem guardar dinheiro para reinvestir, então, o capital acaba ficando preso e nunca se expande. (M16)

A principal característica do trabalho na maricultura, apontada pela maioria (12) dos entrevistados, é a exigência de esforço físico humano, especialmente nas etapas do processo que requisitam o manuseio de lanternas cheias de ostras, e de acordo com as rotinas estabelecidas de limpeza do produto. Os maricultores reconhecem o surgimento de tecnologias, durante este período de 20 anos de desenvolvimento da maricultura na região, que contribuem para reduzir tais exigências físicas, como o uso de guinchos e de estruturas fixas no mar.

> Tem muita gente que se machuca fazendo força ali, tirando lanterna. Até porque, aquela coisa, o mar estressa a gente, se você pega um mar ruim que fica toda hora batendo, vento contra, então às vezes você trabalha sob pressão, tem que fazer força, mais do que você pode fazer, se machuca. Quando estiver trabalhando lá no espinhel, que é um trabalho mais difícil, de tirar as lanternas da água, a você tem que estar com consciência total do que você está fazendo. (M14)

> A maricultura é um serviço bruto, pesado, tem que ter uns apetrechos bons. Naquela época que eu entrei para trabalhar, trabalhava com as sementes todas numa balsa e tinha que ser no remo, pra levar caixas e caixas para botar semente. Hoje não tem mais isso, tu bota 10 milhões de sementes em 2 berçariozinhos de seda e tem um barco a motor que vai e leva para cá e para lá, não faz mais força. Já foi se adaptando. Era pesado, e hoje não, hoje a maioria tem seu barco de pesca, as suas mesas (estruturas fixas). Na época tinha que ir pro mato pegar bambu, tinha que cortar elástico, correr para um lado, para outro, carregar todas as coisas pesadas no braço. (M06)

A evolução tecnológica da maricultura pode ser acompanhada também com a história individual de trabalho dos participantes desta pesquisa, apesar de que somente poucos as tenham disponíveis. No sentido ergonômico dessa evolução, os equipamentos são assimilados ou adquiridos de acordo com as necessidades, a partir de uma experiência anterior desfavorável, ou de critérios próprios de investimento.

> É complicado não carregar peso. Essa lanterna aqui fora da água, ela está leve. Fora da água tem uns vinte quilos, quando está lá dentro da água, com limo, com peso da água, ela tem a base de sessenta quilos, setenta. (...) Agora eu não faço muita força, eu puxo tudo no guincho, e na hora de arrear, eu puxo, arreio para a água tudo no guincho. Depois dali eu trago no carrinho de mão. Mandar em cima da beira é mais fácil. Antigamente, quando arrebentei a coluna, eu não tinha guincho, eu botei guincho esse

> ano. Aí foi o que eu mais estourei a coluna, eu puxava um negócio desse aí para o barco, aí eu me estourei. (M10)

> Na faculdade eu tive alguma noção disso, a gente tinha essa preocupação, foi passado bastante coisa para mim, mesmo assim eu sei que estou fazendo a coisa errada, que algumas coisas eu poderia estar melhorando como o nosso barco que não tem nem guincho e a gente usa, eu sei que é incorreto, mas mesmo assim a gente usa. É que no sistema de longline geralmente o pessoal usa um guincho no barco para suspender a corda para trabalhar e puxar a lanterna ereto e sem fazer força, isso é uma tecnologia para facilitar o trabalho e não forçar muito as costas é uma coisa que eu até tenho acesso, mas não implementei ainda justamente por dificuldades financeiras, pelo custo que isso vai me representar. (M16)

b) Infra-estrutura para o trabalho

A maricultura é uma atividade cíclica anual, que se inicia com a aquisição de sementes de ostras, principal insumo. Os maricultores do norte da ilha cultivam o tipo denominado ostra do pacífico (*Crassostrea gigas*). As sementes são produzidas pelo LCMM/UFSC e o cultivo da ostra é realizado no ambiente marinho, em suportes fixos ou flutuantes, tendo uma área física na terra – o rancho à beira-mar – para limpeza, seleção e comercialização do produto. Os ranchos são estruturas de madeira rústica, com aspecto improvisado e, via de regra, sem as condições ideais de higiene que permitam assegurar qualidade ao produto. Com exceção dos entrevistados M13 e M15, os demais trabalham em ranchos sem instalações sanitárias, condições apropriadas de higiene e conforto para os maricultores. Na região de Santo Antônio de Lisboa há um produtor (não participante desta pesquisa) que possui como base de trabalho uma balsa. Esta é uma alternativa para os maricultores que não dispõem de área física à beira-mar.

> Eu, por exemplo, tenho um galpãozinho mais ou menos, mas têm alguns aí que é complicado, mal-estruturado. Eu já vi, tem alguns que é bem mal estruturado. Eu, graças a Deus, tenho um galpão meio novo, falta botar o piso. (M15)

> Eu já trabalhei na balsa ali na praia, trabalhei há 2 anos e pouco ali, antes de alugar o rancho, mas era assim, a estrutura toda é a mesma só que agora a gente tem uma base terra, que antes trabalhava sempre no mar, só no mar, direto. (M14)

No cultivo da ostra, as despesas e investimentos estão relacionadas diretamente com a qualidade do insumo e, indiretamente, com o potencial de produção do maricultor, temperatura da água do mar, quantidade e qualidade dos equipamentos (berçários, lanternas, bomba d´água, barco, guincho, etc). As Intempéries e marés ocasionais também podem interferir no processo de produção e consumo do produto como, por exemplo, o ciclone extratropical ocorrido em 2005, que afetou consideravelmente a produção do sul da ilha, e a chamada maré vermelha, uma proliferação excessiva de microalgas, que produzem substâncias tóxicas (ficotoxinas) ao ser humano, ocorrida em janeiro de 2007, motivando a proibição da comercialização de moluscos pelos órgãos governamentais.

O investimento, em termos de sementes para cultivo, varia de acordo com o tempo e a experiência de cada maricultor, sendo comum entre os entrevistados o aumento progressivo da produção. Maricultores com menos de 3 anos na atividade ou que trabalham individualmente cultivam até 100 mil sementes anuais em média. Os maricultores consideram que o valor inicial de investimento é relativamente alto, principalmente para aqueles que vivem da pesca. O custo do investimento, a exigência de esforço físico para a atividade e as características culturais dos pescadores são considerados pelos entrevistados como fatores de desestímulo ao ingresso de novos maricultores no mercado.

> Se for começar como eu comecei com 10 mil, eu comecei com 10 mil sementes, depois 20, 30 hoje eu trabalho com cem, cento e pouco que é a conta, que tem que dar conta [...], mas quando eu vim para cá eu montei o cultivo de ostra para mim, eu tentei botar outra pessoas da minha área para incentivar que eles já eram pescadores. De todos eles só ficou eu, eles não quiseram, abandonaram, porque não dava para pescar, eles não tinham condições financeiras para arcar, para comprar material, por isso que eu digo para a senhora, a maricultura não é para pobre, não é para pescador, porque ele tem que ter investimento. Coitado de um pescador, ele nunca vai ter dinheiro para comprar as lanternas e berçários e investir, mesmo que ele faça um empréstimo no PRONAF como eu comecei [...]. (M06)

> Tem pouco peixe, o peixe está escasso. Peixe, camarão. Aí o governo tem que investir em cima na ostra. Esse pessoal aí da pesca. Muitos querem botar, não conseguem, que isso aí, para começar, tem que ter uns dez mil reais. Eu coloquei porque o rapaz [...] me deu uma força. Ele já estava há dez anos nisso, aí a primeira vez ele me deu uma mão, aí eu botei cem lanternas na água, agora estou com trezentas. (M10)

> A maior dificuldade que estou encontrando é que justamente como é atividade nova não tem muito insumo para isso e é tudo meio enjambrado como a gente costuma falar. Ostras, insumos para maricultura como corda, prato, lanterna, a gente está sempre em comunicação para saber se pintou

> algum local que eles vendam mais barato, o que geralmente a gente tem um contato assim, o que pintou a gente repassa para o outro e vice-versa. (M16)

> Para poder começar o negócio, porque dinheiro não tem, isso aqui tem que ter investimento já para começar, para ter lucro. Mas se tiver cara e coragem, começa. Eu comecei assim, hoje, no caso, eu só uso material bom, não uso material de terceira. Eu tento usar o material de primeira. Mas usei, para começar, usei, passei trabalho. Esfolei a mão aqui, porque foi pouca informação. Pouca informação é ruim de trabalhar porque tu não sabe lidar com a coisa. E aprendi no grito. Aprendi não, o cara nunca sabe tudo. Estou aprendendo. (M12)

> A gente não consegue acompanhar o preço do produto final com o da semente. A semente teve um aumento muito superior a tudo, eu acho, de todos os insumos hoje é o que está mais encarecido E o único produtor é o laboratório da UFSC, e o governo federal também, o IBAMA, a legislação não deixa fazer importação, que no caso teria oferta de produto, talvez pelo preço não seria tão conveniente, mas pela qualidade, que é produto melhorado, seleção. (M13)

Na produção anual de sementes há uma perda significativa durante o período de crescimento, resultante de diferentes fatores, decorrente especialmente da característica/qualidade da semente, temperatura da água e falta de manuseio e limpeza periódica. As sementes são geralmente adquiridas no final do verão, entre os meses de março e abril, recebem acompanhamento periódico (mensal) durante seis a nove meses, para comercialização no início do verão seguinte. Os entrevistados são unânimes em comentar sobre as dificuldades associadas às perdas com a mortalidade do produto. Além da temperatura da água, principal fator associado à mortalidade, metade dos entrevistados relataram problemas com o desenvolvimento das sementes, cujo prejuízo recai exclusivamente ao produtor.

> As sementes também têm umas que não são tão boas que vem de lá do laboratório. Uns pegam uma semente que cresce bem, outro produtor já pega semente que não desenvolve. E não tem como saber, porque lá dentro do laboratório da Universidade eles fazem desova de diversos produtores, diversas matrizes, então uns lotes são bons e outros não. Por acaso tu pegas aquele lote que é bom, a peneiração daquelas sementes dos reprodutores bons, eu de repente já pego de outro que não está bom. (M06)

> Todo ano, isso é uma grande dificuldade, porque só a Universidade que fornece a semente pra gente, ai tem que esperar por escala, por tempo, tem época que tu pega a semente e não é a época certa para ti cultivar, porque é a época que tem muito mais mortalidade, hoje, as sementes agüentam mais o inverno e o verão aqui, porque já são reprodutores, já estão acostumadas ha 4, 5 anos aqui dentro da Ilha. Mas antigamente os reprodutores vinham do Canadá, do Chile e o nosso inverno aqui era o verão lá no Canadá, então tinha uma mortalidade enorme de 80%. Hoje

> não, a mortalidade aqui dentro da nossa baia é de 30%, 40% porque já estão se acostumando, se adaptando ao clima aqui da nossa Ilha. (M06)

> A gente não tem garantia de que a ostra vai crescer e a safra vai ser boa. A gente é obrigada a pagar tudo direitinho, só que a gente não tem garantia se aquilo vai crescer, a gente é uma safra que é outra produção primária. [...]. Então a gente trabalha, tem a mão de obra que é a parte mais cara disso, porque é difícil as pessoas quererem sair para o mar no inverno, no frio, chovendo, ventando, então eu acho que quem trabalha com isso tem que ganhar bem, e todo material é caro. Você corre um monte de risco, porque quando você recebe a semente, em uma colher cabem 10 mil ostras e ela vai crescendo, é em ordem progressiva, de uma lanterna vira 20, então dá trabalho, é 1 ano de trabalho ai quando chega no final do ano, você não ter retorno nenhum, você gasta muito para trabalhar naquele ano e você ganha o que? (M14)

> Tu começas a criar uma ostrinha desde pequeninha que ela tem um centímetro ou menos até, milímetro, começa a criar ela até 7, 8 meses. Cada 30 dias tu traz ela para a terra para fazer a limpeza, separar os tamanhos e mudar de vasilhame, quando chega no verão que tu vai vender e vê que morreu bastante as vezes tu tem até 30, 40% de mortalidade. (M07)

Há, ainda, outros fatores citados espontaneamente pelos entrevistados externos à maricultura como atividade econômica, porém com repercussão negativa na qualidade do produto e na continuidade dessa atividade: 1) a falta de saneamento básico na região e de tratamento adequado dos resíduos domésticos, que interferem na qualidade da água do mar; 2) o roubo de insumos e equipamentos. Tanto a questão do saneamento básico, quanto do roubo, são temas que extrapolam o âmbito de discussão desta pesquisa e que carecem e merecem atenção e debate ampliados da sociedade, em direção a uma reforma sobretudo ética e política. Mais uma vez é possível considerar aqui, na falta desse debate, a pertinência do conceito de “recaída na imediatez” para tal inércia social, como se normal fossem a falta de saneamento e o roubo.

> O rancho do [...], o primeiro esgoto grande que tem do lado direito, se ficar um mês sem chover, os canos ficam fechados, lacrados pela areia e fica acumulando fezes de trinta dias, por dentro do cano. Vai acumulando, acumulando até lá em cima. E de repente dá um temporal. Quando dá um temporal, força a saída daquilo tudo ali, aí estoura na beira da praia. Aí quando estoura na beira da praia, o que estava acumulado de coliforme fecal durante trinta dias lá em cima, desce tudo para a beira da praia. Aí eu te garanto que ninguém entra dentro do mar durante dois, três dias. Quer ver se deu um ventinho sul de leve, o cheiro de fossa entra por todas as casas dali da frente. É bem grave o que acontece ali. (M17)

> Que o roubo é grande, tem muito roubo. O que eu vejo que acontece, que chega a prejudicar, é o roubo de semente. Que na época da semente, você tem uma tábua aqui do tamanho dessa mesa, eu tenho quinhentas mil

> ostras, que vale dez mil reais. Dentro de uma caixinha aqui. Então, se levarem isso, me levaram a produção do ano inteiro e um investimento de dez mil a vista. Esse é o drama. Se me roubam uma lanterna de ostra grande e eu tenho quinhentas lanternas, é uma porcentagem ínfima. Agora, se me levam uma caixa de semente é um prejuízo. (M11)

Foram citados, também, os aspectos positivos da maricultura, relacionados ao seu potencial econômico de desenvolvimento sustentável. Há uma preocupação entre os maricultores e, de certa forma, o princípio de uma consciência coletiva[45], para evitar a degradação ambiental, buscando a proteção do meio ambiente marinho (água e espaço marítimo). No entanto, devido ao curto período de existência da maricultura, são ainda pouco conhecidos os impactos dessa atividade no meio ambiente.

c) O Grupo dos Maricultores Produtores

Os maricultores, como membros de grupos, interagem uns com os outros, configurando grupo de trabalho, quando se trata de colegas dentro de cada fazenda marinha e grupo tipo comitê, quando se trata de defesa de seus interesses em reuniões da AMANI. As relações interindividuais em ambas modalidades são mediadas por normas compartilhadas, quer trabalhistas, quer de arranjo colegiado, e por relacionamento menos pessoal, exceto nas situações em que trabalham juntos pai e filho, irmãos ou companheiros (por exemplo M02; M06; M14; M15), nas quais geralmente são relatadas sobreposições de papéis.

Os maricultores são, a um tempo, colegas, quando em defesa da maricultura como fonte de trabalho e renda, e concorrentes, aos olhos do mercado, o que gera e implica tensões e dificuldades para fortalecimento do grupo em torno de um projeto político cooperativo.

> Não tenho nada contra. Só tenho contra, às vezes, quanto ao preço. Tu trabalhas aqui e o outro trabalha ali perto da sua porta. Tu vendes um preço, ele vende outro. Estraga o mercado. Como eu já falei a primeira vez. Mas se todos fizerem um preço padrão. Todo mundo vender o mesmo

[45] A relação meio ambiente e maricultura é tema freqüente em reuniões da AMANI

> preço. Não tem o que reclamar. Todo mundo vai comprar igual. Agora, se bota um preço mais baixo, outro bota mais alto, daí há concorrência. (M09)
>
> É um problema social dessa profissão, sabe? As pessoas não querem se unir para todo mundo ganhar, todo mundo quer o seu, daí se machuca muito, passa a perna no outro, passa por problemas, passa por crises, fica sem dinheiro, sem vender. Se todo mundo se unisse, tivesse uma cooperativa, o povo não é muito unido na nossa classe. (M14)

Dos 18 maricultores entrevistados, 7 trabalham de modo individual, isto é, sem qualquer outro ajudante auxiliar. Em geral, têm uma produção pequena (em média 500 sementes) e não querem (por exemplo, M09; M17) ou não conseguem um auxiliar de acordo com seus critérios de seleção (M03). Os demais trabalham em sociedade, em parceria dividindo o mesmo espaço físico, ou de modo empresarial. Todos admitem ter bom relacionamento com os colegas, embora nem sempre de forma constante.

> Eu tive um empregado só que é muito complicado, porque eles não têm o compromisso, por exemplo, já tive 3 pessoas que trabalharam comigo, mas que não duraram muito. (M03)
>
> Tranqüilo, tanto com (...), quanto com o (...), a gente divide bem a tarefa. De um ano e meio para cá nunca teve nenhum conflito, que pudesse por em risco alguma coisa. (M16)

A respeito do relacionamento entre produtores de diferentes fazendas ou áreas demarcadas, os entrevistados, em sua maioria (14), consideram manter bom relacionamento com grande parte dos demais produtores da região norte da Ilha, mesmo considerando divergências ou falta de cooperação entre os membros do grupo ou apontando diretamente algum produtor desafeto.

> Eu me dou bem como todo mundo, superficialmente a gente se dá bem com todo mudo, mas é uma coisa assim, porque se você tenta fazer qualquer coisa para mudar as pessoas não aceitam, são resistentes a tudo que você tenta fazer. Então acaba que você tem um relacionamento superficial com todo mundo. (M14)

De acordo com a classificação de Argyle (1976) sobre as fases de desenvolvimento da estrutura e das tarefas de grupo, os maricultores encontram-se ainda em momento preliminar de formação, com distúrbios aparentes, opiniões polarizadas e resistências de diferentes ordens como, por exemplo, liderança atual da Associação e proposições comerciais.

Em Santa Catarina estão constituídas várias formas associativas para maricultores, totalizando 20 associações[46] locais e duas associações estaduais: a Associação Catarinense de Aqüicultura (ACAq), fundada em 1985 com o objetivo de representar os segmentos da aqüicultura catarinense e a Federação das Associações de Maricultores do Estado de Santa Catarina (FAMASC), fundada em 1999, com o objetivo de representar os interesses dos maricultores. Além destas entidades representativas, existe também a Cooperativa[47] Aqüicola da Ilha de. Santa Catarina (Cooperilha), criada em 2001, com sede no bairro Ribeirão da Ilha, cuja ativação da unidade processadora de moluscos se deu em 2006. Essa Cooperativa conta atualmente com 36 cooperados, produtores principalmente da região sul da Ilha. Tem finalidade de garantir ao produto a certificação de processo, qualidade e origem, com emissão do Selo de Inspeção Federal (SIF), exigido pelo Ministério da Agricultura para comercialização da ostra fora da capital catarinense.

Das associações locais de maricultores, 3 situam-se na Ilha de Santa Catarina: Associação de Maricultores e Pescadores de Cachoeira (AMAPESCA), Associação dos Maricultores do Sul da Ilha (AMASI) e Associação dos Maricultores do Norte da Ilha (AMANI). Esta última foi declarada de utilidade pública[48] pela Prefeitura Municipal em março de 2000, está filiada às duas associações estaduais e congrega os maricultores associados na região de interesse desta pesquisa. Está sediada no bairro Cacupé, realizando reuniões ordinárias mensais, às primeiras quartas-feiras de cada mês.

Do total de entrevistados, 16 são associados da AMANI e 13 freqüentam regularmente as reuniões. Um pouco mais da metade (10) manifestou descontentamento com o desenvolvimento das atividades da AMANI.

> A única entidade que realmente a gente participa é a da AMANI, porque uma vez por mês tem reunião, é sagrado, e eu faço questão de ir até para rever o pessoal, porque tem gente que mora mais longe e a gente não está todo dia em contato. E a gente vai mesmo, mesmo que não tenha muita

[46] Associação é uma sociedade civil sem fins lucrativos, uma forma de organização permanente e democrática, por meio da qual um grupo de pessoas, ou de entidades, buscam realizar determinados interesses comuns, sejam eles econômicos, sociais, filantrópicos, científicos, políticos ou culturais. (Sebrae, 2006).
[47] Cooperativa é uma sociedade, de no mínimo 20 pessoas físicas, que se unem voluntariamente para satisfazer necessidades, aspirações e interesses econômicos, por intermédio de uma empresa de propriedade coletiva e democraticamente gerida, com o objetivo de prestar serviços aos seus sócios, sem fins lucrativos. (Sebrae, 2006).
[48] Lei Municipal 5.644/2000

> coisa, muito assunto importante, a gente vai. Só pelo contato que é interessante.(M13)
>
> Eu tenho participado pouco de reunião agora, só que eles não fazem nada, o que eles fazem para nós? Para nós eles não fazem nada (M05)
>
> Às vezes, a maioria das reuniões quase não se aproveita, porque eles falam muito e fazem pouco. Têm muitos que desistiram por causa disso. Muitos vinham discutir interesse próprio. Faz tempo que não tem uma boa reunião. (M12)

Há um aparente descompasso entre as exigências de organização tanto do grupo, quanto da organização representativa, quanto do setor, no sentido da produção e comercialização. Muitos temas de alta relevância para o desenvolvimento da maricultura, como por exemplo, a qualidade da água, a certificação do produto, a destinação dos dejetos, financiamento para produção, além de assuntos específicos relacionados especificamente à qualidade do produto, etc., não dependem de decisões somente desse segmento. Freqüentemente são convidados técnicos de áreas do governo e responsáveis pelas associações estaduais para exposição e debate de assuntos demandados por estes diferentes atores. O tema da saúde do maricultor, de interesse desta pesquisa, embora importante na opinião dos entrevistados, nunca foi abordado de maneira formal nas reuniões da AMANI. Somente em conversas entre colegas, sobre episódios ocorridos.

> Que eu saiba nunca foi. Em conversas paralelas a gente comenta que fulano está com algum problema, sicrano está sentindo alguma coisa, mas em assunto específico nunca foi tratado. (m16)
>
> Muito pouco. Eles falam muito da saúde da ostra, se a ostra estiver bem eles estão bem, eles tratam dessa forma. (M06)
>
> Saúde nunca foi discutido. Agora que você falou, tocou aqui nesse assunto e não tinha ainda me tocado nisso. Nunca foi falado nisso e é importante. (M11)
>
> Eu nunca vi ninguém, nunca conversei com ninguém sobre isso. Sobre esse fato assim mesmo. Eu vejo que as pessoas reclamam e tomam remédio e ninguém tem um conhecimento melhor, por que ele chega e fala assim “você tem que se proteger mais, põe uma roupa de borracha para você não ficar se molhando o tempo todo porque isso com o tempo pode ficar pior”, mas acho que eles não tem um preparo para isso não, para associar saúde com maricultura. (M14)

Somente 2 maricultores (M08 e M13) comentaram sobre propostas de cobertura assistencial (de urgência e odontológica), por meio da AMANI, rejeitadas pelos associados.

> Eu fiz uma proposta da gente ver um plano de saúde de atendimento imediato, aquele tipo socorro *Help*, sei lá o que era que a gente pagaria uma parte e eles não quiseram nem saber, não deu nem começo. (M08)
>
> Já aconteceu de vir gente propor tratamento odontológico, dar desconto porque é da associação, mas não foi aceito. (M13)

d) Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho na percepção dos maricultores

A percepção dos riscos à saúde e, em especial, dos riscos ocupacionais a que o maricultor está exposto representa uma condição que influencia seu comportamento e sua própria exposição. Foram considerados relevantes os juízos manifestados sobre riscos ocupacionais e os modos de prevenção aos riscos identificados. Com relação aos riscos no ambiente de trabalho, 10 maricultores citaram mais de um tipo, podendo ser agregados em 4 conjuntos:

1) riscos associados à atividade humana (23 referências), tais como acidentes por cortes, principalmente pela casca da ostra; excesso ou inadequação do trabalho músculo-esquelético (sobre-esforço), com agravo na coluna vertebral ou outras regiões do corpo; choque elétrico; queda do barco; e exposição ao sol de forma inadequada.
2) riscos associados às condições climáticas e/ou marítimas (2 referências), entre elas as tempestades, os ventos e o mau tempo de modo geral, que podem virar o barco e provocar quedas no mar.
3) riscos associados à infraestrutura inadequada (5 referências) do ambiente (p. ex. rancho de madeira, presença de ratos), dos materiais (p. ex. facões enferrujados) e dos equipamentos (p. ex. bomba d´água elétrica, barco sem guincho), caracterizam condições gerais precárias de trabalho.

4) riscos associados à poluição do mar e falta de saneamento (4 referências), considerados potencialmente prejudiciais tanto para o maricultor, quanto para o consumidor do produto.

Um maricultor jovem, que ainda não contribui com a previdência social, considera também como risco à sua saúde a preocupação com a desproteção previdenciária, uma das características da precarização do trabalho, embora esteja consciente de sua condição de trabalhador autônomo. As tensões e conseqüências emocionais e psicológicas decorrentes de situações como roubo do produto, falta de segurança nas áreas de cultivo e problemas com o crescimento de sementes e mortalidade do produto também foram lembradas como riscos à saúde. 3 entrevistados (M01, M03, M05) consideram que não há riscos em seus ambientes de trabalho.

> Risco de acidentes sim, pode sim, sei lá, pode ir lá no mar e cair, virar o barco como já me aconteceu várias vezes, mas a gente procura mais ou menos não misturar, quando estar no trabalho, estar concentrado no trabalho. Ficar concentrado naquilo que está fazendo. (M04)

> Tu trabalhas ali com uma bomba, olha isso tudo é marca da bomba, da bomba que eu lavo a ostra, a bomba faz isso. E a própria ostra corta a mão, se tu não te cuidar, se tu não tiver, às vezes precisa correr no posto de saúde fazer ponto, todas estas coisas. (M18)

> Tem vários riscos de acidente, acho que o mais é de acidentes, que a gente não prevê. Eu acho que todo local de trabalho tem, todo local tem, quem trabalha com motores, com coisas pesadas, com guincho, ninguém está livre de acidentes, a gente tenta evitar o máximo, instalações elétricas como é beira do mar já aconteceu de morrer maricultor com lavação de ostra, com choque elétrico. (M13)

Os maricultores comentaram sobre acidentes sofridos no trabalho. O acidente do trabalho é aquele que ocorre pelo exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal de trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2002b). Os acidentes do trabalho são caracterizados técnica e administrativamente pela perícia médica do Instituto Nacional da Seguridade Social do Ministério da Previdência Social. A Portaria 1.339/GM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) dispõe que o diagnóstico

e tratamento das doenças, bem como o estabelecimento do nexo causal entre a lesão e a exposição ao agente causador, competem aos médicos do SUS.

Embora sem uma caracterização técnica e administrativa, 11 maricultores descreveram acidentes ou doenças que eles mesmos associam à sua atividade na maricultura. Somente um deles (M06) passou por perícia médica, porém optou pelo não-afastamento de suas atividades laborais.

Os acidentes citados foram cortes (8 citações), principalmente nas mãos, devido ao manuseio da ostra e fraturas devido a queda no mar (1 citação). Tais acidentes poderiam ser evitados com o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI)[49]. A maioria dos maricultores (14) citou que em algum momento de sua vida laboral já manifestou lombalgia e/ou mialgia e/ou ciatalgia devido ao esforço e postura incorretos, considerados como problemas “normais” na maricultura. Alguns dos problemas de saúde citados anteriormente foram relacionados ao trabalho na maricultura: lesão cutânea por exposição de sol, leptospirose, hipotermia, pneumonia, uma ocorrência para 4 maricultores distintos. Um maricultor comentou nunca ter sofrido qualquer acidente ou doença relacionada as suas atividades na maricultura e 6 não informaram.

A Fundação de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO, 2006) inclui a maricultura e, especificamente a ostreicultura na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e cita alguns exemplos dos riscos encontrados na atividade de pesca, que podem ser considerados comuns à ostreicultura, como insolação (corpo e olhos); umidade; químico; ergonômico (postura); Lesões por Esforço Repetitivo – LER; biológicos (possibilidade de contaminações); riscos de acidente (queda, cortes, queimaduras e intoxicações).

> Às vezes, eu me machuco. Já me machuquei com algum corte de ostra, essas coisas. Mas é normal cortar o dedo com as ostras. Como esses dias aconteceu com ele, pegou em cima da veia dele aqui saiu um monte de sangue, se tivesse usando uma bota...(M01)

> Anteontem, fui lá fora pegar uma lanterna de ostra e senti um estalo no nervo, já não pude mais, já não pude mais me mexer. Já saiu o nervo do lugar, uma distensão muscular. Isso acontece, você não prevê. É uma coisa que acontece. (M09)

[49] Equipamento de Proteção Individual (EPI) é todo meio ou dispositivo de uso pessoal destinado a proteger a incolumidade física do trabalhador durante a atividade laboral.

Equipamentos de proteção individual (por exemplo luva, bota e protetor solar) e de proteção coletiva (por exemplo carrinho de mão para transporte e barco equipado com colete, remo, ancora e guincho), bem como comportamentos individuais (por exemplo, concentração na execução da tarefa, colaboração em atividades de esforço, cuidado com a postura corporal e saber nadar) são lembrados pelos maricultores como meios de prevenção aos riscos ocupacionais percebidos.

> Eu trabalho no sol, mas geralmente eu passo filtro solar. Não dá, o cara tem a pele clara. A pele escura já não tem aquela proteção toda, mas tem mais proteção, é mais resistente que a pele clara. Tentar se proteger o máximo possível. (M12)

> É um serviço que explora bastante a coluna, mas a gente tem guincho. A gente tem o equipamento uma para agilizar o serviço e outra também para não forçar muito. E pouquíssimos têm guincho, assim, não sei se é falta de preocupação ou de acesso a isso. Não tem fabricante, não é uma coisa que tem no mercado em qualquer lugar para adquirir. É uma coisa relativamente cara, é um investimento porque você vai atrás de um profissional para fazer uma coisa sob medida para você, não é uma coisa padrão, não tem isso para vender. (M13)

No entanto, é curioso que embora conheçam, nem todos usam tais equipamentos ou adotam tais comportamentos, considerados ideais, mas de difícil aplicação no dia-a-dia. Há uma sazonalidade para uso de equipamentos de proteção individual (luva e bota) utilizados mais comumente no inverno. Somente 3 maricultores afirmam utilizar luva e bota em tempo integral. Nenhum maricultor comentou sobre prevenção de riscos ocasionados pelas condições inadequadas de segurança e de infra-estrutura do rancho.

A proximidade ou distanciamento entre os maricultores e, por extensão, da possibilidade de maior organização cooperativa do grupo pode ser também observada nas manifestações relativas ao processo saúde-enfermidade-atenção que envolve os componentes. Quando questionados sobre problemas de saúde ou acidentes com outro maricultor, em especial devido ao trabalho na maricultura, a maioria (14) citou algum caso específico, além de outros problemas (lombalgia, ciatalgia, alergias, depressão) que afetam os maricultores. 3 dos entrevistados negaram conhecimento e um não fez comentários a esse respeito. Os casos exemplares relatados envolvem 2 trabalhadores que permanecem ativos e um caso de óbito por choque elétrico. Estes casos são tratados pelos maricultores como fatalidade, que se aproxima do conceito de “recaída na imediatez” descrito no

capítulo 2, exemplificando o aspecto da coisificação ou naturalização do processo de trabalho.

> Tem um caso de um rapaz, que se machucou, já falaram para você? Deu uma ferida na perna, eu não sei, parece que por causa da ostra, da casca da ostra. Não sei se ela ficou acumulada ali, inflamou, eu não sei como é que foi. Só posso dizer que ele ficou parado um bom tempinho por causa disso. (M01)
>
> O (...) é um que está com problemas sérios de saúde, de costas, como diz, esquelético. Articulações, costas, ele está tomando remédio forte muitas vezes para trabalhar. Anti-inflamatório, analgésico, até injeção para poder trabalhar. Esse acho que é o caso mais sério que eu conheço aqui. (M11)
>
> Já aconteceu de morrer maricultor com lavação de ostra, com choque elétrico. Já faz uns quatro anos, eu lembro porque eu tinha amizade com ele, lembro bem, era amigo assim, eu tinha bastante contato ele, fez faculdade também Foi trabalhando, lavando, e ali coincidiu várias coisas. Porque a máquina era nova até, a instalação elétrica, talvez não estava bem aterrado o sistema, depois uma máquina nova não poderia ter descarga assim. Ela não tinha tanto uso talvez o fabricante também tenha culpa, porque a mangueira que era usada para lavar jato era com trama de aço por dentro. E algum ponto daquela mangueira foi sovado.Ficou exposto.Foi o terra da máquina que encostou nele. Ele estava trabalhando sozinho de madrugada, se estivesse trabalhando com um pessoal perto, alguém poderia ajudar ele. Então coincidiram várias fatalidades. (M13)

4.2 O SISTEMA DE SAÚDE: COMPONENTES OPERATIVO E FORMULATIVO DA DIMENSÃO ESTATAL

4.2.1 O componente operativo do sistema de saúde no contexto da Saúde do Trabalhador: a percepção dos profissionais de saúde

O componente operativo do sistema de saúde inclui o conjunto de ações e serviços oferecidos e/ou prestados aos cidadãos como respostas da função estatal às suas demandas. Os princípios e diretrizes do SUS orientam a organização dos serviços de saúde de forma descentralizada, regionalizada, com hierarquia de

complexidade de ações e serviços, entre outros, de acordo com as responsabilidades e competências de cada esfera gestora em seus diversos níveis: municipal, estadual e federal. No contexto da Política de Saúde do Trabalhador, a abordagem, neste componente, restringiu-se às ações e percepções dos profissionais de saúde e os serviços prestados por uma unidade básica de saúde no âmbito de um distrito sanitário - o Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa, uma vez que está definida, para o nível da Atenção Básica à Saúde, a porta de entrada no sistema, inclusive para a população trabalhadora. Além disso, o aparato legal do SUS reforça, cada vez mais, a Estratégia de Saúde da Família como mecanismo basilar para o modelo assistencial nele desenhado. Para esta análise, buscou-se identificar e descrever variáveis que permitissem traduzir as interações entre usuários trabalhadores da maricultura e o serviço local de saúde, a partir da atenção oferecida por profissionais ali lotados. Foram agrupados dois conjuntos de variáveis: 1) características e atividades dos profissionais de saúde; com ênfase na atenção básica ao trabalhador (assistenciais e preventivas) e estratégias adotadas; 2) os recursos disponíveis na unidade para a atenção à saúde, considerando o cenário da política de saúde do trabalhador.

É importante assinalar que o período das entrevistas com os profissionais de saúde a gestão municipal vencedora do pleito eleitoral de 2004 completava apenas um ano de atividade, considerado ainda um momento de transição e adequação ao novo regime administrativo.

a) Características e atividades dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde entrevistados compõem as duas equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa: dois médicos, duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem. Adicionalmente, foram entrevistadas duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), vinculadas cada uma às áreas territoriais definidas para cada equipe. Estas ACS têm o 2º grau de escolaridade. Uma enfermeira e os dois médicos têm pós-graduação, em nível de especialização na área da Saúde Coletiva (Saúde da Família; Residência em Saúde da Família e

Medicina da Família e da Comunidade). O horário de trabalho é de 8 horas/dia e o tempo de trabalho naquela unidade de saúde varia de 6 meses a 7 anos, sendo que 4 profissionais trabalham há menos de 1 ano e 2 há mais de 5 anos. As atividades são realizadas de acordo com a formação profissional.

Como característica da Estratégia Saúde da Família, os profissionais de nível superior realizam visitas domiciliares nas famílias das áreas respectivas, conforme disponibilidade de carro oficial para locomoção. O trabalho diário das ACS consiste de visitas domiciliares, que deve se repetir mensalmente a cada família, respeitando o acompanhamento dos chamados “marcadores” ou indicadores do Pacto de Indicadores de Atenção Básica, nos eixos da saúde da criança, da mulher, da saúde bucal e de grupos populacionais definidos por agravos (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase). De modo geral, as atividades realizadas mantêm o padrão de consultas individuais para os médicos; de coordenação da equipe e dos ACS para as enfermeiras e de procedimentos de enfermagem para as técnicas e participação das equipes em reuniões de grupos específicos (hipertensos; diabéticos e gestantes).

> Nós oferecemos os serviços que são de praxe da Secretaria, que são próprios do Programa de Saúde da Família. A gente está nessa discussão de demanda, se demanda livre ou não, de como oferecer esses serviços. Por enquanto está mantendo a sistemática de consultas agendadas a curto prazo para não deixar acumulando. A rigor, a gente trabalha bastante na demanda espontânea. Basicamente é isso, mas dentro dessa demanda espontânea a gente trabalho muito a prevenção, eu, particularmente, muito a prevenção. Através dos grupos, através da própria consulta mesmo. (P06)

Os profissionais de saúde visitam somente residências Estabelecimentos religiosos e comerciais são considerados de competência da vigilância sanitária. Um médico é supervisor de alunos da 10ª fase do curso de medicina, do Programa Docente-Assistencial, um convênio entre a UFSC e a Prefeitura Municipal. Outra médica se dedica à realização de atividades “extras” com a comunidade, dentre elas a coordenação de um Conselho de Saúde Mental.

> Eu comecei a observar uma demanda muito grande em atendimento de pessoas que tinham queixas psicossomáticas, muitas pessoas com depressão, muitas pessoas com ansiedade que vinham no Posto, além dos pacientes psicóticos que só vinham pedir receita, mas principalmente esses mais com depressão e ansiedade, e isso me chamou a atenção. Eu comecei a convidar algumas pessoas enquanto estavam passando pela

> consulta, que se interessava pelo tema e formamos um grupo que funciona já há dois anos e meio, já nos reunimos com freqüência e a gente tenta implantar na comunidade ações que possam promover a Saúde Mental. (P06)

Os profissionais de saúde são unânimes em comentar sobre a ausência de um programa ou projeto de atenção ao trabalhador, ou seja, não são desenvolvidas naquela unidade ações específicas a esse grupo populacional. Todos os entrevistados afirmaram desconhecer a legislação e outras normativas do SUS para o trabalhador. Regra geral, para a condição de trabalhador, na atenção básica o sistema oferece uma atenção individual de atendimento à demanda, através de consultas e procedimentos, como vacinas, curativos, etc.

> Específico com trabalhador não tem. Tem assim, consultas, pacientes que precisam de atestados por manipulação de alimentos, pacientes que precisam de esquema de vacina porque trabalham em obras, tudo isso é concedido nesta unidade. Consultas médicas por algum motivo, e até mesmo pra atestado. Trabalho em grupo pra eles não tem, não existe. (P03)

> Eu acho que como a gente não tem tanto essa atenção, eles não procuram também. Como a gente não tem, eles não vêm. Só acho que deveria ter mais acompanhamento com eles, mais exames. (P04)

A perspectiva do desenvolvimento de uma atenção voltada à população trabalhadora naquela unidade de saúde parece restringir-se à visão e aos interesses pessoais de trabalho de cada profissional de saúde, na dependência de uma ação conjunta para além dos protocolos definidos e das exigências do Programa da Saúde da Família, conforme citado por apenas um deles:

> Essencialmente com trabalhador nenhuma. Eu até tive a vontade de desenvolver alguma coisa, conversei com o intendente há um ano atrás, pedi que ele ajudasse nesse sentido, que eu pudesse ter um canal de aproximação com os pescadores, que eu achava que naquele momento eu me interessava muito trabalhar mais de perto, mas não houve continuidade e eu também me envolvi com outros projetos. [...] Mas eu já tive idéia, já tive vontade de trabalhar especificamente com o pescador e com outro grande grupo de trabalhadores que tem aqui que são os trabalhadores do setor terciário, que é restaurante. Tem muitos, muitos vem até a Unidade de Saúde com problemas de saúde, muitos principalmente em temporada, onde há muita sobrecarga de trabalho. [...]. Não por ser pescador só, mas por uma coisa que eu acho que é uma atividade comercial ainda importante aqui, a maioria é de nativos e eu acho que eles são pouco, vamos dizer assim, acarinhados pelo sistema público, eles não tem muita acolhida na necessidade própria específica deles, que eu inclusive conheço muito pouco. Eu acredito que eles devam ter problemas de saúde próprio deles, e eu acho que eles merecem toda atenção do sistema. (P06)

Na percepção dos profissionais de saúde há uma boa relação entre eles e a população, devido à cobertura em termos de consultas, procedimentos e medicamentos. Embora inexista uma programação voltada à saúde do trabalhador, os profissionais identificaram características peculiares a diferentes tipos de ocupação e sazonalidade, e sua relação com a freqüência em consultas. A maioria (06) dos profissionais reconheceu, também, dentre os maricultores, aqueles que são usuários de rotina do Centro de Saúde, independentemente da vinculação trabalho-saúde.

> Eles procuram quando precisam. [...] Vem bastante gente assim que trabalha na construção, com posto de gasolina, que são pessoas que trabalham em casa de família. Trabalham em sítios. Mas agora no verão a gente vê que eles quase não aparecem. No verão tem muito emprego. Ai depois que passa, porque é só por temporada, eles começam a utilizar novamente. Daí eles vem com dor na coluna, vem com dores em geral. Vem fazer os exames que não conseguiram fazer no verão. Dor de cabeça. Às vezes procuram pra fazer exames, porque como eles estavam no verão trabalhando, eles vem no inverno marcar fisioterapia, fazer o tratamento que eles não puderam fazer no verão. (P04)

> Quem eu conheço de maricultores são [M08] e [m18]. O [M18] tem a pressão alta e vem aqui. A gente faz o atendimento, verifica a pressão, faz o acompanhamento... [M08] vem aqui pra uma consulta eventualmente, ela esteve aqui algumas vezes com enxaqueca, com vômito. (P03)

> É como todos os autônomos, na verdade esta é uma situação que é da cabeleireira, da manicure... autônomos que vem aqui também. Eu acho que o maricultor, eu tenho muito pouco contato com a realidade deles, mas eu acho que hipoteticamente, ele deve estar exposto ao sol, ele deve estar exposto, submetido a atitudes que possam lesar o aparelho locomotor dele, com conseqüências mais para o lado osteomuscular, postura errada. [...] muitos vem aqui com lombalgia. Carregam muito peso. (P06)

b) Ações, recursos e estratégias de Atenção Básica ao trabalhador

Embora as diretrizes da atenção básica na Saúde do Trabalhador estabeleçam as operações para desenvolvimento das atividades e práticas locais de vigilância e de assistência, pode-se afirmar que não há especificidade no desenvolvimento de ações voltadas ao trabalhador no Centro de Saúde em questão, fato reconhecido pelos profissionais participantes desta pesquisa. Contudo, não

cabe aqui a avaliação da inserção (ou não) do Programa de Saúde do Trabalhador, já que a formalização dos processos desta área é tão recente quanto o próprio SUS, numa perspectiva de mudança de modelo de atenção à saúde, de organização e financiamento da rede de assistência e, mesmo, de pactuação e compromisso de gestores com a Saúde. Um aspecto importante a ser considerado no desenvolvimento das ações na atenção básica reside nas tecnologias e nos métodos adequados às funções e competências desse âmbito de atenção, principalmente relacionadas à promoção e prevenção, porém pouco assimilado pela população em geral, e pela mídia, em particular. As profissionais P01 e P06 comentaram essas funções:

> Infelizmente nós temos a mídia, que diz uma coisa e nós somos outra. A mídia fala que nós temos que atender, até teve uma reportagem esses dias que o Posto de Saúde fechou do meio dia a uma que é horário de almoço. A mídia não tem visão que nós trabalhamos com a prevenção. Então nós não trabalhamos com a urgência e emergência, nós trabalhamos com a prevenção. Então qualquer coisa que aconteça dentro do horário de almoço, ou fora do horário de atendimento do Posto é uma urgência ou emergência, dependendo do caso. Então nesses casos eles teriam que ser encaminhados, porque numa urgência ou emergência os Postos de Saúde não tem condições de agir em cima daquele caso. (P01)

> Eu acho que a gente tem que ter bem a noção do que é atenção básica. Hoje a gente está desenvolvendo ações de atenção básica na atenção básica que a gente tem uma resolutividade muito boa. O que nós estamos com dificuldade é que nós estamos sendo obrigados a fazer ações de atenção secundária na atenção básica, e nós não somos atenção secundária. Então essa leitura não está sendo feita, mas eu acho que ela tem que começar a ser discutida, porque senão, daqui a pouco, o pouco que a gente está conseguindo fazer, que eu já acho que é muito, mas o pouco em termos de sistema, nós vamos começar a não fazer mais, porque vai embolar a atenção secundária não resolvida dentro da nossa atuação e não é assim. (P06)

A maioria (5) dos profissionais entrevistados acredita que a realização de atividades de promoção e prevenção, por meio de atividades de grupo, é uma das principais formas de abordagem aos trabalhadores na atenção básica. Há concordância entre os profissionais de nível superior a respeito da necessidade de capacitação na área como pré-requisito para as demais ações. Para as enfermeiras, o desconhecimento dos problemas que atingem os trabalhadores, em especial os maricultores, é considerado um dos entraves para essa inclusão. Na visão dos médicos, além da necessidade de capacitação na área da Saúde do Trabalhador, é fundamental que se efetive o fluxo de referência para consultas, exames e serviços

especializados de média complexidade, articulando a atenção básica ao conjunto das ações de saúde. As profissionais técnicas de enfermagem relataram preocupação com a possibilidade de sobrecarga de trabalho.

> Talvez fazer grupos de atenção na comunidade, chamando pra discutir os problemas deles. Eu principalmente não sei, sei bem pouco dos problemas deles. Eu sei que tem sérios problemas de trabalho, que é insalubre, ficam no sol o dia todo. Como o pescador também. Tem mais algumas coisas que eu não sei. (P02)

> Eu acho que quanto mais a gente souber mais tranqüiliza. Porque aquilo que você vai fazer, vai fazer de uma maneira mais otimizada, vai orientar melhor as pessoas, você vai estar mais amparado. Acho que não acumula. Não vejo por esse lado. A gente tem uma capacidade, tem um limite. Quando tudo estiver dentro do limite, ótimo, quando estiver fora desse limite, não é pelo conhecimento, pela capacitação, que vai ser o problema. Eu acho que o sistema público tem que lembrar disso e começar desde baixo e nos deixar gradativamente assumindo coisas. Mas isso não significa que a gente tem que ser atenção secundária, nós temos que ter a nossa retaguarda (P05)

> É complicado. Eles não vêem, a gente também não vai. Já é difícil hoje em dia a gente conseguir fazer as nossas visitas, de acompanhar as pessoas doentes. Pessoas na cama já é complicado conseguir acompanhar isso. Eles precisam muito e a gente não consegue fazer as nossas visitas. (P04)

A disponibilidade de recursos e meios para diagnóstico e tratamento dos agravos relacionados com o trabalho é também inexistente no Centro de Saúde. Na opinião dos profissionais, os materiais, medicamentos, sistema de informações e até mesmo os recursos humanos estão sendo suficientes para atender a demanda de crianças, gestantes e idosos, porém a área física do Centro de Saúde é inadequada para comportar a tecnologia do trabalho em Equipe e em grupos.

> O problema do Posto de Saúde é a falta de espaço, você vê, tem duas equipes aqui que não tem espaço para duas equipes. Um médico está atendendo numa sala pequininha, às vezes ele atende ali, onde ela faz preventivo daí tem que revezar. Reunião para Agente, a gente tem que fazer lá no salão paroquial ou no clube porque aqui dentro não tem espaço. E a reunião do Conselho Local de Saúde a gente faz na creche do seu Altino Cabral porque não tem condições de fazer aqui. Agora que eles mandaram arrumar as rachaduras do Posto, fecharam uma manhã e mandaram arrumar porque estava bem feia a rachadura. Fora os outros problemas, a fossa que enche de vez em quando, ali do lado do Colégio, ai vem cheiro para cá. O espaço do Posto é ruim. A área física não é mais adequada para o tipo de trabalho que está sendo desenvolvido. (P08)

> Médico agora no Posto de Saúde está suficiente, tem duas equipes de PSF, e a gente não tem tido reclamação de chegar aqui e não ser atendido. Todas as pessoas que estão chegando no Posto de Saúde estão sendo atendidas. (P07)

Uma vez que o Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador, no período da pesquisa, não estava implantado na rede de atenção básica do município de Florianópolis, os profissionais entrevistados lembraram de sua própria condição de trabalhador da saúde e arriscaram uma comparação com os demais trabalhadores, em particular os maricultores. As inferências feitas giraram em torno das condições de trabalho, tanto em termos ergonômicos, quanto de proteção previdenciária. Os médicos reforçaram a potencialidade do Centro de Saúde e das equipes de Saúde da Família em oferecer atenção ao trabalhador, desde que respaldados pelo sistema nos limites próprios da atenção básica.

> Eu acho que dizer que a Rede de Atenção Básica vai atender saúde do trabalhador, eu acho que se for de uma maneira responsável ela pode atender sim. [...] Mas eu tenho a minha limitação que é própria da especificidade do meu trabalho e dos recursos que eu tenho para poder atuar. [...] Hoje a maior parte das pessoas que precisa da área ortopédica para fazer tratamento para laudo, precisa de uma ressonância não conseguem fazer o exame, daí não consegue levar no ortopedista, daí não conseguem fazer o tratamento, a perícia vence e pronto. (P06)

4.2.2 O componente formulativo do sistema de saúde: a percepção dos gestores da Saúde do Trabalhador

No componente formulativo do sistema de saúde buscou-se averiguar as possibilidades de concretização da Política de Saúde do Trabalhador legalmente instituída, em especial no campo da atenção básica e à população maricultora, considerando a percepção dos responsáveis pela gestão do sistema nesta área de atuação, aqui denominados gestores. Neste sentido, foram entrevistados 3 gestores da Atenção à Saúde do Trabalhador: a Coordenadora do Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa, responsável pela da unidade local de saúde, neste cargo há um ano; um Fiscal Sanitarista, atuante na Coordenação de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde, neste cargo há nove anos; um Gerente da Saúde do Trabalhador, do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador da

Secretaria Estadual de Saúde, neste cargo há dois anos e seis meses. Para este nível de análise, foram agrupados dois conjuntos de variáveis: 1) Situação atual da área de Saúde do Trabalhador nos diferentes níveis gestores; 2) Política de Saúde do Trabalhador organização da rede e perspectivas de implementação em nível de atenção básica.

a) Situação atual da área de Saúde do Trabalhador nos diferentes níveis gestores

A rigor, a área de Saúde do Trabalhador está oficialmente instituída, em nível municipal, junto ao setor da Vigilância Sanitária vinculada à Assessoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal e, em nível estadual, junto à Gerência de Saúde do Trabalhador, vinculada à Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual. Contudo, a implementação das ações em saúde se processa na relação direta entre o serviço e a população, implicando, necessariamente, uma atuação do responsável pela administração do serviço. Na área da saúde do trabalhador, as atividades desenvolvidas em cada âmbito de gestão são bastante distintas. Em nível local são realizadas as atividades administrativas de gerenciamento, sem especificidade para grupos ou agravos, enquanto que em nível municipal as atividades nesta área voltam-se basicamente para fiscalização de saúde do trabalhador na construção civil e, em nível estadual, é realizado o gerenciamento do serviço como um todo, isto é, a administração das políticas públicas em saúde do trabalhador a partir do gestor estadual.

As ações desenvolvidas com a população trabalhadora nos três níveis gestores aqui considerados, podem ser consideradas pontuais, dependentes da disponibilidade de pessoal, de equipamentos ou de demanda política. Não há previsão programática para qualquer ação em qualquer nível. No Centro de Saúde, a coordenadora reforça as manifestações dos profissionais de saúde quanto à inexistência de atenção à saúde do trabalhador, sendo que possíveis ingressos de trabalhadores se dão ou segundo a rotina ou em grupos de acompanhamento de agravos (grupos de hipertensos, diabéticos ou de saúde mental).

> Eles consultam, eles já saem daqui com remédio muitas vezes. Só se estiver em falta na Secretaria e a gente não tem no Posto. Curativo, uma retirada de pontos, exames, raio-x, tem até os exames de alto custo que os médicos pedem e são encaminhados ou outros especialistas, mas é aquela espera de algum tempo. (G01)

Na instância municipal, são desenvolvidas ações de fiscalização em saúde do trabalhador, principalmente com a população da construção civil. Esta atividade é considerada pelo entrevistado G02, uma área de importante impacto na morbi-mortalidade por acidentes ou causas externas no município de Florianópolis, porém desenvolvida ainda numa visão policialesca, no sentido de intimação, interdição e/ou multa que, embora possa envolver aspectos relacionados à prevenção de acidentes, necessita ultrapassar esta visão para incluir aspectos educativos e de consciência à prevenção, não só com os trabalhadores, mas com inclusão de outros atores, neste caso, mestre de obra, engenheiro e empresário. O gestor G02 identificou várias contingências implicadas numa proposta deste porte, tanto sob o ponto de vista empresarial de reposição da mão de obra (éticos e econômicos); quanto do ponto de vista histórico, de uma tradição de segurança e medicina do trabalho e não de saúde do trabalhador, e, ainda, quanto do ponto de vista da produção da ação fiscalizadora estatal, com metas e objetivos a atingir, priorizando o quantitativo ao qualitativo da ação.

> A visão da Vigilância Sanitária, com a municipalização, principalmente a partir de 96, 95, 96 começou, era infelizmente uma visão somente policialesca. Chega, vê o que está errado, aí intima a fazer o correto, interdita e/ou multa. Então a gente se limitou a fazer isso, e eu sempre propus que, além disso, a gente fizesse outras coisas: desenvolvesse material educativo diretamente com o trabalhador, fizesse reuniões de sensibilização. [...] A ação da vigilância sanitária, inclusive na área de alimentos, se limitava a essa coisa muito quantitativa e burocrática. E o fiscal era exigido, ainda é, mas era exigido com mais veemência uma produção, o fiscal tem uma meta pra atingir. O fiscal de alimentos tinha que atingir 2700 pontos. Nós tínhamos que atingir 2000 pontos. (G02)

O âmbito de atuação do gestor estadual exclui a execução de ações diretamente com a população trabalhadora, uma prerrogativa do gestor municipal. Desde a criação da Gerência Estadual em 2004, sua atuação volta-se à organização da rede de serviços, priorizando a atuação junto aos gestores municipais, especialmente na capacitação de agentes para a área. Neste caso, o entrevistado

G03 considera a atuação junto aos municípios ainda do tipo reativa, ou seja, o apoio é oferecido somente quando provocado e considera fundamental o pleno funcionamento de Gerências Regionais de Saúde e dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador para inverter o pólo e passar a uma atuação pró-ativa, isto é, de programação de ações para instrumentalizar os municípios nesta tarefa. Como parte de suas funções, a Gerência Estadual elabora protocolos e rotinas com o objetivo padronizar procedimentos e de orientar suscitar ao debate os profissionais de saúde que atuam nessa área. De acordo com o entrevistado G03, está em curso um projeto especial de abordagem a fábricas que produzem contaminações por mercúrio e chumbo ao ambiente no âmbito do estado que, em parceria com o Ministério do Trabalho, exerce o papel de órgão fiscalizador.

> Nesse último ano de 2005 a gente centrou fogo na formação de agentes de vigilância sanitária municipal para ações de Saúde do Trabalhador. Então a gente treinou em cursos de 40h, numa semana inteira, 350 agentes de vigilância sanitária em saúde do trabalhador. [...] Nós também estamos desenvolvendo, por exemplo, protocolos estaduais de orientação geral, então este ano aqui, para o 1° semestre a gente já consiga lançar 3 protocolos que é o protocolo estadual para abordagem de LER e DORT , o protocolo estadual para lombalgia no trabalho e o protocolo estadual para abordagem dos acidentes de trabalho em construção civil, que são coisas assim, que a gente tirou segundo uma avaliação de freqüência de patologias ou acidentes e de risco, alto risco, a gente entendeu, elegeu esses 3 fatores como alvo para a gente começar a sistematizar na Rede SUS a atenção a esse tipo de agravo. (G03)

A função de fiscalização é compartilhada entre níveis gestores e entre setores do governo. A ação da vigilância sanitária na área da saúde do trabalhador em âmbito municipal, além da fiscalização, apresenta também a característica de autorização de alvarás sanitários, requisitando vistorias locais e deslocamento do pequeno contingente de fiscais, num movimento repetitivo e de pequena amplitude. A função de fiscalização possui interface com as ações da representação estadual do Ministério do Trabalho e Emprego e do Ministério Público, que dão suporte às ações de autoridade sanitária na área de Saúde do Trabalhador.

> A vigilância é extremamente burocratizada. A vigilância geral é muito a coisa do alvará. [...] Cabe a nós irmos no local e dizer: deferido ou indeferido. Se está deferido, emite o alvará, a pessoa bota na parede. Ano que vem ela entra com uma taxa, vem um processo, eu vou no local e digo deferido ou indeferido. Deferido, pega o alvará, bota na parede. Ano que vem... E assim vai. Eu acho que é muito papel e pouca vigilância. (G02)

> Fazemos também algumas ações de vigilância, fiscalização mesmo, principalmente em parceria com o Ministério Público e do Trabalho. Como respaldo da fiscalização e da vigilância sanitária. Nós somos da vigilância, nós somos autoridade sanitária, nós interditamos nesses casos juntos com o Ministério Público, ou seja, a gente tem ido e tem autuado. (G03)

Sobre os trabalhadores da maricultura, foi interessante identificar que os gestores entrevistados se deram conta deste grupo no momento da entrevista, com certa surpresa, justamente porque o papel dos gestores nesta área tem sido o de atender demandas organizadas, o que parece não configurar o grupo de maricultores e suas representações. A essa função de promover respostas a demandas, interpõe-se o princípio da eqüidade, no sentido de que aqueles que se organizam para demandar, não necessariamente os mais necessitados, estão mais suscetíveis à atenção do Estado, em detrimento daqueles que não se organizam.

> O maricultor eu conheço, conheço todo mundo que vem aqui e eles são da comunidade mesmo, a gente nunca havia pensado neles assim, como de fazer alguma coisa pra eles. (G01)

> É a primeira vez que eu ouço, que me coloca esse problema, estou ai em Saúde do Trabalhador desde que eu era estudante e me interesso pelo tema, há quase 20 anos. É a primeira vez que eu ouço. Para mim não é uma demanda que chegou de forma organizada. [...] Nesses quase 3 anos de Saúde do Trabalhador, que a gente partiu do zero, não existia nada, a gente começou junto com a criação, eu cheguei um pouco depois, mas com a equipe que está aqui e nunca, em nenhuma reunião foi pautado maricultor, ou seja, é uma demanda que não chegou de forma alguma aqui, apesar de ser a Capital da Ostra. (G03)

Os gestores não ofereceram informações sobre o desenvolvimento de ações da área da Saúde do Trabalhador no campo da atenção básica, com foco na Equipe de Saúde da Família. No entanto, o gestor G03 comenta sobre a defasagem existente na prática profissional, de prestação do cuidado sem (ou precária) qualificação técnica necessária a esta área. Além disso, considera necessária a notificação como doença ocupacional. Em outras palavras, casos e situações que poderiam configurar uma relação saúde-trabalho são geralmente atendidos na forma da rotina ambulatorial geral, incluindo nesse atendimento a terapêutica, comumente medicamentosa. Considera, também, superada a alternativa de um Ambulatório de Referência como unidade única que atende trabalhadores, indicando a premência de fortalecer a Atenção Básica e, conseqüentemente, a qualificação dos profissionais no sentido de estabelecer um fluxo que corresponda àquele definido no próprio SUS.

> Eu considero que nós temos uma grande falha no sistema que é a seguinte: a prestação da assistência. Por exemplo, o portador de LER vai à Unidade Básica de Saúde. Ele é atendido e é tratado com antiinflamatório, analgésico, encaminhado a uma fisioterapeuta ocasionalmente e acabou. Então, a gente entende que ela ocorre num nível muito elementar e basal no gestor municipal, porque ela precisaria em primeiro lugar ser qualificada enquanto técnica, enquanto proposta terapêutica, que no caso da LER/DORT, por exemplo, é muito mais ampliada. Além desta necessidade de precisar qualificar mais, nós temos outra falha que precisamos superar que é identificar. Estes casos passam como tendinite e ponto. E por exemplo, não são notificados como doença do trabalho, então nós sequer temos uma estatística ainda que grosseira sobre essas questões de doença do trabalho. (G03)

Foram apontadas pelos gestores G02 e G03 diferentes estratégias e recursos para a implementação de ações na área de Saúde do Trabalhador. A qualificação de recursos humanos, especialmente aqueles vinculados à Saúde da Família, além da suficiência e qualificação de profissionais para atuar na Coordenação Municipal de Saúde do Trabalhador e nos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador são considerados estratégicos para esse fim. O registro, a organização e a divulgação de dados e informações de uma assistência que estabelece a relação saúde-trabalho são também pontos estratégicos que carecem de melhor sistematização, até mesmo como base de formação e de qualificação dos profissionais de saúde. A inclusão de 11 agravos[50] relacionados à Saúde do Trabalhador no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2004), que ainda requer a formalização dos instrumentos para sua operacionalização, é um mecanismo específico do setor saúde, no conjunto de informações registradas por diferentes setores governamentais envolvidos nesta área, por exemplo, os acidentes de trabalho, registrados pela Previdência Social. O gestor G03 comentou a disponibilidade de recursos financeiros, repassados pelo gestor federal, atrelados à consecução dessa Política formalizada no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador e, paradoxalmente,

[50] Portaria GM MS Nº 777, de 28/04/04, regulamenta a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador - acidentes e doenças relacionados ao trabalho - em rede de serviços sentinela específica. O parágrafo primeiro relaciona os agravos de notificação compulsória: Acidente de Trabalho Fatal; Acidentes de Trabalho com Mutilações; Acidente com Exposição a Material Biológico; Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes; Dermatoses Ocupacionais; Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT); Pneumoconioses; Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR; Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e Câncer Relacionado ao Trabalho (BRASIL, 2004)

a carência de projetos e de recursos humanos qualificados nos diferentes níveis de atenção, em vigilância e assistência, para a alocação de tais recursos.

> Eu acho que os recursos seriam muito importantes na área da informação e também na área da educação. [...] A minha instituição tradicionalmente é uma instituição repressora, mas eu entendo, a gente deve fazer as duas coisas, deve educar e, aí, a informação é básica. Não pode educar sem informar a realidade. Tem que aliar as duas coisas. Então seria um recurso dessa área, historicamente o grande problema é recursos humanos, um grande investimento seria recursos humanos capacitados. [...]acho que a nossa estratégia deveria ser a educação, a sensibilização. Sem abrir mão de algumas intervenções. E é incrível a carência de dados, todo mundo quer dados, quer informação. [...] Eu vejo que o principal ainda é a informação. O próprio gerenciamento. É um recurso que a gente tem: gerenciar. Eu acho que têm muita informação deturpada. [...] Então tem que compatibilizar, os sistemas conversam pouco entre si. (G02)

> Eu acho que a grande dificuldade, no geral, é a gente ter esse recurso humano formado e qualificado para estar pensando melhor na política, para estar fazendo a melhor proposição. [...] Em saúde, a grande questão da prestação de serviços em saúde ele não está centrado na tomografia, ele está centrado no profissional, nos recursos humanos. Ai se você estiver numa Unidade Básica alguém que, por exemplo, ensine métodos de relaxamento ou faça um grupo de qualidade de vida, em LER/DORT o impacto disto é muito grande, o benefício disso é muito grande, maior às vezes do que ter acesso a um comprimido analgésico de média potencia e isso é tecnologia, e depende da gente organizar, independe de ter acesso a tomografia ou não. [...] Portanto sem ter a informação, a ação ela fica meio às cegas que é o que a gente faz hoje. A gente faz projetos gerais, inclusive um deles é constituir a rede de informações, para a partir destes projetos gerais implementados a gente ir fazendo a crítica, qualificando e melhorando. (G03)

No âmbito do município, o gestor G02 destacou duas questões a serem consideradas na inserção das ações de saúde do trabalhador na rede de assistência municipal: a primeira diz respeito à definição, criação e desenvolvimento de ações e serviços de atenção à saúde do trabalhador da saúde, isto é, pensar e propor a Política de Saúde do Trabalhador no âmbito municipal de tal maneira que nela esteja incluída a atenção ao trabalhador da rede de saúde que, como qualquer trabalhador, possui riscos ocupacionais. Além disso, na percepção desse gestor, é necessário superar herança cultural da medicina do trabalho, focada na doença e no indivíduo doente e não na prevenção e no coletivo dos sujeitos trabalhadores.

b) Política de Saúde do Trabalhador organização da rede de serviços e perspectivas de implementação em nível de atenção básica

A Política de Saúde do Trabalhador tem suas diretrizes e prerrogativas definidas em um conjunto de leis, normas e portarias (Anexo 5), incluindo a Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde, sendo que a institucionalização de procedimentos e instrumentos definiu-se com a NOST (BRASIL, 1998) e com a RENAST (BRASIL, 2002a; 2005c). A formulação desta Política, pelo menos sob a perspectiva normativa ou formulativa nos termos ali definidos, insere a Saúde do Trabalhador no SUS, não mais como ação paralela, com ambulatórios desarticulados do sistema, mas como prática integrante da rede de saúde, segundo os diferentes níveis de complexidade, tendo como porta de entrada as unidades locais de atenção básica à saúde, fortalecidas por equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Para a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador ou, em outras palavras, do que deve estar prescrito e ser realizado nas práticas de saúde a esse contingente populacional, as percepções dos gestores entrevistados convergem para os seguintes aspectos: a) efetivo estabelecimento e funcionamento do fluxo de referência (e contra-referência); b) fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador; c) sistematização da informação em saúde do trabalhador no SUS. Tais aspectos têm como premissas tanto a capacitação e qualificação de profissionais de saúde, quanto o exercício da vontade política do Secretário Municipal de Saúde em direção à implementação de ações nessa direção.

A necessidade de um funcionamento efetivo do fluxo de referência é diagnosticada pelos gestores G01 e G3 como ponto crítico de toda a rede, especialmente pelo conhecido estrangulamento das ações e serviços de média complexidade, relativamente a exames, terapias e consultas especializadas, que produz impacto não só na credibilidade, mas também no princípio da integralidade da atenção à saúde. O fluxo de referência, embora desenhado nas diretrizes políticas, ainda está por ser assegurado aos cidadãos, devido a diversos fatores, entre eles, ao curto tempo de implantação da RENAST (ainda que parcial) no estado de Santa Catarina, a falta de profissional especializado em saúde do trabalhador, a fraca qualificação profissional na área, a falta de definições intersetoriais sobre as

respectivas responsabilidades na área (iniciada com a consulta pública – BRASIL, 2005a).

> Fundamental seria dentro da política estabelecer a referência e ter os profissionais para entender especificamente a questão do trabalho. [...] Então, o profissional não pode arcar com o afastamento de um trabalhador, dando um atestado pra ele seguido, se ele não é especialista, se ele não tem uma especialidade na área, isso acontece com outras coisas também. Ortopedia, ortopedia o paciente vem aqui, consulta pra marcar um raio x, ele fica esperando de 3 a 4 meses. Para consultar com ortopedista, ele fica numa fila de espera que demora dois anos. Um ano e meio a dois anos no mínimo. (G01)

> Hoje esse fluxo, essa referência não está instituído de maneira formal. Nós estamos no momento em que nós estamos justamente construindo isso, em cima de alguns princípios. Um deles é que o Centro de Referência, no caso esse é estadual, nós temos uma proposta de ter 8 Regionais, eles nunca são porta de entrada, então como nós somos o SUS, prevalecem as portas de entrada dos sus que são duas: Unidade Básica de Saúde e Unidade de Pronto Atendimento e Emergência, então a emergência vai entrar o acidente de trabalho, fratura, queda, coisas como amputação entra pela emergência e a doença ocupacional ela entra pela Unidade Básica de Saúde. Então nós estamos instituindo isso, isso entra pela Unidade Básica de Saúde e pode ser referenciado a este Centro de Referência Regional e este Centro de Referencia Regional se necessitar ai manda aqui para o nosso Centro inclusive casos de assistência que apesar da gente atender muito pouco, sou eu que atendo, sou o gerente e sou o único médico. (G03)

O funcionamento de um fluxo dentro da rede de saúde e a integralidade das ações de serviços estão fortemente vinculados ao fortalecimento da vigilância em saúde, não nos termos fiscalizadores até hoje praticados, mas no sentido de promoção e prevenção de saúde, com a inclusão de práticas de identificação de riscos nos locais e ambientes de trabalho.

> Essa política tem que ser integral, e quando a gente fala na prevenção um aspecto da saúde do trabalhador é fundamental na política que é as questões de vigilância, diferentemente do que se faz no Ministério do Trabalho que são atos fiscalizatórios, no Sistema Único de Saúde nós queremos fazer processos de vigilância, que são procedimentos que tem começo, meio e fim e acompanhamento, resultados, melhorias efetivas, acompanhamento dessas melhorias e com isso efetivamente a gente estar mudando o ambiente de trabalho. [...]quem sabe um dia a gente consegue evoluir no sentido de que o foco fundamental das políticas públicas de saúde do trabalhador não seja mais o doente, mas seja o risco. (G03)

Além do fluxo de referência e da vigilância em saúde, os gestores G02 e G03 reforçam a necessidade de uma sistematização da informação em saúde do trabalhador no SUS, elo de ligação para todos os demais procedimentos e

programações. A dependência dos dados sobre acidentes de trabalho, computados pela Previdência Social, a partir de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT); a recém editada portaria de inclusão no SINAN de agravos à saúde do trabalhador; o precário registro do nexo causal nas fichas de atendimento; a necessidade de programas computacionais para interface entre sistemas de informações, entre outros, são obstáculos a serem superados na implementação da Política de Saúde do Trabalhador.

> Acho que se a gente tivesse uma vigilância epidemiológica eficaz, rápida, que colhesse os dados, que conseguissem refletir a realidade do que esta acontecendo. Eu sei que todas as áreas têm as suas dificuldades, dificuldades históricas. Mas se a vigilância epidemiológica conseguisse fazer um bom trabalho, de coleta, análise, divulgação, ela estaria fazendo ao mesmo tempo educação. E a partir do momento que se faz educação acaba-se fazendo fiscalização. Se a sociedade de uma maneira geral está informada, esta sensibilizada conseqüentemente ela esta educada para uma questão ela vai acabar tendo ações. [...] Isso não significa que tenha que negar ou diminuir a importância da fiscalização tradicional. (G02)

> Um dos pilares dessa política sem dúvida nenhuma é a questão da sistematização da informação. Mapear os riscos no trabalho e conhecer os riscos, porque hoje a gente não conhece nem o doente, quantos são e qual a melhor alternativa para o doente. Então quem sabe a gente supere isso e aí então comece a conhecer o risco efetivo, ai num processo de vigilância atuar sobre os riscos.

A implementação da Política de Saúde do Trabalhador apresenta também outros obstáculos que ultrapassam os limites do setor saúde e, mesmo, o âmbito intersetorial governamental. Conforme lembra o gestor G03, juntamente ao “pacote” de ações e práticas de saúde, muitas vezes interpõe-se o litígio envolvendo o trabalhador e o empregador, com repercussões na atividade do profissional que diagnostica a doença do trabalho, que necessita do suporte legal oferecido pelo sistema de saúde. Este suporte é também uma das finalidades do estabelecimento de protocolos e de registro de notificação compulsório. Um outro obstáculo consiste da dificuldade ou impossibilidade de um consenso ou coesão social em torno desse tema, sobretudo por configurar disputas muito distintas entre quem compra e quem oferece a mão-de-obra, característico do modo de produção capitalista e que tradicionalmente canaliza e relaciona conflitos trabalhistas de doenças e acidentes de trabalho à atuação de peritos designados judicialmente.

> Quando nós estamos falando de saúde do trabalhador nós estamos falando de diminuir o ritmo de trabalho, de gastar dinheiro com equipamento de proteção, ai vai para um outro campo que para eles não é saúde, para eles é campo de trabalho, porque daí o impacto é diretamente no capital, é questão de lucro mesmo. E esse é o nosso choque, para nós é o campo da saúde, porque vai adoecer, vai matar e vai morrer. Para nós é saúde e para eles não, a saúde não tem que se incluir nesse campo, porque não é dela, há confrontos eméritos. (G03)

4.3 AS INTERAÇÕES ENTRE OS TRABALHADORES DA MARICULTURA E O SISTEMA DE SAÚDE

A dinâmica das relações sociais tem como ponto de partida as interações que ocorrem entre indivíduos, grupos e/ou instituições. Tais interações são vividas cotidianamente e influenciam potencial ou efetivamente as bases nas quais as relações se estabelecem, quer entre indivíduos ou grupos, quer entre estes e as instituições políticas e econômicas, que conformam uma sociedade.

Dentre as concepções existentes no campo de estudo da interação social, a Teoria da Reprodução Social (Samaja, 2000a; 2004a) abriga o pensamento dialético, com historicidade, que permite compreender sistemas sociais complexos e, nestes, a distinção e a coexistencialidade de relações próprias do nível orgânico individual, bem como das relações sociais, incluídos os aspectos culturais, políticos e societais. No âmbito da Saúde, sua abordagem estratigráfica contribui para uma interpretação da dinâmica das interações de maneira abrangente e inclusiva, que conserva, mas supera o plano biológico-individual, para considerar também outras dimensões ou estratos da vida humana. Nessa concepção é possível analisar o processo saúde-enfermidade-atenção como inerente às condições de vida, nelas considerados os condicionantes e determinantes mais amplos desse processo como, por exemplo, a organização do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico.

Neste capítulo, foram descritos e caracterizados anteriormente o processo de reprodução social e saúde dos trabalhadores maricultores da região norte da Ilha de

Santa Catarina e os componentes operativo e formulativo do sistema de saúde, contextualizados na Política de Saúde do Trabalhador vigente. Resta-nos interpretar, neste contexto, as interações entre os usuários maricultores e o serviço de saúde, no contexto da Política de Saúde do Trabalhador, considerando que a interação social é necessariamente dinâmica e contribui tanto para aproximar, quanto para afastar os agentes uns dos outros. Neste sentido, são analisados os processos interativos ocorridos entre os maricultores nos diferentes estratos ou dimensões da reprodução social e, particularizando a dimensão estatal, os processos ocorridos entre os maricultores e os representantes desse estrato no setor saúde – os profissionais e os gestores – segundo o recorte de contexto delimitado para esta pesquisa.

Com relação às interações nos diferentes estratos da Reprodução Social, podemos identificar algumas condições desfavoráveis à saúde do maricultor no que dizem respeito ao processo de trabalho. Os problemas de saúde relatados pelos entrevistados, atuais e em períodos anteriores, em grande parte guardam relação com os exemplos de riscos comuns à atividade da pesca, identificados pela FUNDACENTRO (2006), através do programa ACQUAFORUM, que se desenvolve em colaboração com as comunidades pesqueiras no litoral de Santa Catarina. Dentre eles, foram expressivos os relatos de problemas de origem ergonômica e de esforço por repetição (ciatalgia, lombalgia, hérnia de disco), derivados da exposição ao sol (câncer de pele); e os riscos de acidentes (principalmente quedas no mar e cortes com as cascas de ostras), cujo acompanhamento para melhor definição dessa relação necessita de tecnologia apropriada. No entanto, a RENAST prevê atenção ao trabalhador a uma série de doenças relacionadas ao trabalho, que podem e devem ser identificadas em nível de atenção básica, tendo por base a programação de ações de saúde e a notificação compulsória de agravos (BRASIL, 2000; 2002a; 2004; 2005c; 2006e). Esta legislação, obviamente, nada significa se os atores que dela fazem uso desconhecem-nas, como parece ser o caso aqui estudado, tanto em relação aos maricultores, quanto aos profissionais de saúde da unidade local. Um fator que parece contribuir para que os maricultores mantenham-se distantes de uma assimilação ampliada dessa situação, parece coincidir ao sentido dado pelo conceito de recaída na imediatez, uma vez que os maricultores

consideram “normal” o peso das lanternas de ostras e demais atividades e, em conseqüência, também “normal” os problemas daí derivados, entre outros exemplos.

> Já me machuquei com algum corte de ostra, essas coisas. Mas é normal cortar o dedo com as ostras. (M01)
>
> Cair e bater num barrote daquele lá, ou cair do barco, isso é normal. (M06)
>
> Quase todos reclamam de dor nas costas, eu considero normal, até eu depois de um dia de trabalho pesado assim, longo, é inevitável a noite, ou até mesmo no outro dia sentindo algum tipo de dor. (M16)

Os meios e mecanismos de prevenção aos problemas de saúde entre os maricultores, embora conhecidos e relatados, são pontualmente utilizados, especialmente quando já houve uma experiência anterior desfavorável, por exemplo, o uso de guincho como suporte para a extração de lanternas do mar. Esta prática aproxima, em certo sentido, do hábito de utilizar ou buscar recurso apropriado frente a problemas instalados, mesmo com relação ao processo saúde-enfermidade. É também possível verificar o baixo grau de preocupação com os arranjos preventivos a riscos e acidentes de trabalho, entre a maioria dos maricultores entrevistados, quer no uso de equipamentos individuais, quer no uso de equipamentos coletivos. As estruturas dos locais de trabalho – ranchos – apresentam vulnerabilidades quanto à segurança, em geral, devido à estrutura de madeira rústica, sem instalações sanitárias e condições apropriadas de higiene e conforto e, ainda, disposição físico-funcional inadequada para os diferentes meios e instrumentos de trabalho.

Quando analisamos o Grupo de Maricultores do distrito de Santo Antônio de Lisboa, as discussões sobre as interações são passíveis de equívoco, visto que ora podemos situá-las a partir do nível comunal-cultural, devido a residência, vizinhaça e cultura pesqueira artesanal; e ora a partir do nível societal, vez que na condição de maricultores são produtores concorrentes, participam do mercado agrícola e são membros de entidades associativas. Pudemos identificar que as interações com o componente opertativo do nível estatal, ou seja, com os profissionais de saúde, não se processaram sob qualquer desses dois prismas.

Por outro lado, não é prática dos profissionais do Centro de Saúde em estudo realizar atividades de prevenção junto a trabalhadores, de modo geral. As atividades de rotina das Equipes de Saúde da Família ainda não incluem aquelas previstas pela RENAST. Aliás, um aspecto relacionado ao funcionamento da Equipe de Saúde

da Família que requer novos aportes para debate consiste da abrangência de suas tarefas, uma vez que o fato de estar instalada em uma comunidade está longe de "pertencer" ou "tomar parte" daquela comunidade. Há aqui distintas culturas envolvidas: aquela das pessoas residentes com relações comunais familiares, de amizade e vizinhança de um lado e, de outro, aquela da burocracia do Estado, impregnada nas diversas formas de revelação do sistema público. Neste caso, na unidade local de saúde, em termos, por exemplo, do horário de funcionamento, da escala de atividades, da contratação de profissionais, da oferta de serviços e produtos, etc. Em outras palavras, a determinação das tarefas e atividades a serem realizadas é dada pela função estatal, e não pelas necessidades ou propostas de origem comunitária. Nos fundamentos da Teoria da Reprodução Social, sugere-se que a equação é de difícil solução, haja vista que na hierarquia dos estratos sociais, a dimensão estatal suprime e supera os elementos e configurações da dimensão comunal, embora os conserve em sua origem, por exemplo, as normas e regras sociais estabelecidas em forma de lei.

> Uma ação desenvolvida diretamente para o trabalhador nós não temos, nós temos um programa que daí entra o trabalhador junto, que são os grupos de saúde mental, que daí a gente convida a população que queira participar, que fala dos diversos temas em relação à saúde mental. (P01)

> Tem os grupos que na verdade são assim, o grupo da minha área ainda não está funcionando bem certo. Ano passado, a gente foi tentar fazer dois grupos, mas na verdade não teve pessoal para participar então parou e agora vai começar dia 15 de fevereiro, se eu não me engano, já ta agendado um grupo de gestantes, daí a idéia ser mensal, passar pra quinzenal se for conforme o interesse do pessoal. (P05)

Para os maricultores, enquanto grupo em estágio inicial de organização, a questão Saúde é praticamente nula como tema específico debate. De certo modo, este tema tangencia discussões que envolvem o saneamento básico, devido sobretudo à qualidade da água e, por conseguinte, à qualidade do produto alimentício e de manipulação que, por sua natureza, é considerado um filtro biológico. Este tema é relatado como motivo de tensões e conflitos em nível comunal, porque vai de encontro aos hábitos locais contrários à inversão de recursos próprios para tratamento de esgoto (ou falta de consciência ecológica). Por outro lado, guarda relação com o nível estatal, uma vez que a gestão ambiental no que se refere ao controle de resíduos, historicamente não é lembrada no discurso e

debate políticos e, portanto, inclui-se no rol das políticas públicas menos favorecidas. Do ponto de vista do nível societal, a certificação da qualidade do produto para consumo humano é feita mediante critérios que incluem a análise da água em distintas modalidades: biológica (por exemplo, presença de coliformes fecais) e química (por exemplo, presença de metais), ou seja, o mercado somente poderá ser ampliado para ultrapassar o comércio local quando for possível a certificação desse produto, garantido com o Selo de Inspeção Federal (SIF).

> Por exemplo, você pega Florianópolis, um lugar turístico, a poluição é fundamental nesse tipo de turismo que a gente tem aqui. Se poluir tudo, acabou-se. E a maricultura é a que mais briga contra a poluição da água, porque é o maior interesse. Saneamento básico é o que a gente mais briga. [...] Se tiver muitos coliformes fecais na água fecha o cultivo. Fica contaminado. Tem um nível que é permitido, mais do que isso pode contaminar as pessoas. Fecha, acabou, se poluir acaba tudo. (M11)

Embora a interação dos maricultores com o sistema de saúde ocorra de forma pontual e ocasionalmente, de acordo com o problema de saúde, chama a atenção o envolvimento com outros setores estatais, tais como a UFSC (federal), a EPAGRI (estadual) e a Prefeitura (municipal), numa relação que varia de cooperação, por exemplo, nos casos de oferta de financiamento e apoio técnico, a conflituosa, por exemplo, nos casos de falta de financiamento, supervisão e controle, e produtor exclusivo de sementes (UFSC).

Há também uma característica peculiar a esta atividade no local de estudo, que associa os níveis comunal, estatal e societal. Trata-se do fato desse mercado ter sido aberto a partir do estímulo estatal à comunidade pesqueira, como forma alternativa de renda e manutenção da cultura dos pescadores artesanais, por meio do Projeto firmado envolvendo os órgãos acima citados. Com base nos depoimentos obtidos, podemos traçar alguns aspectos da evolução dos termos iniciais desse projeto e da própria maricultura. Há uma tendência de profissionalização dessa atividade, vez que o grupo de maricultores entrevistado inclui vários profissionais com formação de ensino superior, descaracterizando uma comunidade de ex-pescadores. Além disso, por ser uma atividade econômica agrícola, é de se supor a existência de concorrência, o que de fato ocorre, frente a um mercado que tem potencial de expansão, motivo de tensões entre produtores. Esse potencial de

expansão teve, em 2006, um marco com a abertura da Cooperativa[51], que deixará de ser uma atividade artesanal, com controle de todos os processos pelo produtor, passando parte desse processo, especialmente o controle de qualidade e a comercialização, ao gerenciamento da cooperativa.

Em que pese a existência das atuais entidades organizadas da maricultura em Santa Catarina, os relatos dos maricultores indicam fraca coesão no sentido de gerar demandas políticas, particularmente ao setor saúde. Há aqui diferentes possibilidades de explicar essa fraca coesão. Uma delas reside nas experiências individuais de uso do serviço público de saúde, que resultam em satisfação ou insatisfação com o atendimento. Outra pode ser explicada por falta de informação suficiente (tanto em termos de busca espontânea, quanto em termos de oferta) sobre direitos à saúde e de ações e serviços de atenção à saúde do trabalhador. Outra, ainda, devido à baixa adesão cultural, política e social do grupo de maricultores para medidas e processos preventivos, individuais e coletivos, de doenças e acidentes.

As interações entre produtores trabalhadores da maricultura e o sistema de saúde também pode ser compreendidas sob a perspectiva daqueles que põem em funcionamento as atividades do setor. Nesta pesquisa, identificamos o componente operativo do sistema de saúde, focalizado na prestação da atenção básica, no âmbito de um distrito sanitário, por meio dos relatos dos profissionais de saúde que ali atuam. Identificamos também o componente formulativo, que trata do aparato legal e da condução do sistema para a prestação de ações e serviços, por meio dos relatos dos gestores vinculados à área de Saúde do Trabalhador.

Assim, sob o ponto de vista da dimensão estatal da Reprodução Social, neste caso o sistema público de saúde, os relatos dos profissionais das Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa revelam um despreparo técnico para atender a população trabalhadora (por exemplo, a da maricultura) em suas características específicas. Talvez o despreparo esteja não somente na capacitação técnica da Equipe de Saúde da Família, mas na estrutura de referência em serviços especializados, que dá suporte à atenção básica. Em outras palavras, a implantação de instrumentos para atender ao trabalhador não foi considerada pelos

[51] Cooperativa Aqüícola de Santa Catarina (Cooperilha), localizada no bairro do Ribeirão da Ilha. Florianópolis/SC.

profissionais como “tarefa a mais”, desde que com a devida capacitação e disponibilidade de apoio de referência, uma vez seu papel está em atender a população, de acordo com a tecnologia disponível e adequada. Tal como se estrutura o sistema, sua credibilidade, eficiência e efetividade dependem, necessariamente, da qualificação da porta de entrada a ele.

> Fora a capacitação, eu acho que o fluxo, o que é do Sistema Único, o que é do Sistema Privado, como é que é a interrelação deles [...] não é por ser trabalhador. Eu acho que teria que ter uma melhora no fluxo como um todo no Sistema de Saúde. Que o trabalhador quando ele caísse nesse fluxo ele pudesse ver resolvidos seus problemas como se não precisasse, quer dizer, não como se ele fosse trabalhador, mas por ele ser usuário. Agora eu acho que especialmente em relação ao trabalhador, praticamente inexistente uma relação da atenção básica com a atenção especializada do trabalhador, [...] acho que está incipiente ou nem existe uma interrelação com o gestor público e a iniciativa privada. (P06)

Com base nos depoimentos dos gestores, as interações entre o sistema de saúde, no componente formulativo, e os maricultores são praticamente nulas. Assim como os profissionais do Centro de Saúde, a coordenadora da unidade reconhece os maricultores, porém desconhece qualquer diretriz da Atenção à Saúde do Trabalhador. A transição da gestão municipal, a partir de 2005, refletiu na composição dos servidores para desenvolvimento das atividades da área de saúde do trabalhador. No entanto, segundo o entrevistado, os processos permaneceram os mesmos, sendo considerados os trabalhadores da construção civil, a população-alvo para tais atividades. A RENAST em nível estadual está em fase de estruturação e focaliza a capacitação de profissionais e a conformação do sistema de registros e informação seus principais projetos de atuação. Por se tratar do nível gestor de maior abrangência no estado de Santa Catarina, tem a competência de orientar e apoiar tecnicamente gestores municipais para a organização desta área.

A função estatal de provimento às demandas do ambiente social é evidente no caso dos trabalhadores maricultores, que não conformam um grupo de pressão política ao setor saúde. Por outro lado, as rotinas de atenção básica ainda não incluem trabalhadores como grupo de atenção específica nas atividades das Equipes de Saúde da Família. Desse modo, os trabalhadores maricultores não são vistos e não se “fazem ver” pelo sistema de saúde, ou seja, os gestores e profissionais não “enxergam” os maricultores, porque o grupo não provoca demanda ao sistema. E entramos num círculo, já que o grupo de maricultores não demanda ao

sistema, entre outros fatores, porque desconhece seus direitos à saúde na condição de trabalhador. Em resumo, a Política de Saúde do Trabalhador não é reconhecida em seus princípios por aqueles usuários dessa política: os trabalhadores e profissionais de saúde.

> Eu acho que fundamentalmente para a questão do maricultor é estar divulgando, e esta categoria estar se organizando e demandando isso ao serviço público, pois pela Constituição todos nós brasileiros temos o direito a ambiente de trabalho seguro e saudável. Logo num país como o nosso que é um país de deficiências tremendas, iniqüidades inclusive, a gente, gestor público em via de regra ele vai apagando incêndios, então ele vai atendendo a quem demanda e talvez uma grande questão desse pessoal seja demandar mesmo. (G03)

A partir dos depoimentos dos gestores e dos profissionais de saúde, é possível identificar uma lacuna a ser preenchida na implementação da política de saúde do trabalhador: a necessidade de aproximação e de conversa entre aqueles que conduzem e orientam as formulações do sistema para esta área – gestores e aqueles que operacionalizam ou tornam factíveis tais formulações – os profissionais, especialmente aqueles vinculados às Equipes de Saúde da Família, sob pena de reproduzir uma prática, senão oposta, não condizente ao discurso político, e continuar sacrificando, pelo menos neste campo e por mais tempo as mudanças previstas do modelo de atenção à saúde do SUS.

O processo de ajustamento da área da Saúde do trabalhador no SUS, na forma de diretrizes e normativas legais, embora pareça lento e tenha um percurso de muitos conflitos intra, inter e extra-setorialmente, com órgãos e instituições da sociedade civil, reflete uma trajetória persistente para atribuir ao sistema de saúde o dever e a responsabilidade de prestar ações e serviços assistenciais e de vigilância a esse contingente. Do ponto de vista interno ao setor, no componente formulativo do sistema de saúde, alguns instrumentos legais de operacionalização estão postos e necessitam ser aplicados pelo componente operativo, em todos os níveis de complexidade, no mínimo para testá-los. No entanto, a visão dessa trajetória ainda está longe de se definir, haja vista que a interlocução inter-setorial está apenas começando, por exemplo, com a edição da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, formulada em conjunto pelos Ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego e da Saúde. (BRASIL, 2005a).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, apresento algumas das reflexões que o processo desta pesquisa me proporcionou e que considero poder contribuir para um aporte substantivo sobre o tema das relações entre usuários e sistema público de saúde brasileiro. Este tema tem sido abordado nos estudos acadêmicos sob distintos enfoques: gestão da assistência, estabelecimento de vínculo, promoção do cuidado, entre outros. A perspectiva adotada nesta investigação buscou analisar as interações entre os produtores trabalhadores da maricultura e o sistema público de saúde, no âmbito de um distrito sanitário, admitindo que a saúde é um processo inerente às condições de vida em seus diferentes estratos hierárquicos de reprodução social (SAMAJA, 2000a; 2004a). Como contexto de análise dessas interações, consideramos os termos da Política de Saúde do Trabalhador vigente no SUS (BRASIL, 1998; 2002a; 2005c).

A primeira reflexão evoca a interação como um processo heterogêneo, que se realiza em contextos coexistenciais, nos quais se produz e se reproduz a dramaticidade da vida humana, ou seja, as tensões, os conflitos, as cooperações, enfim, os movimentos que contribuem tanto para aproximar, como para afastar os atores ou agentes envolvidos no processo interativo. Ao adotar esse modo de pensar a interação, consideramos ultrapassar o modo tradicional de concebê-la como um processo mecânico de ação e reação ao que nos rodeia, para realçar uma essência instável e mutável, e também com história. Isto significa dizer que no processo interativo, tanto os sujeitos mesmos em sua singularidade como, por exemplo, os maricultores, quanto as estruturas, experiências e fenômenos humanos, como o sistema de saúde, possuem mecanismos de conservação, produção e reprodução de processos de criação, de troca, de inovação e de autonomia relativa,

próprios da vida humana, em seu diferentes estratos (biológico, comunal-cultural, político-estatal e societal). A essência instável e mutável com história do processo interativo permite compreender a relatividade dos ajustes e combinações que ocorrem nas relações sociais entre indivíduos, grupos e/ou organizações, em movimentos de maior ou menor amplitude de consenso ou de conflito, pelos quais se realizam as transformações nos sujeitos e nos fenômenos humanos (nos e entre os estratos hierárquicos da Reprodução Social).

A segunda reflexão engloba distintos componentes, relativos ao modo de compreender a Saúde. É preciso reconhecer que conceber saúde como uma função essencial de controle sobre todos os processos de reprodução da vida social e, portanto, inerente às condições de vida, não é algo absolutamente inédito. Samaja (2000a; 2004a) compara o conceito de saúde ao modelo apresentado por Castellanos, que articula diferentes dimensões reprodutivas (biológica, cultural, política e econômica). Uma representação semelhante ao modelo desenhado por Castellanos pode ser comparada ao conceito canadense de campo da saúde, precursor dos avanços sobre promoção da saúde e introduzido nos debates do setor a partir da década de 70 (DEVER, 1998). Esses modelos têm em comum uma visão ampliada do processo saúde-enfermidade, por incluir outros elementos aos processos reprodutivos, que expressam a multidimensionalidade da saúde e dos quais a biologia humana e os serviços de saúde contribuem com uma pequena parcela na interação, produção e reprodução dos elementos constituintes.

Caberia perguntar, então, o que há de novo nessa concepção e o que nos faz refletir e afirmar que seu conteúdo pode contribuir para novas abordagens das interações sociais, especialmente com relação às respostas oferecidas pelo sistema de saúde. Em primeiro lugar, porque sua base fundamenta-se nos preceitos dos sistemas adaptativos complexos (GARCIA, 1986), nos quais sujeito e objeto coexistem e interagem na realidade, ultrapassando a concepção harmoniosa de sistema, enquanto um conjunto de elementos coordenados para o alcance de objetivos/resultados. Desse modo, rompe com a noção de linearidade causal e com a distinção entre o todo e partes, reconhece como intrínseco ao sistema a produção e reprodução de seus próprios elementos e supera a dicotomia biológico-cultural/social. Em segundo lugar, porque ao admitir os termos sujeito e objeto como inseparáveis, sob uma visão articuladora, apóia-se na epistemologia genética, que

possui o traço marcante de aceitar a existência de uma construção indefinida do conhecimento (ou da inexistência de conhecimentos absolutos). Desse modo, sujeito e objeto e suas interações pertencem a uma totalidade, que modifica e altera suas qualidades, isto é, sua gênese e seu desenvolvimento, ao longo do tempo, implicando a historicidade como inerente aos processos reprodutivos. Por último, porque ao assumir o pensamento dialético na compreensão dessa totalidade (relacional ou social), cada parte/sujeito/indivíduo/grupo/organização é considerado também como um todo, uma vez que possui autonomia para promover qualquer interação. Na concepção dialética, as posições todo e parte são relativas, porque dependem, por um lado, da posição que ocupam na estrutura hierárquica da reprodução social e, por outro lado, de sua memória histórica.

A terceira reflexão distingue uma das mais importantes formulações de Samaja (2004a) para aqueles que atuam no setor saúde. Trata-se do elo que fortalece, em definitivo, a atenção à saúde ao conteúdo da conhecida díade saúde-enfermidade, conformando a tríade saúde-enfermidade-atenção, na qualidade de um processo único, que permeia e integra as interações no âmbito desse setor. Nesse elo está delimitado o termo problema (de saúde) como um componente (de um conjunto de possibilidades de descrição) que serve para qualificar uma ou mais situações nos sujeitos (indivíduos e coletivos humanos), considerados enquanto totalidade. Assim, dado que a um problema é possível conceber, em princípio, sua resolução, a essa possibilidade de solução de problemas (de saúde) estabelece-se uma aderência aos diferentes níveis de reprodução social. Isto tem particular relevância no caso do sistema público de saúde brasileiro, uma vez que nossa Constituição define a Saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, o que parece conferir uma maior aderência ao estrato responsável pela formulação de políticas, organização e prestação de serviços e ações.

A quarta reflexão abriga o conceito de recaída na imediatez, subjacente à compreensão do surgimento e constituição dos estratos da Reprodução Social: o mecanismo pelo qual cada estrato se forma, sua origem ou gênese, apaga-se da memória e produz a ilusão de que cada estrato é isolado ou originado por si. Assim, ao esquecermos a gênese de entidades como família, ou Estado, ou sociedade civil e considerá-las, cada uma, como parte isolada, colocamo-nos diante de estruturas sem gênese e sem história. Embora o conceito admita sentidos positivos, os

sentidos negativos são aqueles que podem, quando percebidos, causar-nos alguma estranheza, indignação, impacto ou provocação de qualquer espécie. Nesta pesquisa pudemos identificar e descrever vários momentos nos quais o sentido negativo desse conceito se evidenciou (por exemplo, considerar “normal(is)” o ferimento, a queda do barco, as condições de trabalho, a falta de atendimento, etc.). No entanto, considerando que ele se aplica a todos os processos da vida humana (e não somente à saúde), uma reflexão mais ousada poderia ser feita, estendendo a idéia de mecanismos “apagados da memória” a outras expressões da vida, obtendo resultados aceitos como “naturais”, por exemplo, o analfabetismo, a violência, a fome, a poluição, a guerra, etc., cuja percepção ou “reavivar da memória” para a gênese desses fenômenos depende, entre outras determinações, de uma reforma ética e moral de nossa sociedade, e cujas discussões transcendem o espaço e escopo desta pesquisa.

A quinta reflexão reside na forma de abordagem aos fenômenos humanos a partir das dimensões da reprodução social, ou seja, a apreciação e análise de fenômenos somente se considerados em concreto, em circunstâncias reais, num determinado tempo histórico e um determinado contexto. Acreditamos ter evitado uma interpretação linear dos processos reprodutivos na análise das interações entre maricultores e sistema de saúde, ao investigar uma situação da realidade que existe aqui e agora, mas que se formou historicamente, caracterizada sob um marco contextual que particulariza o fenômeno social estudado.

A sexta reflexão trata do modo como abordamos a dimensão estatal da Reprodução Social, sob a perspectiva do sistema de saúde e das implicações dessa abordagem. Com inspiração nos espaços de operação do Estado para promoção de mudanças no setor saúde (MENDES, 1993; CASTRO e WESTPHAL, 2001), consideramos nesta pesquisa dois componentes, denominados formulativo, relativo aos processos da formulação de políticas de saúde, em particular a Política de Saúde do Trabalhador; e operativo, relativo ao conjunto de serviços e ações de saúde, com foco naquele voltado à atenção básica à saúde. Além do conjunto de leis e normas e da estrutura físico-funcional da unidade local de saúde estudada, tornou-se fundamental conhecer a percepção dos indivíduos atuantes nestes componentes, neste caso os gestores e os profissionais de saúde, com interlocução com usuários do sistema estatal. Dadas as reflexões anteriores, uma observação

oportuna nos indica a possibilidade de considerar o processo de reprodução social para cada um desses atores e, talvez, seu conjunto, segundo uma situação concreta e um determinado contexto, o que não foi nosso objetivo. Outra observação indica a possibilidade do uso de termo melhor apropriado ao que denominamos gestor, vez que na área da saúde, via de regra, consideramos gestor o responsável legalmente instituído para responder pelo sistema em cada nível de governo. Contudo, este sentido de responsabilidade de condução de um sistema atribuído a um gestor parece adequado quando se trata também de políticas específicas de organização do SUS, como a Política de Saúde do Trabalhador. Isto porque qualquer norma legal não se concretiza sem a ação condutora de pessoas-gestores e que a estas-estes são previstos cargos de direção, que inclui a responsabilidade social das funções desse cargo (embora as conseqüências polítco-jurídico-administrativas pelo não cumprimento de tais funções careçam de fortalecimento como um objetivo social).

No entanto, o que nos pareceu mais sobressalente nas análises feitas aos conteúdos descritos dessa dimensão da reprodução social reporta a uma possível contradição do Estado, enquanto organização social, com instituições políticas responsáveis pelo provimento às demandas do ambiente social. Enquanto provedor de demandas, o Estado responde a cidadãos conscientes de seus direitos e a grupos organizados, o que não se caracterizou em nossa pesquisa, já que os maricultores desconhecem seus direitos mais especificamente com relação à Saúde do Trabalhador e, por outro lado, os gestores desconhecem as especificidades do processo de trabalho da maricultura, principalmente pelo fato do grupo de maricultores não configurar uma fonte de demanda. Embora não seja objeto desta pesquisa, essa contradição poderia ser analisada levando em conta uma dos princípios do SUS - o princípio da equidade, já que respostas a demandas, nem sempre abrigam uma atenção diferenciada, no sentido de atender desigualmente aos desiguais. Contudo, essa reflexão poderia ser melhor explorada com a proposição de objetivos e a aplicação de instrumentos específicos para essa finalidade. Como um parêntese, é interessante observar que mesmo sendo Florianópolis o maior produtor de ostras no país e esta constituir uma atividade econômica em expansão, que popularizou o município como a “Capital da Ostra”, todos estes aspectos situam-se em outra dimensão da reprodução social, a dimensão societal, que suprime, conserva e supera os constituintes dos estratos

hierárquicos anteriores, oferecendo uma perspectiva complementar à questão da (falta de) visibilidade desse atores pelo nível estatal no âmbito da saúde.

A sétima reflexão situa uma percepção habitualmente compartilhada entre profissionais de saúde, qual seja, a de localizar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como integrante da comunidade onde atua. De fato, os princípios que orientam a reorganização da Atenção Básica no país, instrumentalizada pela ESF, incorporam no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família, a prática do cuidado familiar ampliado e a proposição de intervenções que possam influenciar o processo saúde-enfermidade dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. Neste caso a equipe teria por atribuição promover e estimular a participação da comunidade de diferentes formas para efetivar o exercício de controle das ações de saúde. Talvez os contornos de realização de atividades que levem em conta a comunidade residente no território de atuação da ESF contribuam para o equívoco de considerá-la pertencente, em princípio, à comunidade. Porém um dos pressupostos do sentimento de pertença a uma comunidade consiste da participação dos membros com elevado grau de interação social, o que limitaria o papel de intervenção da ESF no sentido de influenciar comportamentos de controle de doenças e de promoção de saúde. Ambos, comunidade e ESF, pertencem a níveis estratigráficos distintos de reprodução social, comunal-cultural e estatal, respectivamente, com modos de operação diferentes, que se originam de culturas distintas.

A oitava reflexão focaliza o complexo tema da promoção da saúde, aqui comentado brevemente, apenas com o sentido de registro e de pertinência com os resultados obtidos nesta pesquisa. O que gostaríamos de destacar com relação a esse tema são mais os desconfortos causados quando confrontamos o aparato filosófico-teórico-normativo da promoção da saúde com as práticas correntes na sociedade. Em outras palavras, uma vez conhecidos os riscos e os acidentes de trabalho, por exemplo, uma imensa quantidade de instrumentos, equipamentos, processos e legislação são organizados e desconsiderados pelo todo social. Subjacente a esse pensamento (aparentemente) simplista, inquieta-nos pensar, por exemplo, sobre os comportamentos de prevenção e de promoção da saúde e sua relação com uma tendência negligente da natureza humana; assim como os processos de socialização primária e secundária e suas possibilidades de realização

no âmbito da promoção da saúde, atendendo os preceitos e valores humanos, dentre eles o da liberdade. Enfim, de maneira bem concreta, como esperar que os maricultores possam pensar e agir preventivamente se permanecem arraigados em nossa cultura os processos pertencentes ao modelo de atenção curativo-individual-assistencial e se ainda está por ser concretizada, na formação de profissionais de saúde, uma base com fundamentos da promoção da saúde, recentemente incorporados às diretrizes curriculares dos cursos de graduação, quiçá na cultura dos mestres.

A nona reflexão articula-se com a anterior no que se refere à formação e, no âmbito dos serviços, à capacitação dos profissionais de saúde. Seria uma conclusão óbvia a necessidade de capacitação em Saúde do Trabalhador, se estivessem equacionadas questões estruturais dessa Política, como por exemplo, a disponibilidade de recursos e meios para diagnóstico e tratamento dos agravos relacionados com o trabalho, com suporte de um sistema de referência e contra-referência claramente definido; a sistematização das ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho e de proteção à saúde do trabalhador; divulgação e implementação do sistema de registro e informações; entre outras. Contudo, as questões estruturais e funcionais da Saúde do Trabalhador ultrapassam o campo e o poder de resolução intrínseco ao setor, porque agrega outros contingentes, fixos ou transitórios, inter e extra-setoriais, todos com interesses expressos no jogo de forças que compõem as relações trabalho-capital e trabalho-saúde.

A décima reflexão contempla alguns aspectos do processo de reprodução social e a saúde dos maricultores. Ao considerarmos o processo interativo nos e entre os diferentes estratos hierárquicos, verificamos diferentes graus de conflito e de cooperação. Uma tendência de maior cooperação, sobretudo no nível bio-comunal, nas relações com as pessoas do núcleo familiar; variações entre cooperação e conflito, no nível comunal-cultural e no componente operativo do nível estatal; e uma tendência ao conflito (concorrência) nas relações de nível societal. O que merece destaque, contudo, é a inexistência de interação com o componente formulativo do nível estatal, tanto pelo fato dos maricultores relacionarem-se com este nível somente no componente operativo para soluções de problemas pontuais e ocasionais e, enquanto grupo organizado, pela ausência de demanda política ao

setor saúde. Se entendermos que dentre os processos interativos que compõem a dramaticidade da vida humana, aqueles que geram tensões ou conflitos são os que podem produzir mudanças, e que interesses comuns contribuem para a promoção de interações cooperativas, a superação da inércia estabelecida teria uma contribuição importante para interações mais substantivas entre os maricultores e o sistema de saúde.

Para finalizar, apresento as considerações de ordem metodológica a respeito do alcance dos objetivos e corroboração das hipóteses de trabalho, que permitem a defesa da tese formulada.

Sendo assim, tendo em vista o contexto da Política de Saúde do Trabalhador, consideramos que o processo de reprodução social e saúde dos trabalhadores maricultores da região norte da Ilha de Santa Catarina, bem como os componentes formulativo e operativo da dimensão estatal foram caracterizados. A análise das interações entre os usuários maricultores e o serviço de saúde, nesse contexto permitiram corroborar as proposições feitas, quais sejam, a de que o trabalhador maricultor interage com o sistema de saúde somente no plano biológico-curativo, no sentido da solução de algum problema instalado; a de que o Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa e os profissionais da Equipe Saúde da Família daquela unidade encontram-se despreparados para atender a população trabalhadora, neste caso, os maricultores, em seus processos específicos de trabalho; e, finalmente, a Política de Saúde do Trabalhador, componente formulativo do nível estatal, não é reconhecida em seus princípios pelos usuários dessa política, nem pelos maricultores, nem pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família no distrito sanitário estudado.

Em que pese o alcance destes resultados, na condição de profissional da área de saúde devo admitir que este momento acadêmico, extremamente rico em descobertas e reflexões teóricas, é o passo necessário para a formulação de novos propósitos. Um deles, associado à ética da responsabilidade, indica e impulsiona para a questão que surge quase imperativa: numa perspectiva de promoção da saúde, como promover a interação e o diálogo entre usuários, gestores e profissionais de saúde, no âmbito da Política de Saúde do Trabalhador?

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador: APCE-ABRASCO, 1997. 205p.

_____,O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Brasília, v.3, n.1-3, p.4-20, abr./dez. 2000.

ARGYLE, M. **A interação social**: relações interpessoais e comportamento social. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 571p.

ARREDONDO, A.L.; MELÉNDEZ, V. C. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud. **Revista médica de Chile**. Santiago, v.131, n. 4, abr. 2003.

AUGUSTO, L.G.; FLORENCIO, L.; CARNEIRO, R.M. **Pesquisa(ção) em saúde ambiental**: contexto, complexidade, compromisso social. Recife: Ed. Universitária, 2001. 172 p.

BARBOSA, A.; BARBOSA, B.; SILVA, J.; SANTOS, J.; NUNES, W. **Ostra viva, a saúde do morto**. 2003. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso Técnico de Segurança no Trabalho. Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa : Edições 70, 1977. 226p.

BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade:** para uma teoria geral da política. 11ª d. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 173p.

BOBBIO, N. **O conceito de sociedade civil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1987. 77p.

BOBBIO, N.; BOVERO, M.. **Sociedade e Estado na filosofia política moderna**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 179p.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. , p. , 20 set. Seção 1. 1990.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.203, de 6 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS - NOB/SUS 01/96. **Diário Oficial da União.** Brasília, n.216, p. 22932-40, 6 nov. Seção 1. 1996.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** Brasília, n. 215-E, p. 17, 10 nov. Seção 1. 1998.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.339, de 18 de novembro de 1999. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, n. 183, 20 set. Seção 1. 2002a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica n. 5 – **Saúde do Trabalhador.** Brasília: Ministério da Saúde. 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 777, de 28 de abril de 2004. Regulamenta a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador - acidentes e doenças relacionados ao trabalho - em rede de serviços sentinela específica. **Diário Oficial da União.** Brasília, n. 81, p. 37-38, 29 Abr. Seção 1. 2004.

_____, Ministério da Previdência e Assistência Social. Ministério da Saúde.Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Interministerial n. 800, de 3 de maio de 2005. **Diário Oficial da União.** Brasília, n. 85, p. 43-45, 5 Mai. Seção 1. 2005a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 380p.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, n. 233, p. 32, dez. Seção 1. 2005c.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União.** Brasília, n.39, p. 43-51, 23 fev. Seção 1. 2006a.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 698, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. **Diário Oficial da União.** Brasília, n. 64, p.48, 3 abr. Seção 1.2006b.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, n. 63, p. 138, 31 mar. Seção 1, 2006c.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União.** Brasília, n. 61, p. 71-76, 29 mar. Seção 1, 2006d.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a Programação**

Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006e. 148p.

BRILHANTE, O. M.; CALDAS, L.Q. **Gestão e Avaliação de Risco em Saúde Ambiental**. Rio Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 155p.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde**: Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.394p.

CASTELLANOS, P.L. Sobre o conceito saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. In: SÓRIO, R.E.R. (org.). **Planejando a Saúde no município**: proposta metodológica para capacitação Rio de Janeiro, IBAM/ENSUR/Núcleo de Saúde, 1995. p. 29-36.

CASTIEL, L. D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.38, n.5, p. 615-22, out. 2004.

CASTRO, C.G.J.; WESTPHAL, M.F., Modelo de Atenção. In: WESTPHAL, M. F. E ALMEIDA, E. S. (orgs) **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 91-111.

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-33. mai/ago, 2002.

DELLA ROSA, H.V; COLCAIOPPO, S. A contribuição da Higiene e da toxicologia ocupacional. In: ROCHA, L.E. et al. (orgs.). **Isto é trabalho de gente?**: vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p. 232-269.

DEVER, A.G.E. **Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde**. São Paulo: Pioneira, 1998. 394p.

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

DOWBOR, L. **Da globalização ao poder local**: a nova hierarquia dos espaços. Disponível em **<**http://www.ppbr.com/1d/5espaco.asp >. Acesso em 24 Abr. 2003.

DRESSLER, D.; WILLIS, W. M. Jr. **Sociologia**: o estudo da interação humana. Rio de Janeiro: Interciência, 1980. 463 p.

ELIAS D, BEZERRA JE. **Reestruturação produtiva da agricultura e trabalho agrícola no Baixo Jaguaribe (CE).** Disponível em <http://www.cibergeo.org/agbnacional/VICBG-2004>. Acesso em: 22 Out. 2004.

FONSECA, J.S; MARTINS, G.A. **Curso de estatística**. 5ª ed. São Pulo: Atlas, 1994. 317p.

FUNDACENTRO. Fundação de Segurança e Medicina do Trabalho. Ministério do Trabalho e Emprego. Programa ACQUA FORUM. **Projeto Integrado de Pesquisas Meio Ambiente, Saúde e Segurança do Trabalho nas Atividades de Pesca e Mergulho, no Litoral de Santa Catarina**. Disponível em: < http://fundacentro.sc.gov.br/acquaforum/index.php> Acesso em: 26 Set.. 2006.

GAETANI, F. **Gestão e avaliação de políticas e programas sociais: subsídios para discussão.** Disponível em **<**http://www.tce.sc.gov.br/biblioteca/artigos/gestaoaval poliprogsoc. html>. Acesso em: 15 Ago. 2003.

GARCÍA, R. B. Conceptos basicos para ele estudio de sistemas complejos. In: LEFF, E., et al. (orgs). **Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1986. p. 45-71.

GELBCKE, F.L. Política de Saúde do Trabalhador: limites e possibilidades. **Texto & Contexto – Enfermagem.** n. 11, p. 66-85, 2002.

GELLNER, E. **Condiciones de la libertad**: la sociedad civil y sus rivales. Buenos Aires: Paidós, 1996. 205p.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2004. 725p.

GOMES, M.H.A. Apontamentos socioantropológicos sobre comunidade e saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n. 3, p.528-536, jun. 2006.

GOMES, S. et al. **Para saber das coisas**: falando da Política de Saúde do Trabalhador e das doenças relacionadas ao trabalho. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006. 118p.

GONZALEZ LABALE, A.R. **Maricultura na Penha**: subsídios para uma antropologia da difusão tecno-científica. 2005. 198 f..Tese (Doutorado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GRUMANN, A.; POLI, C. R.; OLIVEIRA NETO, F.M.; COSTA, S.W. **Pólo de Maricultura do Estado de Santa Catarina.** Florianópolis: EPAGRI / Blue Water Aquaculture Ltda. Relatório Técnico, 1998. 55 p.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1994. 333p.

HOBSBAWM, E. J. **A invenção das tradições**. 2.ed. Rio de Janeiro: São Paulo: Paz e Terra, 1997. 316p.

IBAMA. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Portaria n. 69, de 30 de outubro de 2003. Permite o cultivo de moluscos no litoral Sudeste e Sul (...) mediante assinatura do Termo de Ajuste de Conduta (...) até obtenção de licença ambiental de operação. **Diário Oficial da União**. Brasília, n., p., Seção 1. 2003.

IBAMA. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Instrução Normativa n. 107, de 25 de julho de 2006. Prorroga, a partir da data de assinatura, por um período de 2 anos, os Termos de Ajuste de Conduta, (...) conforme relação nominal. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. 143, p. 84, 27 jul. Seção 1. 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **A família brasileira**. 2006. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/familia.html > Acesso em: 27 Set. 2006.

JUSTICIA, J. M. **Análisis cualitativo de datos textuales com ATLAS/ti** (versão 2.4) Universidade Autônoma de Barcelona. Maio 2003.

KLINKSBERG, B. **Repensando o Estado para o Desenvolvimento Social**. São Paulo: Cortez, 1998.

LACAZ, F.A.C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 13, p. 7-19, 1997. (Supl.).

LAKATOS**,** E.M. **Sociologia geral**. 5a ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1985. 382p.

LIMA, D.A. **Categorias platônicas e o conceito lugar**. Disponível em: < de http://www.igeo.uerj.br/VICBG-2004/Eixo3/E3_033.htm> Acesso em: 20 Out. 2006

LUCCI, E.A. **A era pós-industrial, a sociedade do conhecimento e a educação para o pensar**. Disponível em:< http://www.hottopos.com/vidlib7/e2.htm> Acesso 16 Set. 2005.

MACHADO, J.; MINAYO, C. Entrevista com Carlos Minayo sobre questões históricas e atuais do campo de saúde do trabalhador, por Jorge Machado. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 5, p. 419-425, 2000.

MACHADO, M. **Maricultura como Base Produtiva geradora de Emprego e Renda**: estudo de caso para o distrito de Ribeirão da Ilha no município de Florianópolis – SC – Brasil. 2002. 200 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MAENO, M.; CARMO, J.C. **Saúde do trabalhador no SUS**: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: HUCITEC, 2005. 372p.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 18, p.165-71. 2002. (Supl.)

MARTELETO, R.M.; SILVA, A.B.O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**. Brasília, v. 33, n. 3, p.41-49, set./dez. 2004.

MARTINS, P.H. A família como horizonte de descentralização e democratização da ação pública. In: AUGUSTO, L.G.S.; CARNEIRO, R.M; MARTINS, P.H. (coords). **Abordagem ecossistêmica da saúde**: ensaios para o controle do dengue. Recife: Ed.UFPE, 2005. p 65-77.

MATTOSO, J. E. L. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Página Aberta/Escrita, 1995.

MELO-FILHO, D. A. Repensando os desafios de Ulisses a Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.1, p.5-20, mar. 1995.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. 300p.

_____, **Distrito sanitário**: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. 310p.

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

MINAYO GOMEZ, C.; THENDIM COSTA, S.M.F.A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 13, p. 21-32, 1997. (Supl.).

MITCHELL, E.S. Multiple triangulation: a methodology for nursing science. **Advances in Nursing Science**, v.8, n.3, p.18-26, 1986.

MULLER NETO, J.S. Problemas em Saúde. In: SÓRIO, R. E. R. (org.). **Planejando a Saúde no município**: proposta metodológica para capacitação. Rio de Janeiro, IBAM/ENSUR/Núcleo de Saúde, 1995. p. 17-22.

NARDI, H. C. **Saúde, Trabalho e Discurso Médico**: a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

OLIVEIRA NETO, F.M. **Diagnóstico do cultivo de moluscos em Santa Catarina**. Florianópolis: EPAGRI, 2005. 67p.

OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. As Políticas Públicas Brasileiras de Saúde do Trabalhador: tempos de avaliação. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 24, p. 92-103, 2000.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs). **Epidemiologia & Saúde.** 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 1999.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. Esp., p. 73-78, 2006.

PAULILO, M.I.S. **Maricultura e território em Santa Catarina – Brasil**. PPGSP/UFSC, Cadernos de Pesquisa, n. 31, Agosto, 2002.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 583p.

PIAGET, J. **A Epistemologia genética**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1973. 110p.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: CUT, 1998. 254p.

PMF. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Desenvolvimento Institucional/ Assistência Farmacêutica**. Plano municipal de assistência farmacêutica.** Florianópolis, 2006-2008. Maio, 2006.

POCHMANN, M. Ajustes macroeconômicos e novas formas de exclusão social: a situação recente na periferia do capitalismo. In: VIGEVANI, T.; LORENZETTI, J. (coords.). **Globalização e integração regional**: atitudes sindicais e impactos sociais. São Paulo: LTr, 1998.

RICHARDSON**,** R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. ampl São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

RIGOTTO, R. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. Rio de Janeiro, n. 93/94, p. 9-20, 1998.

SAMAJA, J. **Introdución a la epistemología dialética**. Buenos Aires: Lugar, 1987. 156 p.

SAMAJA, J. **Fundamentos epistemologicos de las ciencias de la salud**. 1997. 314 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1997.

SAMAJA, J. Epistemologia e Epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. et al. (orgs) **Teoria epidemiológica hoje**: fundamentos, interfaces, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ , ABRASCO, 1998 . p. 23-36.

SAMAJA, J. **A reprodução social e a saúde**: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000a. 102p.

SAMAJA, J. **Semiótica y dialéctica**: seguido de la lógica breve de Hegel (primera versión castellana). Buenos Aires: JVE Ediciones, 2000b. 268 p.

SAMAJA, J. **Epistemología de la salud**: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar, 2004a. 248 p.

SAMAJA, J. **El lado oscuro de la razón**. 2ª ed. Buenos Aires: JVE Ediciones, 2004b. 223 p. (2ª reimpressão)

SAMAJA, J. **Proceso, Diseño y Proyecto**. Buenos Aires: JVE Ediones, 2004c. 96p.

SAMAJA, J. **Epistemología y metodologia**: elementos para una teoria de la insvestigación científica. 3ª ed. Buenos Aires: Edeuba, 2005. 416 p. (6ª reimpressão)

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família com base nas categorias Kuhnianas. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.9, n.16, p. 53-66, set 2004/fev.2005.

SCHLEMPER, S.R.M. **As cores das marés a construção cultural do conhecimento sobre as marés vermelhas**. 2002. 244 f.Tese (Doutorado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B. et al. (orgs). **Saúde do Adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 2000. p.29-65.

SEBRAE. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Prêmio Prefeito Empreendedor**. Disponível em: <http://www.sebrae.com.br/br/cooperecrescer/finalistas>. Acesso em: 7 Maio 2004.

SEBRAE. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Empreendimentos Coletivos**. Disponível em: <http://www.sebrae.com.br/br/cooperecrescer/empreendimentoscoletivos.asp>. Acesso em: 8 Jan. 2006.

SEIBERT, E.L. **Determinação de elementos traço em amostras de águas do mar, sedimento, mexilhões e ostras, da região costeira da Ilha de Santa Catarina, SC, Brasil, por espectrometria de massa com fonte de plasma indutivamente acoplado**. 2002. 149 f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências Físicas e Matemáticas. Programa de Pós-Graduação em Química, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

STOTZ, E.N.; GIOVANELLA, L. Globalização econômica, (des)regulamentação do mercado de trabalho e (des)proteção social. In: COSTA, N.; RIBEIRO, J. (orgs). **Política de Saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: SDR/ENSP, 1996. p. 113-26.

TEIXEIRA, E.C. **Sociedade civil e participação cidadã no poder local**. Salvador: Pró-Reitoria de Extensão da UFBA, 2000. 415p.

UNB, Universidade de Brasília, Secretaria de Recursos Humanos. **Riscos ocupacionais**. Disponível em: <http://www.unb.br/srh/Nest_Riscos.htm> Acesso em: 4 Maio. 2004.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública.** São Paulo, v. 2, n. 30, p. 5-43, abr./jun, 1996.

VILA NOVA, S. **Introdução à sociologia**. 5. ed. Rev. e aum. São Paulo: Atlas, 2000. 210p.

VINATEA ARANA, L. **Modos de apropriação e gestão patrimonial de recursos costeiros: estudo de caso sobre o potencial e os riscos do cultivo de moluscos marinhos na Baía de Florianópolis, Santa Catarina**. 2000. 245 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

GLOSSÁRIO

Aufhebung

Termo que define a superação dialética em Hegel e significa simultaneamente a negação de uma determinada realidade, a conservação de algo de essencial que existe nessa realidade negada e a elevação dela a um nível superior. Significa a operação pela qual, em uma estrutura estratigráfica, o nível anterior fica suprimido, conservado, superado no nível posterior.

Dialética

A tradição dialética de Hegel convida a admitir pelo menos três aspectos, todos eles intrínsecos ao mundo: Aspectos absolutos (constitutivos de um objeto, segundo os elementos que o compõem - *Ser-em-si*); Aspectos relativos (aqueles que determinam a um objeto em relação a outros objetos - *Ser-para-outro*); e Aspectos contextuais (os que se referem às determinações de um objeto enquanto um sub-objeto de um objeto de nível superior - *Ser-para-si*).

Epigênese

Gênese a partir de um *status quo ante*. Desenvolvimento formativo que se levanta, recursivamente, sobre os resultados anteriores. Estes contraem ligações funcionais com os posteriores, isto é, articulações mediante as que as formas anteriores se transformam em partes dos conteúdos posteriores, onde prevalecem umas novas formas e assim sucessivamente. Implica a operação pela qual o nível anterior fica suprimido, conservado e superado.

Gênese

Gênesis, processos formadores, genealogia ou processo de geração.

Interface hierárquica

Faz referência a uma área de comunicação ou de ação entre dois sistemas diferentes, numa dialética particular na qual uma parte interatua não com outra parte, mas com o todo. As antinomias mais conhecidas (indivíduo-sociedade; natureza-cultura; estrutura-sujeito) perdem sentido porque se instaura um contexto categorial no qual tais constituintes são pólos ou momentos de um processo estrutural e genético que existe enquanto se reproduz.

Paradigma dialético

Possibilidade de pensar e compreender os novos planos de realidades que se produzem nas interfaces hierárquicas, sem limitar à redução de um nível hierárquico a outro como, por exemplo, do social ao individual ou do natural ao cultural, conferindo o sentido de conjunto à totalidade complexa concreta.

Recaída na imediatez

Refere-se ao processo pelo qual algo que chega a ser como resultado de um processo formativo, se depreende de sua gênese e se instala como algo óbvio, originário.

Reprodução social

Nome genérico atribuído ao caráter recursivo das práticas sociais. Significa o conjunto de ações por meio das quais os diversos atores satisfazem as necessidades de seus próprios modos de funcionamento, em uma hierarquia de combinações e em conformidade com as regras que lhes dão validade.

Sistemas adaptativos complexos

Sistemas que possuem não somente mecanismos de conservação das estruturas, mas e sobretudo, de produção de novas estruturas, como sistemas intrinsecamente instáveis, inconstantes e histórico-evolutivos. Permitem contextualizar a noção de saúde no âmbito do que se pode designar de sistema sócio-cultural, com o que se alude a uma estrutura de processos históricos e dialéticos, mediante os quais o sistema se reproduz, incluindo nessa reprodução a produção de novas formas.

APÊNDICES

Apêndice 1 Unidades de Análise, variáveis e dimensões

Apêndice 2 Instrumentos de coleta de dados

APÊNDICE 1

Unidades de análise, variáveis e dimensões

1 - Trabalhadores maricultores

1.1 Reprodução biocomunal

variáveis	dimensões
1) cada sujeito mesmo como indivíduo	
a) características pessoais	escolaridade
	Estado civil
	Idade
	sexo
b) migrações	Naturalidade
	Procedência
	Local de moradia
	tempo de residência no bairro
c) historia laboral	Antecedentes ocupacionais
	Tempo de trabalho na maricultura
d) Atividade (s) profissional (is):	Tipos de atividades profissionais
	Exclusividade para o trabalho na maricultura
	Outras atividades dos que têm outro emprego além da maricultura
e) *necessário para a saúde*	entendimento do que é necessário para ter saúde
	entendimento do necessário x ação mesma pelo sujeito
f) qualificação de problemas de saúde	ocorrência de problemas de saúde
	Tipos de problemas de saúde
	modos / meios de prevenção aos problemas de saúde
	modos de tratamento aos problemas de saúde
g) qualificação de riscos	Percepção de riscos à saúde/ocupacionais
	tipos de riscos
	acidentes associados ao trabalho na maricultura
	doenças associadas ao trabalho na maricultura
	meios de prevenção aos riscos laborais
2) cada sujeito e suas relações (psico-afetivas e de subsistência) no núcleo familiar.	
a) tamanho e composição familiar	Número de filhos = ok
	Nº de Pessoas do nucleo familiar residentes no
b) características socio-econômicas familiares	Conformação do trabalho na família
	Composição da renda familiar

c) características sócio-afetivas familiares	Percepção das relações afetivas entre indivíduos do núcleo familiar
d) características sócio-culturais familiares	Tradição familiar na pesca
	Tradição familiar na comunidade SALisboa
e) características da saúde na unidade familiar	Membro familiar e tipo de problema de saúde
	Membro familiar e tratamento do problema de saúde

1.2 Reprodução comunal-cultural

variáveis	dimensões
1) maricultores e a rede comunal da vida cotidiana	
a) pessoas de seu convívio (amigos/parentes/vizinhos)	Tipo de rede (amigos/parentes/vizinhos);
	Grau de parentesco/afinidade
b) o relacionamento com e entre outras pessoas de convívio (amigos/parentes/vizinhos)	Qualificação do relacionamento na rede comunal (tipo de aproximação; Tipos de conflito)
2) maricultores e a rede de atenção a saúde	
a) rede comunal de atenção à saúde	Pessoa (s) de referência para conversa sobre as necessidades/problemas de saúde
	Rede estabelecida em situações clínicas ou preventivas
	Rede terapêutica e de referência para solução de problema de saúde
3) maricultores e a comunidade de SALisboa	
3.1) características da comunidade	
a) características sócio-demográficas	Distribuição populacional (sexo/idade)
	Perfil educativo
	PEA e tipo de ocupação
b) características sócio-culturais	Tradições culturais
	Áreas de lazer e cultura
c) infraestrutura básica	Disponibilidade de transporte público
	Taxa de urbanização
	Saneamento
	Oferta de outros serviços públicos
3.2) participação dos maricultores na comunidade de SALisboa	
a) participação em entidades da comunidade	Tipos de entidades
	Freqüência de reuniões e de participação
	tipos de assuntos tratados nas entidades

1.3 Reprodução estatal

Variáveis	dimensões
1) direitos e políticas de saúde	
a) direitos à saúde	percepção sobre direitos à saúde garantidos pela Constituição e/ou outras normas
b) política de saúde do trabalhador	percepção sobre a política de saúde do trabalhador
	atribuição da responsabilidade pública e social para o desenvolvimento da política de saúde do trabalhador
	reconhecimento sobre ações da política de saúde do trabalhador - desenvolvidas (ou não).
	Reconhecimento de estratégias de atuação de profissionais de saúde para a área do trabalhador.
2) serviços de saúde	
a) Centro de Saúde SALisboa	Estrutura funcional
	Recursos disponíveis
	uso pelos maricultores de serviços do Centro de Saúde de SALisboa
	qualificação dos serviços do Centro de Saúde de SALisboa pelos maricultores
	funcionamento dos serviços do Centro de Saúde de SALisboa relativamente às suas expectativas.
b) serviços públicos de saúde de referência	uso de serviços públicos de saúde nos diferentes níveis de complexidade
	qualificação dos serviços públicos de saúde pelos maricultores
	funcionamento dos serviços públicos relativamente às suas expectativas.
c) serviços privados de saúde	uso de serviços privados de saúde
	Motivação para uso de serviços privados de saúde
d) qualificação da rede de atenção à saúde do grupo de maricultores	Entidade (s) de referência para solução de problema de saúde e as razões para isso
	modos de prevenção aos problemas de saúde adotados pelos indivíduos do grupo
	modos de tratamento aos problemas de saúde adotados pelos indivíduos do grupo

1.4 Reprodução societal

Variáveis	dimensões
1) o trabalho na maricultura	
a) características da atividade	Etapas do processo de trabalho
	Atividades desenvolvidas nas diferentes etapas
	Comercialização
b) o trabalho na maricultura	Motivo da escolha da ocupação
	Satisfação com a atividade
2) infraestrutura para o trabalho	
a) insumos	Quantidade e qualidade das sementes
	Produtividade anual

b) área física de execução do trabalho	Local de trabalho
	Salubridade do local de trabalho
c) equipamentos de trabalho	Tipo e uso de equipamentos de trabalho
3) grupo dos maricultores produtores	
a) características do grupo	Tipo de grupo
	Qualificação do relacionamento com e entre maricultores produtores
b) características trabalhistas	Tipo de vínculo de trabalho
	Mão-de-obra auxiliar
	Associatividade
c) participação em entidades associativas	Tipos de entidades associativas
	Freqüência de reuniões e de participação
	tipos de assuntos tratados nas entidades
	Tipos de assuntos de interesse nas entidades
d) problemas de saúde do grupo de maricultores	Ocorrência e tipos de problemas de saúde nos indivíduos do grupo
	ocorrência e tipos de problemas de saúde nos indivíduos do grupo relacionados à maricultura
e) saúde privada complementar	uso de serviços privados de saúde pessoal, familiar, grupal, da empresa
	Tipo de contrato de seguro saúde pessoal, familiar, da empresa
4) trabalho na maricultura: riscos à saúde e acidentes de trabalho.	
a) riscos ocupacionais	Percepção de riscos à saúde/ocupacionais
	tipos de riscos ocupacionais
	meios de prevenção aos riscos laborais
b) doença /acidente de trabalho	casos pessoais de doença ou acidente associados ao trabalho na maricultura
	casos de doença ou acidente entre seus colegas/ produtores associadas ao trabalho na maricultura
c) equipamentos de proteção	Tipo e uso de equipamentos de proteção individual
	Tipo e uso de equipamentos de proteção coletiva

2 - Componente Operativo do Sistema de Saúde

Unidade de análise 1 = profissionais de saúde
Fonte = entrevistas com profissionais

variáveis	dimensões
1) características profissionais	
a) caracteristicas gerais	Formação profissional
	Tipo de contrato profissional
	Tempo de trabalho na unidade
	Horário de trabalho

b) atividades desenvolvidas respectivas à função	Tipos de atividades de natureza assistencial
	Tipos de atividades de natureza preventiva
	Tipos de atividades para a pop. trabalhadora
	Tipos de atividades para a pop. Trabalhadora da maricultura
2) atenção à saúde do trabalhadores	
a) atividades de AB desenvolvidas ao trabalhador	Tipos de ações de atenção básica / grupo populacional
	Tipos de ações de atenção básica a pop trabalhadora / trab. da maricultura
3) inserção do CS na comunidade	percepção sobre o uso do Centro de saúde pela população do bairro.
	percepção sobre o uso do Centro de saúde pela população trabalhadora / maricultora
4) recursos disponíveis para atenção à saúde	percepção sobre os recursos disponíveis no Centro de saúde para atenção à saúde do trabalhador.
	Tipos de recursos disponíveis no Centro de saúde para atenção à saúde do trabalhador da maricultura
5) política de saúde do trabalhador	percepção sobre as políticas de saúde estabelecidas
	percepção sobre a politica de saúde do trabalhador
	percepção sobre a politica de saúde do trabalhador na atenção básica
	Aspectos considerados fundamentais para uma política de saúde do trabalhador

Unidade de análise 2 = centro de saúde
Fonte = consulta a documentos e sistemas de informações institucionais

variáveis	dimensões
1) Estrutura física-funcional do Centro de saúde	
1.1) prestação de **serviços**	
a) oferta de serviços	Número e Tipos de atividades de natureza assistencial
	Número e Tipos de atividades de natureza preventiva
	Número e Tipos de atividades para a pop. Trabalhadora / Trab da maricultura
	Programas de saúde implantados
b) produção de serviços	Número e Tipos de atividades de natureza assistencial
	Número e Tipos de atividades de natureza preventiva
	Número e Tipos de atividades para a pop. Trabalhadora / trab maricultura
	Volume médio de atendimento/dia / tipo de atividade
	Volume médio de atendimento/dia / programa – grupo de atenção
1.2) recursos disponíveis	
a) profissionais	Número de profissionais/categoria/população da área
b) sistemas de informação	Sistema disponíveis
	sistemas em funcionamento
c) infra-estrutura	Tipo de Equipamentos

	Número de consultorios
	Adequação dos espaços de serviço
2) Estratégia Saúde da Família	
2.1) Equipes de SF	
a) cobertura	Número de equipes de SF x população de abrangência
	total de famílias atendidas x equipe de SF
	Número de ACS x população de abrangência
	total de famílias atendidas x ACF
	Volume médio de visitas domiciliares / programa – grupo de atenção
b) métodos e processos	Áreas de abrangência
	Tipo de atividades desenvolvidas / equipe
	programas
	Grupos populacionais atendidos

3 - Componente Formulativo do Sistema de Saúde

Unidade de análise = gestores de saúde
Fonte = entrevistas com gestores

variáveis	dimensões
1) características profissionais	
a) caracteristicas gerais	Formação profissional
	Cargo que ocupa
	tempo de trabalho no cargo
b) atividades desenvolvidas respectivas à função	nível gestor
	Tipos de atividades que desenvolve na qualidade de gestor de saúde
2) atenção à saúde do trabalhadores	
a) **ações desenvolvidas ao trabalhador**	Tipos de ações / nível de complexidade
	Tipos de ações para a pop trabalhadora / trab. da maricultura
	Tipos de ações de atenção básica a pop trabalhadora / trab. da maricultura
	percepção sobre o desenvolvimento de ações aos trabalhadores nas unidades de saúde / nível de complexidade
3) política de saúde do trabalhador	conhecimento sobre as políticas de saúde estabelecidas
	conhecimento sobre a politica de saúde do trabalhador
	conhecimento sobre a politica de saúde do trabalhador na atenção básica
	Aspectos considerados fundamentais para uma política de saúde do trabalhador
	Aspectos considerados fundamentais para uma política de saúde do trabalhador na atenção básica

4) recursos para atenção à saúde do trabalhador	
4.1) recursos necessários para atenção à saúde do trabalhador	percepção sobre os recursos necessários para desenvolvimento da atenção à saúde do trabalhador. / trab maricultura
4.2) rede de saúde para pop trab	percepção sobre aspectos quantitativos da rede de saúde em âmbito municipal
	percepção sobre aspectos quantitativos da rede de saúde em âmbito regional
	percepção sobre aspectos qualitativos da rede de saúde em âmbito municipal
	percepção sobre aspectos qualitativos da rede de saúde em âmbito regional

Unidade de análise = políticas de saúde
Fonte = consulta a documentos / legislação

variáveis	dimensões
1) políticas de saúde estabelecidas	
a) políticas e legislação da saúde	Analise e caracterização da legislação da saúde
	Caracterização normativa dos níveis de complexidade do sistema de saúde
	Caracterização normativa do nível de atenção básica do sistema de saúde
	Caracterização normativa da estratégia de saúde da família
b) políticas e legislação da saúde do trabalhador	Analise e caracterização da legislação da saúde do trabalhador
	Tipos e projetos implantados pelas entidades governamentais (estadual, regional, municipal)
	Rede e centros de referência em Saúde do Trabalhador (nível estadual, regional e municipal)

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Pesquisa: Saúde dos Maricultores e Atenção Básica à Saúde: uma análise sob o enfoque da Teoria da Reprodução Social

ROTEIRO – Entrevista – Profissional de Saúde

1. Dados de Caracterização:

Formação:
Horário de Trabalho:
Tempo de Trabalho nessa unidade de saúde:
Principais atividades:

2. Questões:

Quais são as principais atividades assistenciais desenvolvidas com a população trabalhadora nesta unidade?

Quais são os recursos que esta unidade de saúde dispõe para atenção à saúde do trabalhador em geral e, em especial do maricultor?

Quais são as ações de saúde na atenção básica que devem ser realizadas aos trabalhadores? E aos trabalhadores da maricultura?

Como se dá a relação entre esta unidade de saúde e a população trabalhadora? E com a população trabalhadora da maricultura?

O que você considera fundamental conter em uma Política de saúde do Trabalhador?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Pesquisa: Saúde dos Maricultores e Atenção Básica à Saúde: uma análise sob o enfoque da Teoria da Reprodução Social

ROTEIRO – Entrevista – Gestor de Saúde

1. Dados de Caracterização:

Unidade Gestora:
Formação:
Cargo:
Tempo de trabalho no cargo:
Atividade principal:

2. Questões:

Quais são as ações desenvolvidas com a população trabalhadora nesta gestão? E, especificamente, com a população trabalhadora da maricultura?

Do ponto de vista quantitativo e qualitativo, como está organizada a rede de saúde (municipal/regional) para atenção à saúde do trabalhador?

Como você considera que estão sendo realizadas as ações de saúde aos trabalhadores? E, especificamente, as ações de atenção básica nos centros de saúde?

O que você considera fundamental conter em uma Política de saúde do Trabalhador?

O que você considera necessário para que a Política de saúde do Trabalhador na atenção básica se torne uma realidade?

Quais são os recursos que você considera necessários para atenção à saúde do trabalhador em geral e, em especial do maricultor?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Pesquisa: Saúde dos Maricultores e Atenção Básica à Saúde: uma análise sob o enfoque da Teoria da Reprodução Social

ROTEIRO – Entrevista - Maricultor

Informações:

Fale um pouco sobre você: (idade, procedência, bairro, escolaridade, formação, estado conjugal, filhos, com quantas pessoas vive, características de personalidade).
Fale como é seu relacionamento com as pessoas com que você vive.
O que você entende ser necessário para ter saúde?
Você tem algum(s) problema(s) de saúde? Fale sobre ele(s).
O que você faz para prevenir doenças?
Você considera ter algum risco no seu ambiente de trabalho? Existe algum meio de se proteger? Como você se protege?

Quem são as outras pessoas de seu convívio? (amigos/parentes/vizinhos)?
Fale como é seu relacionamento com essas pessoas (afetos e desafetos).
Com quem você conversa sobre as necessidades/problemas de saúde? (inclui maricultores?)
Quando você tem algum problema de saúde, quem você procura? Por que?
Você possui algum Plano de saúde? Como é a cobertura do plano?
Você utiliza os serviços do Posto de Saúde de Santo Antonio de Lisboa? Por que?
Que serviço público de saúde você usa (posto, centro, policlínica, hospital)? Por que? Em que situações? Como é atendido?
Na sua opinião, como são as relações entre os maricultores do norte da ilha e o Posto de Saúde de Santo Antonio de Lisboa? Por que?
Na sua opinião, como são as relações entre os maricultores do norte da ilha e os demais serviços públicos de saúde? Por que?

Fale um pouco sobre o seu trabalho na maricultura (porque escolheu a maricultura, tarefas/atividades que desenvolve, tipo de vínculo empregatício, horário de trabalho, tempo de trabalho, carteira de trabalho, relação entre renda pessoal, renda Familiar e renda da maricultura)
Como é sua relação com seus colegas de trabalho? E com os outros produtores?
Sabe de algum de seus colegas/produtores que tenha ficado doente devido ao trabalho na maricultura? O que aconteceu?
Como você acredita que os outros maricultores tratam de seus problemas de saúde? Você conhece que serviço de saúde eles utilizam?
Você participa de alguma entidade? E vinculada à maricultura?
Que tipo de assunto é tratado na entidade?
O assunto sobre saúde do trabalhador é tratado na sua entidade?

O que você conhece o que está escrito em leis/normas sobre seus direitos com a saúde?
O que você conhece sobre política de saúde do trabalhador?
Você conhece alguma atividade desenvolvida nas unidades públicas de saúde (posto, centro, policlínica, hospital) voltadas para o trabalhador?
Como você acredita que os profissionais de saúde deveriam agir para cuidar de você, em prevenir doenças ou riscos de adoecer no trabalho?
Quem você acha que é responsável por oferecer e desenvolver ações de saúde do trabalhador? E o que está sendo feito?
O que você gostaria de falar sobre sua história de vida? E sobre seu trabalho? E sobre as condições de saúde?

ANEXOS

Anexo 1:	Estudo de Caso: O processo de trabalho na maricultura e implicações na saúde dos trabalhadores: uma aproximação ao tema.
Anexo 2:	O processo de investigação científica: instâncias de validação.
Anexo 3:	Quadro comparativo de agrupamentos epistemológicos
Anexo 4:	Planilha demonstrativa: áreas demarcadas, lotes e produtores maricultores. Agosto/2005.
Anexo 5	Legislação em Saúde do Trabalhador.

ANEXO 1

O processo de trabalho na maricultura e implicações na saúde dos trabalhadores: uma aproximação ao tema

The work process in mariculture and its implications for worker health: an approximation to the theme

RESUMO: Os objetivos deste estudo consistiram em identificar a aproximação do trabalho na maricultura a aspectos do processo de reestruturação produtiva e descrever as características do processo de trabalho dos maricultores, identificando riscos à saúde e a possibilidade de uso dos serviços públicos de saúde. Foi utilizado o método de estudo de caso, de natureza exploratória e descritiva, e empregadas técnicas de observação participante e entrevistas não estruturadas junto a maricultores de uma Fazenda de Criação de Moluscos Marinhos em Florianópolis, Santa Catarina. O declínio da pesca artesanal, as conseqüências associadas ao desemprego, as implicações na economia local, municipal e estadual, o baixo custo para produção de moluscos, a geografia da costa litorânea, e razões históricas e tradicionais explicam as condições para o surgimento da maricultura em Santa Catarina. Os maricultores trabalham em condições desfavoráveis, resultando em risco à saúde. A organização política e trabalhista deste grupo ainda está em desenvolvimento. A análise do processo de trabalho na maricultura e das possibilidades de uma assistência efetiva por profissionais de uma unidade básica de saúde revela a necessidade de alternativas que atentem para a qualificação profissional e para a atribuição de competências nas unidades locais como aspectos importantes para efetivação da Saúde do Trabalhador.

PALAVRAS CHAVE: reestruturação produtiva, saúde do trabalhador, processo de trabalho, maricultura.

INTRODUÇÃO

A globalização da economia e a reestruturação produtiva, embora marcadamente estudadas no âmbito da indústria, tem influenciado também o setor de serviços (Pires, 1998) e alcançaram o setor primário, gerando a chamada reestruturação produtiva do setor rural e agro-industrial e provocando transformações no processo produtivo associado à atividade agropecuária (Elias & Bezerra, 2004). Essa reestruturação tem resultado em um novo modelo técnico, econômico e social de desenvolvimento agrícola. Além do componente econômico, os resultados trazem mudanças também na vida social e nos processos de trabalho neste setor.

Como parte do processo de reestruturação produtiva do setor agrícola, a maricultura vem sendo concebida como alternativa de renda para os pescadores, especialmente em Santa Catarina, impulsionada pelo desenvolvimento e produção de ostras e mexilhões na capital do estado, gerando novos processos de trabalho e mudanças na vida das pessoas (Grumann et al., 1998; Machado, 2002).

A avaliação econômica deste recente setor produtivo no estado é bastante otimista: “além de proporcionar uma renda adicional aos pescadores, a maricultura vem contribuindo para a geração de mão-de-obra e fixação das populações tradicionais, principalmente os jovens, nas suas áreas de origem” (Grumann et al., 1998, p. 4). Contudo, a literatura revela que a reestruturação produtiva, intensificada a partir de 1990 no Brasil, tem como conseqüências o desemprego, a precarização das relações de trabalho, as mudanças na inserção dos diferentes componentes da família no mercado de trabalho e deterioração da renda familiar (Montali, 2000). Além disso, muitos são os problemas de saúde decorrentes do trabalho na aqüicultura, quer sejam acidentais, quer sejam doenças adquiridas durante a realização da atividade. A Secretaria Especial de Aqüicultura e Pesca da Presidência da Republica (SEAP/PR, 2004) avalia que a pesca artesanal passa pela extrema insalubridade do trabalho da cata do caranguejo até as atividades de beneficiamento do pescado.

Apesar da real importância da maricultura como alternativa para as famílias de pescadores é preciso levar em conta a existência de múltiplas possibilidades de exclusão social: “famílias com recursos e/ou instrução insuficientes para competir com os novos interessados na atividade; população costeira pobre que vive do turismo; população afetada pela poluição ambiental; mulheres que continuam dependendo dos maridos para qualquer movimentação no espaço público; mulheres assalariadas mal remuneradas” (Paulilo, 2002, p.19); condições de trabalho insalubres, entre outras. Além disso, o grupo dispõe de baixa proteção social e pequena representação política (não são sindicalizados e encontram-se, atualmente, em processo de organização política e trabalhista).

Neste contexto, os objetivos deste estudo consistem em identificar a aproximação do trabalho na maricultura a aspectos do processo de reestruturação produtiva e descrever elementos característicos do processo de trabalho (objeto, ambiente, organização do trabalho, instrumentos e produto) de um grupo de maricultores, identificando riscos à saúde e a possibilidade de uso dos serviços públicos de saúde.

Trata-se de um estudo de caso, de natureza exploratória e descritiva, realizado com um grupo de maricultores o qual é parte de uma pesquisa mais ampla, em andamento, e que resultará, dentre outros produtos, em uma tese de doutoramento. A população de estudo foi constituída por trabalhadores de uma Fazenda de Criação de Moluscos Marinhos, localizada em Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis/SC. Foram aplicadas entrevistas não estruturadas a todos os trabalhadores/produtores daquela unidade de trabalho e realizada a técnica de observação participante nas atividades laborais, no período de março a junho de 2004. Para análise do processo de trabalho na maricultura, cujos passos estão detalhados adiante, utilizamos o modelo adotado por Alessi & Scopinho (1994) na pesquisa que realizaram sobre a saúde dos trabalhadores no corte da cana de açúcar. As técnicas de entrevista e de observação foram consentidas e autorizadas pelos participantes, obedecendo às diretrizes e normas relativas a pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996).

Os maricultores cultivam organismos marinhos e, dentre estes, o grupo estudado produz ostras e mexilhões. Este estudo focalizou o processo de trabalho envolvido no cultivo de ostras, uma vez que os mexilhões exigem menor tempo de dedicação e poucas etapas no tratamento em comparação ao cultivo de ostras.

O trabalho na maricultura no cenário das atuais transformações no mundo do trabalho

A reestruturação produtiva é considerada um processo econômico, político e cultural em curso, de grande dinamismo e alta complexidade, que acontece em escala planetária e em ritmo intenso (Rigotto, 1998). Está estruturalmente vinculada à globalização, cujos processos têm sido conduzidos pelas forças hegemônicas em âmbito internacional e representam a mais recente configuração do capitalismo, isto é, uma forma que converte o sistema mundial em espaço de acumulação e produz repercussões marcantes sobre a vida social.

Os estudiosos deste processo o caracterizam da seguinte forma: intenso desenvolvimento tecnológico; flexibilização da produção (do modelo de empresa vertical

para a produção em rede com terceirização e cooperação inter-empresas) e mudanças no processo de trabalho (como a ruptura com a organização taylorista do trabalho e a utilização de trabalhadores mais qualificados/escolarizados). No entanto, as mudanças positivas têm sido localizadas não se verificando uma generalização; e as negativas têm sido o aumento do desemprego e da precarização do trabalho, além da diminuição dos índices de sindicalização, de representação social dos trabalhadores, com agudização das desigualdades e da exclusão social (Leite, 1994; Mattoso, 1995, Pires, 1998; Rigotto, 1998).

Em relação ao setor primário da economia verifica-se no Brasil uma multiplicação de políticas agrícolas, agrárias, de recursos hídricos, entre outras, no sentido de tornar viáveis algumas regiões do país, com vistas à produção agropecuária globalizada, à abertura para as exigências externas e à especialização da produção (Elias & Bezerra, 2004). A agropecuária brasileira vem modernizando-se desde os anos 60 tendo como conseqüências o fim do isolamento que a atividade manteve em relação aos demais setores econômicos e a abertura para a aplicação de capital com obtenção de alta lucratividade. Torna-se mais competitiva permitindo maior valorização dos capitais investidos, o que a aproximou da indústria, do comércio e dos serviços (Elias & Bezerra, 2004).

Tais transformações, no entanto, não romperam com a dicotomia existente entre uma agricultura tradicional e uma agricultura "científica". Isto significa dizer que a "modernização da agropecuária privilegiou determinados segmentos sociais, econômicos e os espaços mais rapidamente suscetíveis a uma reestruturação sustentada pelas inovações científico-técnicas e pela globalização da produção e consumo. Acirrou-se, assim, a expansão das relações capitalistas de produção no meio rural, tendo sido conduzida de forma extremamente prejudicial à maioria da população rural, à organização do território e ao meio ambiente, promovendo um desenvolvimento cada vez mais desigual no pais" (Elias & Bezerra, 2004, p.2).

Até o ano de 2002, a maricultura esteve incluída nos programas de desenvolvimento rural, ligados ao Ministério da Agricultura e do Abastecimento, devido a sua semelhança em termos organizacionais com o cultivo da terra. Com a reforma administrativa da União em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Aqüicultura e Pesca, ligada diretamente à Presidência da República– SEAP/PR, com a finalidade de assessorar direta e imediatamente o Presidente na formulação de políticas e diretrizes para o desenvolvimento e o fomento da produção pesqueira e aqüicola.

Apesar da maricultura comercial ser recente no Brasil, merecem destaque os projetos de carcinicultura (camarões) desenvolvidos no Nordeste e a malacocultura (moluscos) do Estado de Santa Catarina. O cultivo catarinense de moluscos emprega tecnologias de cultivo e de produção de sementes semelhantes às utilizadas em países com maior tradição

nesta área. As desvantagens em comparação a esses países estão nas tecnologias do pós-colheita, em função do caráter artesanal aqui predominante (Grumann et al., 1998; Paulilo, 2002).

Algumas razões geográficas, históricas e tradicionais são apontadas pelos autores (Grumann et al., 1998; Paulilo, 2002; Machado, 2002) para o desenvolvimento da maricultura em Santa Catarina. A pesca é uma atividade milenar em Santa Catarina, comprovada pelos inúmeros sambaquis encontrados por arqueólogos. Porém, a tradição pesqueira, tal como conhecida nos dias de hoje, resulta da migração de colonizadores açorianos, nos meados do século XVIII, cujos costumes permanecem arraigados na cultura local, explicada não só pela longa tradição da pesca nas costas catarinenses, como também pela necessidade de ajuda mútua entre os pescadores (Paulilo, 2002).

No entanto, atualmente, verifica-se uma nítida tendência ao aumento da pesca industrial em detrimento da artesanal. Dados fornecidos pelo Instituto de Planejamento e Economia Agrícola de Santa Catarina - Instituto CEPA/SC (Paulilo, 2002) confirmam esta tendência: da produção de 133 mil toneladas de pescado em 1998, apenas 7% resultou da pesca artesanal e 93%, da industrial. Estes dados demonstram que a pesca artesanal já alcançou seu limite máximo sustentável de captura em Santa Catarina e sinalizam para as possíveis conseqüências relativas ao desemprego dela advindas. Este fato, associado ao baixo custo dos equipamentos para produção de moluscos, criou as condições para o surgimento da maricultura e seu amplo desenvolvimento, a qual passou a ter importância crescente na economia local, municipal e estadual (Grumann et al., 1998; Paulilo, 2002; Machado, 2002).

Convém assinalar que a costa litorânea catarinense, com aproximadamente 561 quilômetros de extensão, é considerada excelente, tanto para a pesca como para a maricultura. Trata-se de uma costa marítima recortada por baías, estuários e enseadas, apresentando áreas protegidas de intempéries, o que facilita o manejo dos cultivos. Além disso, a qualidade e a produtividade da água do mar permitem resultados de produção superiores aos de países com maior tradição nesta atividade (Grumann et al., 1998; Paulilo, 2002).

O desenvolvimento da maricultura - mitilicultura (criação de mexilhões) e a ostreicultura (criação de ostras) - em Santa Catarina teve início na década de 80, com pesquisas realizadas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com o apoio da Secretaria de Estado da Agricultura e Política Rural. Santa Catarina é o principal produtor de mexilhões do País e da América Latina (Paulilo, 2002). Sua produção cresceu cerca de 1.742% no período 1990/1995, transformando-se não apenas em uma importante fonte de alimentar, mas também de empregos. Porém, o consumo de moluscos cultivados em águas

inadequadas pode ocasionar problemas para a saúde humana. Os moluscos são animais filtradores que incorporam vários tipos de poluentes, desde coliformes fecais até metais pesados (Paulilo, 2002).

A produção de sementes de ostras não nativas pelo Laboratório de Cultivo de Moluscos Marinhos da UFSC (LCMM, 2000) iniciou-se efetivamente em 1994 com repasse aos produtores para a engorda. A partir daí a maricultura comercial vem se expandindo de forma significativa a ponto de, em pouco menos de uma década, Santa Catarina tornar-se o maior produtor do Brasil de ostras tipo Crassostrea gigas e mexilhões Perna perna (Grumann et al., 1998; Paulilo, 2002).

A legislação básica necessária para nortear o desenvolvimento da atividade ainda se mostra incompleta, inadequada e ineficiente, fato que dificulta o desenvolvimento sustentável e compatível com outras ações humanas, incluindo-se a preservação ambiental (Grumann et al., 1998).

A dificuldade maior para acordo das competências e responsabilidades reside na imprevisibilidade do impacto ambiental em alguns anos. Parte das dificuldades de regulamentação das áreas marítimas inclui os interesses de diferentes segmentos que utilizam o mar como fonte de renda, tal como o turismo, o esporte, e a própria pesca. A ocupação do espaço do mar é tema de discussão junto aos órgãos decisores e executores de políticas no município, estando restringido o cadastro de novos produtores. “Todos os ramos da maricultura implicam novas formas de ocupação das águas costeiras, nem sempre pacíficas. Podem surgir outros conflitos além do já existente entre pesca artesanal e pesca industrial. A introdução de cercados brancos nas águas próximas às praias não agrada aos que valorizam a paisagem, sejam turistas, sejam moradores locais ou agências imobiliárias. Também os ambientalistas preocupam-se com a ocupação desordenada e a superutilização de algumas áreas e, além disso, há tensão entre os donos de barcos quando se sentem cerceados em sua movimentação. Para entendermos melhor estes conflitos, devemos nos deter um pouco em como se dava a ocupação do mesmo espaço na pesca tradicional, porque é de egressos desta atividade que se forma a maioria dos grupos de maricultores” (Paulilo, 2002, p. 5)

Os benefícios econômicos gerados pela atividade da maricultura, em particular a ostreicultura e a mitilicultura e a fragilidade dos aspectos legais, têm favorecido o acometimento de imprudências no uso de alguns ecossistemas costeiros. Os impactos ambientais do cultivo de moluscos marinhos são relativamente inócuos, exceto quando há prática intensiva, ressaltando que o principal impacto reside na deposição de matéria orgânica no fundo dos locais de cultivo (Grumann et al., 1998; Paulilo, 2002).

As dificuldades e restrições que se antepõem ao desenvolvimento do Pólo de Maricultura no Estado são de diferentes ordens, dentre as quais a política, técnica, sócio-econômica e ambiental (Grumann et al., 1998). Estes dizem respeito à desatenção dos governos para com o setor; à indisponibilidade de sementes de ostras, em quantidade suficiente para o atendimento da demanda dos produtores; a má gestão dos recursos naturais; e a desatenção com os efluentes de toda a natureza. Do ponto de vista sócio-econômico, um dos maiores problemas reside no baixo nível de escolaridade (cerca de 75% dos produtores não completaram o 1º grau e 6% são analfabetos), uma situação limitante na maricultura, que exige uma maior utilização de tecnologias (Grumann et al., 1998).

Na pesquisa sobre a estrutura produtiva da maricultura no distrito de Ribeirão da Ilha, sul da Ilha de Santa Catarina, Machado (2002) verificou que o desenvolvimento dessa atividade apresentou uma série de mudanças que favoreceram a melhoria da qualidade de vida local. No entanto, os resultados indicaram a prevalência da lógica competitiva do mercado, que pode contribuir para uma mudança no estilo de vida e valores até então dominantes naquele distrito, dentre eles os de ajuda mútua e cooperação e, de forma perversa, implicar a adoção de um "modelo de desenvolvimento local excludente, apropriativo e degradador" (Machado, 2002, p. 179).

Finalmente, é importante considerar os apontamentos de Paulilo (2002) sobre o discurso homogeneizador em relação à maricultura, de uso político comum. A maricultura, como uma alternativa para os pescadores artesanais que perderam suas condições de trabalho e como uma atividade que beneficia a família como um todo deve ser, também, problematizada e inserida em um contexto amplo. A autora chama a atenção para "os riscos de se tomar as leis de mercado, construídas pelos homens, como inevitáveis. A exclusão dos pequenos produtores em decorrência da intensidade da competição não é "natural", mas fruto do modelo de desenvolvimento que se quer implantado" (Paulilo, 2002, p. 18).

O trabalho na maricultura, no local estudado, aproxima-se, em alguns aspectos, do processo de reestruturação produtiva em curso, destacando-se: a) A incorporação de tecnologia de ponta; b) A forma de produzir diferente da pesca artesanal e industrial - identificando-se com a pequena produção e diferenciando-se da organização taylorista-fordista; c) Constitui-se uma alternativa de renda melhor do que a exclusão do mercado de trabalho com o risco de extinção da pesca artesanal; d) Trata-se de um trabalho precário em relação a direitos trabalhistas, com pequena representação política e desenvolvendo-se em condições insalubres.

Processo de trabalho na maricultura e a saúde do maricultor

A produção de ostras em Florianópolis/SC foi estimulada a partir do Projeto de Desenvolvimento Sustentável da Maricultura, parceria entre Prefeitura Municipal, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (EPAGRI). Das 102 áreas de cultivo no litoral catarinense, demarcadas pelo Ministério da Defesa, Comando da Marinha, 50 estão situadas nesse município, com uma produção de mais de um milhão de dúzias de ostras, o que representa cerca de 80% da produção nacional e um retorno comercial de quase R$ 6 milhões para os produtores locais (SEBRAE, 2004).

As áreas de cultivo estão situadas, em sua maioria, em 2 bairros: Ribeirão da Ilha e Santo Antonio de Lisboa, este último o local de interesse deste estudo por se tratar de produção puramente artesanal. Em Santo Antonio de Lisboa existem cerca de 20 produtores cadastrados junto aos órgãos competentes. Estes produtores fazem parte da Associação de Maricultores do norte da Ilha, que inclui ainda os produtores de Sambaqui e Cacupé, outras 2 áreas demarcadas. Encontra-se em processo de criação a Cooperativa dos Maricultores. O primeiro grupo de maricultores de Santo Antonio de Lisboa foi formado em 1985, contando com 20 ex-pescadores.

Características do processo de trabalho

O trabalhador da maricultura é a pessoa que se dedica ao cultivo de organismos marinhos. Esse termo designa, no âmbito deste estudo, o cultivo de ostras (ostreicultura). O ostreicultor se dedica, com cuidado constante, às várias etapas do processo de cultivo: a criação de sementes, a engorda, a troca entre os coletores, a preparação e o tratamento, o transporte e a comercialização.

Em Santo Antonio de Lisboa, regra geral, o ostreicultor produz, comercializa e distribui seu produto de forma individual, voltado praticamente ao mercado local, desenvolvendo todas as atividades de forma artesanal, devido à falta de especialização e de escala industrial.

O objeto, a finalidade e o produto de trabalho

O objeto de trabalho do maricultor é o organismo marinho, neste caso, a semente de ostra, um molusco pertencente à classe bivalvia com grande capacidade de converter a produção primária do mar em proteína animal (Igarashi, 2004). Essa transformação dá-se através da filtração de uma vasta quantidade de água através do seu mecanismo de

alimentação. Em Santo Antonio de Lisboa é cultivada a ostra do Pacífico, classificada como Crassostrea gigas, uma espécie de água fria, que apresenta produtividade maior no inverno e primavera e se desenvolve entre 15ºC e 22ºC, sendo que uma temperatura acima dos 24ºC retarda o crescimento e apresenta altas taxas de mortalidade (LCMM, 2000). As sementes são produzidas em laboratório em escala comercial, cuja semente é adquirida por meio de contrato com o Laboratório de Cultivo de Moluscos Marinhos, sendo o acordo firmado segundo a capacidade de produção do maricultor (LCMM, 2000). No caso estudado, o acordo anual está estabelecido em 1 milhão de sementes, resultando, em média, a distribuição de 80 mil sementes ao mês.

A finalidade do trabalho neste setor, a ostreicultura, é oferecer ao consumidor ostras criadas em cultivo. A qualidade da ostra depende em primeiro plano dos cuidados e precauções tomados por parte do ostreicultor. As tempestades e chuvas de verão, tanto quanto as épocas de frio e estiagem criam variações do meio ambiente marítimo que provocam perdas. Existem variações de uma estação a outra pelo impacto das condições climáticas.

A produção e colheita das ostras do pacífico (Crassostrea gigas) são dependentes da época em que as sementes são disponibilizadas aos produtores. O processamento de ostras e mexilhões é realizado de forma artesanal, normalmente em ranchos, com estruturas improvisadas, via de regra, sem as condições ideais de higiene que permitam assegurar qualidade ao produto. As sementes das ostras são cultivadas em ambientes adequados, com qualidade sanitária atestada, porém, o produto final é comumente manejado sem a devida preocupação com a possibilidade de contaminação (Grumann et al., 1998). A produção dos moluscos (mexilhões e ostras) ocorre durante o ano inteiro e a comercialização, de forma individual, ainda se concentra no período de verão, com o afluxo dos turistas ao litoral. São comercializados in natura (na concha) ou desconchados (miolo).

Os produtos resultantes do processo de trabalho do ostreicultor são, além das ostras cultivadas, também os resíduos resultantes do processo de limpeza e tratamento, como cascas de ostras mortas, agentes marinhos (algas, caramujos e siris – predadores naturais da ostra) e resíduos de redes protetoras plásticas. As cascas dos moluscos são armazenadas a céu aberto, ainda sem regulamentação para seu destino final. Muitas vezes, as cascas são doadas para confecção de artesanato e os demais resíduos são colocados à venda como adubo.

Instrumentos e ambiente de trabalho

Os recipientes onde são depositadas as ostras para cultivo são chamados de berçários e lanternas. Os berçários, onde são colocadas sementes e ostras menores (até 10

mm), podem ser pequenas sacolas de nylon fechadas com velcro (travesseiro) e colocadas em lanternas com tramas maiores ou na forma de lanternas de tecido resistente e trama muito justa. Lanternas com tramas maiores servem para depositar ostras em crescimento e engorda (acima de 4 cm).

No mar, dependendo da profundidade da área demarcada, os berçários e as lanternas são pendurados em estruturas suspensas do tipo fixo ou flutuante (Grumann et al., 1998). No caso estudado, o sistema utilizado é do tipo fixo. O sistema suspenso-fixo é praticado em locais com profundidades inferiores a três metros, com mar calmo, de fundo areno-lodoso e próximo à costa.

São utilizados materiais comuns como caixotes plásticos para transporte de ostras à bancada e de uso individual como facão para retirada de predadores da casca da ostra. Também são utilizados motor de barco e bomba de limpeza (jato d´água). A oferta de equipamentos e embarcações adequadas para o manejo da produção dos moluscos é deficiente. No reparo e costura de lanternas são utilizadas agulhas e linhas de nylon.

A indicação do uso de equipamentos de proteção individual e coletivo nem sempre é respeitada pelos trabalhadores, já que a fiscalização do ambiente de trabalho costuma ser precária. É recomendado o uso de equipamentos de proteção individual como luva, avental, botas, óculos e protetores auriculares.

O cultivo e o desenvolvimento da ostra são realizados em laboratório e em ranchos, o ambiente de trabalho do maricultor.

O ambiente de trabalho do maricultor é o rancho localizado à beira-mar, além do próprio mar. O acesso ao rancho é feito a pé, de carro, bicicleta e ônibus. O acesso ao mar é feito com barco a motor ou a remo. Os trabalhadores moram no próprio bairro ou em área vizinha. As instalações do rancho são de madeira rústica, sem instalações sanitárias e condições apropriadas de higiene e conforto. Os diferentes meios e instrumentos de trabalho são dispostos no rancho sem que tenha sido adaptado a um projeto físico-funcional.

A umidade no ambiente de trabalho é freqüente, conseqüência das características climáticas inerentes ao litoral sul brasileiro. No mar, de acordo com a demarcação da área, por meio de bóias amarelas, pela Secretaria de Estado da Agricultura e Política Rural, está a fazenda de cultivo do produtor, a uma distância de aproximadamente 2 milhas náuticas (1 milha = 1,853 km). A área total para cultivo e produção de 50.000 ostras é de 3.000 m^2 utilizando estruturas do tipo suspenso fixo (varal / mesa) ou flutuante (*long-lines*).

Organização do trabalho

O processo de trabalho do maricultor/ostreicultor caracteriza-se por uma jornada que dura, em média, 9 horas, de terça a domingo. O horário varia dependendo do clima, da estação do ano e da quantidade de produto para limpeza. Em geral, inicia-se às 7:30 h e finaliza às 18:30 h, com pausa, em média, de 1:30h para o almoço. No período da tarde é feita uma pausa coletiva por volta das 16:00 h para o lanche.

A ostra exige muito cuidado no tratamento, especialmente quando semente, devido à consistência fina da casca e à alta mortalidade do produto, principalmente no verão. Trata-se de um trabalho repetitivo e exaustivo. No entanto, o desgaste da atividade diária é compensado pelo contato direto com a natureza, visitantes, vizinhos de trabalho, fornecedores e a comercialização local do produto, que favorecem momentos de mudança na rotina de trabalho.

No início da jornada de trabalho, os maricultores trazem lanternas e berçários do mar, de acordo com o sistema de registros e as marcações de fase de crescimento. Maior quantidade de berçários são trazidos no início da semana (terça e quarta-feira) e lanternas com ostras gradas são trazidas em maior quantidade nos dias próximos ao final da semana, com vistas à comercialização, porém todos os dias são limpas e tratadas as ostras dos vários tamanhos. São desenvolvidas várias atividades por posto de trabalho (Barbosa et al., 2003).

Confecção, costura e reparos: A confecção e o reparo de berçários e das lanternas é uma atividade repetitiva de costura para criação e reaproveitamento do material que se desgasta no mar e se rompe com a retirada das ostras. No ambiente estudado, não existem mobiliários apropriados para esta função. O trabalhador acomoda-se em cadeira ou banco para cerzir as tramas desfeitas das lanternas.

Registros e controle administrativo: São realizados vários tipos de registros e controle administrativo, tanto do produto, quanto de pessoal. Nos registros relacionados ao produto, as anotações permitem avaliar a data de chegada da semente e a fase de cultivo e limpeza. As lanternas são marcadas com fios de arame coloridos, com registro da data da limpeza e da cor do fio.

No cultivo de ostras, as principais perdas estão vinculadas à mortalidade de verão, que pode atingir 100% da produção. O registro da temperatura da água permite o controle da variação dessa temperatura e do controle da mortalidade das ostras. A observação dos maricultores é a de que mudanças bruscas de temperatura causam alta mortalidade, especialmente do inverno para o verão, quando há uma variação de 5 a 7ºC passando, por exemplo, de 17 para 24ºC. A suposição é de que o impacto com a mudança brusca na temperatura possa provocar falha no suprimento de oxigênio.

O registro de ponto de freqüência do pessoal é feito em um caderno com o total de horas diárias trabalhadas, conferido diariamente. Os produtores também participam de reuniões da Associação dos Maricultores do Norte da Ilha e em reuniões com instituições governamentais (estadual e municipal).

Comercialização local do produto: A comercialização do produto é feita no local, sob encomenda, para intermediários ou consumo a varejo. Ostras gradas e mexilhões são limpos todos os dias para essa finalidade. As ostras são vendidas em dúzia e os mexilhões são vendidos em quilo.

Limpeza, seleção e tratamento das ostras: As ostras adaptam-se bem em águas frias e crescem muito rapidamente no inverno e mais lentamente no verão. Após a primeira colocação de sementes nas estruturas fixas no mar, elas devem retornar e ser limpas e selecionadas em 30 dias. Iniciando-se o cultivo em meados do outono e início do inverno a colheita da Crassostrea gigas inicia-se no quarto mês, quando uma pequena percentagem já atinge tamanho próximo aos 8 cm. Aos seis meses, 50% do lote alcança o tamanho comercial e o restante em 9 meses.

Em geral, são trazidas lanternas com ostras de 3 tamanhos: pequenas, intermediárias e gradas. As ostras pequenas e intermediárias são limpas por um trabalhador em ambiente interno e as gradas por outro trabalhador em ambiente externo. As ostras são limpas manualmente, em bancadas não projetadas para essa finalidade. O trabalho é realizado em pé, com movimentos repetitivos. No processo de limpeza são retiradas ostras naturais que se alojam nas lanternas, algas, siris e outros predadores naturais. O trabalhador utiliza avental. Raramente utiliza luvas e freqüentemente não utiliza botas.

Transporte e área de cultivo: após a limpeza e seleção, as ostras são colocadas no barco e levadas à área marítima para cultivo. Nesse processo são levadas as ostras limpas e trazidas ostras para limpeza. O trabalhador dispõe as ostras nas estruturas fixas no mar, de acordo com os registros de recebimento de sementes. O trabalhador apóia-se nessas estruturas para amarrar ou desamarrar as lanternas. Isto exige bastante equilíbrio por estar em pé dentro do barco. A maior dificuldade está no encaixe e retirada de lanternas com ostras gradas, que podem pesar até 50 quilos.

Quando em solo, ocorre o transporte das ostras em lanternas ou depositadas em caixotes, do mar para os postos de trabalho.

Limpeza do material e equipamentos: Ocorre a lavação com jato por bomba d´água em lanternas, bandejas, cordas, caixotes sempre que necessário. Em geral é feita após a limpeza final de cada conjunto de lanternas trazidas do mar. Este procedimento pode ser feito por qualquer um dos trabalhadores. As lanternas são penduradas em um suporte, tipo

varal, em solo próximo ao rancho para secagem. Ao final do dia, o barco é lavado e guardado dentro do rancho.

A saúde do maricultor e o uso dos serviços de saúde

A política de saúde do trabalhador e a oferta de serviços.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador está formulada na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST, de 1998 que, complementarmente à Norma Operacional Básica 01/96 (NOB SUS 01/96), definiu as "atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, considerando as diferenças entre homens e mulheres" (Ministério da Saúde, 1998).

As dificuldades de efetivação das ações voltadas ao trabalhador nos serviços locais de saúde, a partir da NOST, e também como parte do desenvolvimento de políticas e diretrizes para a área, levaram o Ministério da Saúde a instituir a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST), cuja estruturação prevê a organização e implantação de ações nos três níveis de complexidade: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Ministério da Saúde, 2002a).

Na atenção básica, a proposta de desenvolvimento de ações de vigilância, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador foi inserida na agenda da rede básica de atenção à saúde, a ser promovida a partir da atuação das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde (Ministério da Saúde, 2002b). Esta é uma dificuldade que se acentua no âmbito dos municípios que, de forma geral, possuem escassez de equipes básicas tanto na assistência, quanto em vigilância em saúde.

Uma avaliação da implantação da RENAST, enquanto diretriz política, é muito precoce, assim como qualquer previsão sobre o desenvolvimento de ações da Saúde do Trabalhador na rede municipal. A instalação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) regionais e estadual, condição prévia e necessária para o arranjo institucional voltado à integralidade das ações da saúde do trabalhador, supõe um esforço adicional dos gestores para atender as necessidades de apoio técnico aos municípios.

Em Santa Catarina estão em processo de instalação o CRST estadual e 8 CRSTs regionais, incluindo o da Grande Florianópolis (SES SC, 2003). São Referências Assistenciais 6 unidades hospitalares (Hospital Governador Celso Ramos, Hospital Universitário, Centro de Pesquisas Oncológicas, Instituto de Cardiologia, Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, Instituto de Psiquiatria) e uma unidade ambulatorial especializada (Diretoria do Posto de Assistência Médica).

A atenção à saúde em Santo Antonio de Lisboa

A comunidade de Santo Antônio de Lisboa é uma das mais antigas da Ilha de Santa Catarina, datada de final do século XVII e início do XVIII. Na população residente equilibra-se, proporcionalmente, imigrantes de outros estados e países e os nativos de origem açoriana. A beleza e a tranqüilidade do lugar atraíram aposentados de vários locais, especialmente paulistas, gaúchos e argentinos.

Possui uma Unidade Básica de Saúde que atende também a população dos bairros vizinhos de Sambaqui e Cacupé. Como nos demais serviços de atenção básica, não há um programa específico voltado ao trabalhador e, portanto, inexistem registros de dados referentes à incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho.

A unidade possui uma Equipe Saúde da Família (um médico, uma enfermeira e três técnicos de enfermagem) e conta com 10 Agentes Comunitários de Saúde, contratados pela Prefeitura, cada um responsável por uma microárea, com população de 1.500 famílias. Atendem na unidade 2 dentistas (4h/dia/cada) e um pediatra (4h/dia). Atende à população residente no local (territorialização) ou não (acesso universal), incluindo o atendimento a trabalhadores de unidades comerciais, dentre estas os ranchos de maricultura.

Saúde do trabalhador na atenção básica

Os trabalhadores também recebem atendimento, embora sem um registro específico relacionado à saúde ocupacional. A população trabalhadora que recorre ao centro de saúde de Santo Antonio de Lisboa é constituída, na sua maioria, por pedreiros, motoristas de ônibus, pescadores, maricultores, domésticas e artesãos. A percepção dos profissionais no atendimento é distinta quando se trata de atender os “trabalhadores doentes” e os “doentes pelo trabalho”. No entanto, é reconhecida a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos que envolvem a saúde do trabalhador, dentre eles os aspectos legais e a política pública de assistência.

Riscos, problemas de saúde e acidentes mais freqüentes com o maricultor

Na Unidade Básica de Saúde - UBS são realizados registros de atendimento individual. Embora seja possível realizar um controle estatístico do atendimento ao trabalhador, a atenção a este grupo populacional ainda não está estabelecida como prioridade no conjunto de ações de atenção básica. Segundo depoimento dos profissionais de saúde, os principais problemas referidos pelos maricultores quando procuram a UBS são lombalgia, processos alérgicos e LER. Os acidentes mais freqüentes são cortes e quedas.

Estes problemas de saúde e acidentes estão relacionados aos riscos ambientais a que estão submetidos os maricultores no processo de produção, que incluem a presença de

riscos físicos (umidade, ruído, radiação não ionizante) mecânicos (cortes, quedas, projeções de partículas e incêndios), biológicos (vírus, bactérias e fungos) e ergonômicos (trabalho em pé, monótono e repetitivo, esforço físico) (Barbosa et al., 2003).

Dentre os riscos físicos, destaca-se a umidade excessiva no local de trabalho, que pode determinar perda de calor corporal, reduzindo a capacidade de defesa contra agentes microbianos. A permanência prolongada de umidade em determinadas partes do corpo do trabalhador afeta também o tecido cutâneo, facilitando o aparecimento de doenças da pele. Dos riscos mecânicos, a maior freqüência de ocorrência está nos cortes, especialmente nas mãos, devido à manipulação sem proteção da casca fina da ostra e também na limpeza de ostras gradas com o uso de facão. A negligência no uso de equipamentos de proteção individual e coletivo constitui importante determinante de acidentes. O contato direto com os moluscos para limpeza contra predadores naturais leva ao risco de contaminação biológica. Na área de aqüicultura da UFSC, muitas pesquisas vêm sendo desenvolvidas sobre os agentes infecciosos relacionados a esses animais marinhos, algumas voltadas à atenção ao consumo devido ao fato de serem considerados “filtros biológicos”. No entanto, ainda faltam informações sobre o contato com toda a diversidade biológica envolvida no tratamento da ostra, principalmente as possíveis conseqüências a longo prazo. O tratamento da ostra, realizado nos diferentes locais de trabalho, apresenta inadequação ergonômica devido, em muito, ao espaço físico inapropriado, à falta de planejamento da instalação e de mobiliários adequados, e à não aplicação dos conhecimentos próprios da ergonomia. Lombalgias devido a excesso de peso, o esgotamento físico, a fadiga e LER são conseqüências comuns desta atividade laboral.

Considerações finais

O desenvolvimento da maricultura em Santa Catarina tem grande valor sócio-econômico para as comunidades pesqueiras do litoral centro norte do Estado e fundamentalmente para Florianópolis, conhecida como “Capital Nacional da Ostra”, cuja produção representa mais de dois terços da produção local de moluscos marinhos. Utilizando técnicas simples e de baixo investimento, a maricultura contribui para a geração de mão-de-obra e a fixação das populações tradicionais. Contudo, muitos impactos sociais são produzidos com a reestruturação produtiva. A forma como esse trabalho vem sendo desenvolvido tem acarretado em riscos à saúde dos maricultores, cujo grupo dispõe de menos benefícios do que os trabalhadores assalariados do setor formal da economia brasileira.

Embora as perspectivas de desenvolvimento do setor estejam sendo avaliadas positivamente, preocupou-nos compreender o processo de trabalho na maricultura e sua relação com o processo saúde-enfermidade, uma vez que o uso de certos tipos de tecnologias e a incorporação de determinadas matérias-primas aos processos de trabalho repercutem diretamente sobre a morbi-mortalidade dos trabalhadores.

Grande parte dos problemas de saúde e dos acidentes mais freqüentes com os trabalhadores da maricultura está relacionada aos riscos ambientais a que estão submetidos nos seus processos produtivos. Estes problemas geram demandas aos serviços de saúde, que precisam estar organizados de modo a prestar assistência em quantidade e qualidade suficientes.

A incorporação da Saúde do Trabalhador na prática assistencial em qualquer dos níveis de complexidade do sistema, especialmente na rede básica de assistência necessita de acentuada atenção dos gestores do sistema de saúde. Dentre os aspectos que merecem atenção a qualificação profissional e as atribuições de competências devem ser destacadas, de modo que se torne possível estabelecer formalmente o elo entre trabalho e fonte de agravos à saúde.

O processo de trabalho e a saúde do trabalhador da maricultura levantam reflexões importantes sobre o alcance da Saúde do Trabalhador no SUS, no sentido do provimento de meios e mecanismos para atendimento das necessidades deste grupo populacional em nível local, e do referenciamento aos demais níveis do sistema, quando necessário, tendo em conta os aspectos trabalhistas envolvidos.

Colaboradores

SR Andrade realizou a observação participante, coleta e organização dos dados e trabalhou na redação do texto. VLG Blank participou na orientação da pesquisa e na revisão do texto. DEP Pires trabalhou na redação e na revisão final do texto.

Referências

Alessi NP & Scopinho RA 1994. A saúde do trabalhador do corte de cana-de-açúcar, pp. 117-148. In: NP Alessi, A Palocci Fº, SA Pinheiro, RA Scopinho & GB Silva (orgs.). Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde. HUCITEC, São Paulo.

Barbosa A, Barbosa B, Silva J, Santos J & Nunes W 2003. *Ostra viva, a saúde do morto*. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina, Florianópolis.

CNS Conselho Nacional de Saúde 1996. Resolução nº 196. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>

Elias D & Bezerra JE 2004. *Reestruturação produtiva da agricultura e trabalho agrícola no Baixo Jaguaribe (CE)*. Disponível em <http://www.cibergeo.org/agbnacional/VICBG-2004>

Grumann A, Poli CR, Oliveira Neto FM & Costa SW 1998. *Pólo de Maricultura do Estado de Santa Catarina*. Relatório Técnico. EPAGRI/Blue Water Aquaculture Ltda, Florianópolis.

Igarashi MA 2004. *Ostras*. Disponível em <http://www.geocities.com/ctaufc/ostra>

LCMM Laboratório de Cultivo de Moluscos Marinhos 2000. *Infraestrutura laboratorial existente para o desenvolvimento do cultivo de moluscos em Santa Catarina*. Projeto Mar Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Leite MP 1994. *O futuro do trabalho: novas tecnologias e subjetividade operária*. Página Aberta/Escrita, São Paulo.

Machado M 2002. *Maricultura como base produtiva geradora de emprego e renda: estudo de caso para o distrito de Ribeirão da Ilha no município de Florianópolis – SC – Brasil*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Mattoso JEL 1995. *A desordem do trabalho*. Página Aberta/Escrita, São Paulo.

Ministério da Saúde 1998. PT nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 215-E (10 nov). Seção 1, Brasília.

Ministério da Saúde 2002a. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 183 (20 set). Seção 1, Brasília.

Ministério da Saúde 2002b. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica nº 5 – *Saúde do Trabalhador*. Ministério da Saúde, Brasília.

Montali L 2000. Família e trabalho na reestruturação produtiva: ausência de políticas de emprego e deterioração das condições de vida. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 15 (42):55-71.

Paulilo MIS 2002. Maricultura e território em Santa Catarina – Brasil. *Cadernos de Pesquisa nº 31*. Programa de Pós Graduação em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Pires DEP 1998. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: AnnaBlume/CNTSS-CUT.

Rigotto RM 1998. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 93/94:9-20.

SEAP/PR Secretaria Especial de Aqüicultura e Pesca/Presidência da República 2004. *O diagnóstico da pesca extrativa no Brasil*. Disponível em <http://www.presidencia.gov.br/seap>

SEBRAE Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas 2004. *Prêmio Prefeito Empreendedor Mário Covas*. Disponível em <http://www.prefeitoempreendedor.org.br>

SES SC Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina 2003. *Plano Estadual de Saúde do Trabalhador*. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador>

ANEXO 2

O processo de investigação científica: instâncias de validação

Adaptado de Samaja (2005, capítulo 4).

MODOS DO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO					
INSTÂNCIAS DE VALIDAÇÃO			**FASES E MOMENTOS**		
Instâncias de validação	**Tipos de hipóteses**	**significado**	**fases**	**momentos**	**Palavra-chave**
VALIDAÇÃO CONCEITUAL	Substantiva	Referente às teorias e fatos que se consideram bem estabelecidos	**1. delineamento**	Exame e discussão dos problemas – problema central e problemas conexos	Problema
				Exame e discussão das hipóteses que evocam os problemas	Hipóteses
				Apropriação e revisão dos conhecimentos prévios, próprios ou análogos – teóricos e/ou fatos cientificamente estabelecidos	Teorias
				Revisão e discussão sobre os contextos materiais e institucionais dos problemas – deliberações sobre o interesse, a justificativa e o possível impacto.	Propósitos
			2. formulação	Formulação do problema central e dos problemas conexos da investigação	Formulação do problema
				Formulação de hipótese substantiva e das principais hipóteses de trabalho	Formulação de hipóteses
				Explicitação das relações lógicas implícitas nos conhecimentos prévios específicos	Marco teórico
				Adoção e formulação dos objetivos	Formulação de objetivos

Instâncias de validação	Tipos de hipóteses	significado	fases	momentos	Palavra-chave
VALIDAÇÃO EMPÍRICA	Instrumental ou de validade	O que se conhece como "estabelecer a validade dos dados"	**3. desenho do objeto**	Análise da estrutura do objeto de investigação e de seus diversos níveis de integração – tradução destas populações teoricamente possíveis a universos de unidades de análise bem delimitados.	Universo
				Análise da hipótese e de sua estrutura (componentes e relações). Tradução dos espaços de atributos teoricamente possíveis a universos delimitados de variáveis.	Universo de variáveis
				Análise das praticas sobre o objeto e disponibilidade e acessibilidade às fontes de dados que esta prática geral.	Fontes de dados
				Dimensionamento das variáveis e análise da relevância das dimensões encontradas, a fim de estabelecer critérios de validade para defini-las operacionalmente.	Definições operacionais
			4. desenho dos procedimentos	Exame da amostra possível: determinação do tamanho e das técnicas de amostragem.	Amostragem
				Exame das operações implicadas na reconstrução das variáveis e das relações de cada variável com as restantes.	Plano de tratamento e análise
				Determinação dos recursos e contextos de aplicação dos instrumentos de medida – tempos, espaços e demais recursos de execução – provas de confiabilidade.	Plano de atividades
				Determinação dos procedimentos dos indicadores e desenho de construção dos instrumentos de coleta e registro de dados – provas de validade.	Instrumentos de medida

Instâncias de validação	Tipos de hipóteses	significado	fases	momentos	Palavra-chave
VALIDAÇÃO OPERATIVA	Operativa ou de Generali-zação	O que se conhece como "estabelecer a confiabilidade dos dados e da amostra"	**5. coleta e processamento**	Realização de prova piloto e demais controles do plano de atividades.	Projeto piloto
				Coleta, registro e controle da informação em campo	Coleta
				Processamento da informação – operações de síntese,conforme plano, tratamento e análise de dados – execução das provas de validade.	Processa-mento
				Tabulação e representação gráfica dos dados processados para discussão e análise.	Tabulação
			6. tratamento e análise	Discussão e análise do que se observa nas tabelas, gráficos e outros instrumentos de apresentação dos dados	Leitura de resultados
				Formulação e defesa das hipóteses de interpretação	Interpretação
				Desenvolvimento de provas complementares que se depreendem das hipóteses de interpretação ou da critica das hipóteses alternativas	Provas complemen-tares
				Estabelecimento de conclusões firmes e exame de novas questões abertas pelos resultados obtidos.	Conclusões
VALIDAÇÃO EXPOSITIVA	Retórica ou de exposição	Referente ao esquema expositivo e a estratégia de argumentação ou de exposição demonstrativa	**7. elaboração de informes**	Exame e avaliação do período ou trecho do processo, que se avalia o plano de atividades e as metas traçadas	Avaliação
				Analise e avaliação dos resultados alcançados, do material já escrito, seleção e ordenamento das representações	Ordenamento
				Reconhecimento e exame dos novos problemas que os resultados delineiam	Balanço e perspectivas
				Redação formal dos escritos correspondentes – informes, artigos, monografias	Redação
			8. exposição sistemática	Reconhecimento e valorização dos destinatários possíveis da exposição	Marco retórico
				Delimitação, analise e ordenamento da tese que se quer apresentar	Preparação da tese
				Desenvolvimento dos argumentos destinados a validar conceitual e empiricamente a tese; validar as inferências de generalização	Argumentação
				Produção do discurso científico.	exposição

ANEXO 3

Quadro comparativo de agrupamentos epistemológicos

(elaborado com base em Samaja 2004b; 2004c e 2005).

	Apriorismo	**Empirismo**	**Dialético-genética**
Início da investigação	A partir da formulação da teoria	A partir da observação da realidade	A partir da percepção e das representações historicamente formadas
Primazia no saber	O objeto	O sujeito	Indissociabilidade do objeto-sujeito = Práxis
Embasamento	Regras teóricas	Base empírica	Objeto-modelo
Concepção	Formal e universal	Material singular	Singular-universal
Caminho inferencial	intelecção	intuição	interpretação
Tipo de inferência	dedução	indução	Abdução e analogia
Predomínio na investigação	A regra (idealidade) = R	O resultado (existência) = r	O caso (o fato)
Relação entre proposição e realidade	R+C=r[52]	C+r=R	R+r=C

[52] R = regra (teoria)
r = resultado (observação)
C = caso (interpretação de uma regra a partir de resultados particulares)

ANEXO 4

PLANILHA DEMONSTRATIVA: ÁREAS DEMARCADAS, LOTES E PRODUTORES MARICULTORES. AGOSTO/2005.

área	lote	condição do lote	total de lotes	total lotes com produtores	total p/ entrevistar	total entrevistados	lotes uteis x entrev	data da entrevista
05fpsam	01	ok	1	1	1	1	1 - 1	08/03/06
06fpsam	01	desocupado	1	0	0	0	0 - 0	sem produtor
07fpsam	01	ok	1	1	1	1	1 - 1	13/03/06
08fpsam	01	ok	1	1	1	0	1 - 0	não entrevitado
09fpsam	01	desocupado	1	0	0	0	7 - 3	sem produtor
	02	ok	1	1	1	1		22/02/06
	03	ok	1	1	1	0		não entrevitado
	04	ok	1	1	1	1		20/01/06
	05	ok	1	1	1	0		não entrevitado
	06	ok	1	1	1	piloto		30/08/05
	07	desocupado	1	0	0	0		sem produtor
	08	ok	1	1	1	1		24/01/06
	09	ok	1	1	0	piloto		18/08/05
10fpsam	01	ok	1	1	1	1	2 - 2	30/01/06
	02	ok	1	1	1	1		24/02/06
	03	ufsc	1	0	0	0		ufsc
11fpsam	01	ok	1	1	1	1	1 - 1	03/03/06
12fpsam	01	desocupado	1	0	0	0	1 - 1	sem produtor
	02	ok	1	1	1	1		22/02/06
	03	ufsc	1	0	0	0		ufsc
13fpsam	01	ok	1	1	1	0	4 - 2	não entrevitado
	02	ok	1	1	1	1		08/03/06
	03	ok	1	1	1	1		24/02/06
	04	desocupado	1	0	0	0		sem produtor
	05	ok	1	1	1	0		não entrevitado
14fpirg	01	área de coleta = sementes	1	0	0	0		ufsc
15fpirp	01	área de coleta = sementes	1	0	0	0		ufsc
16fpirp	01	área de coleta = sementes	1	0	0	0		ufsc
17fpsam	01	desocupado	1	0	0	0		sem produtor
18fpsal	01	desativado	1	0	0	0		desativado
19fpsal	01	desativado	1	0	0	0		desativado
20fpsal	01	ok	1	1	1	1	4 - 2	14/03/06
	02	ok	1	1	1	1		15/02/06
	03	ok	1	1	1	0		não entrevitado
	04	ok	1	1	1	0		não entrevitado
21fpsal	01	ok	1	1	1	1	5 - 3	17/01/06
	02	ok	1	1	1	1		14/02/06
	03	ok	1	1	1	1		14/02/06
	04	ok	1	1	0	piloto		15/08/05
	05	ok	1	1	1	0		não entrevitado
22fpcac	01	desocupado	1	0	0	0	1 - 0	sem produtor
	02	ok	1	1	1	0		não entrevitado
23fpcac	01	ok	1	1	1	1	1 - 1	15/02/06
24fpcac	01	ok	1	1	1	1	1 - 1	27/02/06
			44	30		18		

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis. IGEOF. Agosto de 2005

ANEXO 5

Legislação em Saúde do Trabalhador - parte I

Constituição da República Federativa do Brasil	5/10/1988		Art. 200 – Ao Sistema Único de Saúde, compete, além de outras atribuições, nos termos da lei... II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ... VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho
Lei 8.080	19/09/1990	Lei Orgânica da Saúde	Insere a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece os parâmetros para vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador. Define competências comuns e complementares dos três âmbitos, municipal, estadual e federal, especificando em cada um deles o campo da saúde do trabalhador
Portaria SAS/MS N.° 119	9/09/1993	SIA/SUS – acidente de trabalho	Inclui no SIA/SUS o código 044-2 – atendimento específico para acidente de trabalho
Portaria GM MS N.º 3.120	1/07/1998	Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador	Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes
Portaria GM MS N.° 3.908	30/10/1998	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST)	Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Aprovar a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, anexo a esta Portaria, que tem por objetivo definir as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, a ser desenvolvidas esferas gestores
Portaria GM MS 1399 DOU nº , Seção I	19/11/1999	Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho (livro cinza)	Instituir a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I

Portaria GM MS N.º 1.969	25/10/2001	AIH/ SIH/SUS	Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho
Portaria SAS MS N.º 656 DOU nº 183 – Seção 1 20/09/2002	19/09/2002	Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST	Aprovar, na forma do Anexo I, as Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST Anexo III - Estratégia de Estruturação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador: Desenvolvimento de Projetos Estruturadores
Portaria GM MS N.º 1.679 DOU nº 183 – Seção 1. 20/09/2002	20/09/2002	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)	Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências Anexo I - Diretrizes para a Elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador Anexo II - Atribuições e Ações Desenvolvidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Anexo III – CRST - classificados de acordo com o seu porte
Portaria GM MS N.º 777 DOU nº 81 Seção 1	28/04/2004	Protocolos disponíveis na pagina do MS na internet	Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no SUS
Portaria IM MPAS/MS N.º 800	3/05/2005	Consulta pública por 210 dias	Publica o texto base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho
Portaria GM MS Nº 1.125	6/07/2005	Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS	Estabelecer que toda política de saúde do trabalhador para o SUS tenha por propósito a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos.
Portaria GM MS nº 2437	07/12/2005	Amplia a RENAST SC de 3 p/ 7 CEREST	Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no SUS