
**ALGUNS ASPECTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO
TRABALHADOR NO BRASIL**
*ALGUNOS ASPECTOS DE LA POLÍTICA NACIONAL PARA EL PERSONAL
SANITARIO EN BRASIL*
SOME ASPECTS OF NATIONAL POLICY FOR HEALTH WORKER IN BRAZIL

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30i154362>

Amanda Pereira de Carvalho Cruz, Alcindo Antônio Ferla e Flávia Cristina Silveira Lemos
Universidade Federal do Pará, Belém/PA, Brasil

RESUMO

Esse artigo é sobre um trabalho que objetivou investigar as práticas que produzem o cuidado em saúde do trabalhador, a partir da análise da gestão do cuidado, no Brasil. A análise envolveu a construção das políticas de Saúde do Trabalhador no país até a formulação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (2004), enquanto dispositivo de regulação das práticas de saúde, a partir do método de Michel Foucault, com foco na análise documental. Ao longo do processo de construção das políticas de Saúde do Trabalhador, observamos a tensão entre o trabalho como risco e o trabalho como produção de subjetividade, que levam à produção das noções entre saúde-controle e saúde-integralidade. A construção de linhas de cuidado em Saúde do Trabalhador denota a importância deste tema no campo da saúde pública no Brasil, para diminuir a dispersão dos casos de sofrimento dos trabalhadores que ficam no nível não dito.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; política nacional; subjetividade.

RESUMEN

Este artículo es sobre una obra que tuvo como objetivo investigar las prácticas que producen la atención en salud en el trabajo, a partir del análisis de gestión de la atención, en Brasil. El análisis consistió en la construcción de políticas de salud de los trabajadores en el país hasta que la formulación de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2004), mientras que la regulación del dispositivo de las prácticas de salud, a partir del método de Michel Foucault, centrándose en análisis de documentos. A lo largo de la construcción del proceso de la política de Salud Ocupacional, vemos la tensión entre el trabajo como un riesgo y el trabajo como la producción de la subjetividad, lo que lleva a la producción de ideas entre el control de la salud y la salud-completitud. Líneas de cuidado de la salud del trabajador de la construcción indica la importancia de este tema en el ámbito de la salud pública en Brasil, para disminuir la dispersión de los casos de sufrimiento de los trabajadores que permanecen en el nivel tácito.

Palabras clave: salud en el trabajo; las políticas nacional; subjetividad.

ABSTRACT

This paper analyzes the practices that produce subjective processes on workers by biopolitical guided devices, through the analyze of care management in Brazil. We sought to analyze the construction of the Occupational Health Policies in the country, focusing on the formulation of National Policy of Security and Occupational Health (2004), based on the Michel Foucault's method, focused on documentary analysis. In this process, we can observe the conflict between work as a risk and work as production of subjectivity, which lead to the construction of notions of health-control and health-integrality. The creation of lines of care in Occupational Health in health services allows us to place this issue increasingly in the field of public health in Brazil and reduce the dispersion of worker's cases of suffering, which remain at the level of the unsaid.

Keywords: occupational health; public national; subjectivity.

Introdução

Este artigo é parte da pesquisa histórico-documental, concluída no mestrado em psicologia social, a partir da genealogia e arqueologia em Foucault (1987, 2009) e da perspectiva histórico-cultural do trabalho de Yves Clot (2006). O estudo teve como fonte relatórios das conferências nacionais de saúde e de saúde do trabalhador, da criação do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador e de fontes secundárias, livros, teses, dissertações, artigos e capítulos de livros sobre a gestão da saúde do trabalhador, no campo da psicologia social e da saúde.

Forrester (1997) acredita que o trabalho se transformou em um dos fatores organizadores da sociedade ocidental. Na atualidade, observamos o surgimento de novas modalidades de trabalho, tais como: o autônomo, parcial, temporário, domiciliar, alterando a saúde do trabalhador. Contudo, ficamos frente a frente com o desemprego estrutural, com as formas de trabalho precárias, crescimento da terceirização, aumento de trabalhadores informais e, ainda concomitantemente, com o acréscimo de um conjunto de mudanças no capitalismo de especulação e serviços, em perpétuo movimento.

Não há um contingente de trabalhadores com qualificação considerada adequada para tais transformações tecnológicas, uma reminiscência do modelo taylorista/fordista. Ao mesmo tempo, há a expansão de diferentes escalas de precarização do trabalho, já que também foi intensificada a subcontratação, a terceirização, a flexibilização dos contratos, a redução dos vínculos empregatícios bem como dos direitos trabalhistas (Antunes, 2000; Rigotto, 1999).

A ruptura dos dispositivos que agenciavam as forças produtoras dos modelos anteriores de organização das relações de poder opera, no plano molar, na produção de novas regras e normas, estabelecendo outros modos de gerir e trabalhar, assim como de viver, na atualidade. A visão de “progresso” passa a se compor como algo bem mais centrado no individual, no privado. Bauman (2001) acredita que o trabalho se tornou ponto central na vida dos sujeitos no contexto contemporâneo, uma vez que é o que permite dar forma à complexidade e amplitude de informações e exigências da modernidade.

Essas novas figuras do que se convencionou chamar “mundo do trabalho” destacam a atual configuração do trabalho no novo capitalismo, em que a ênfase na flexibilidade exige dos corpos: múltiplas

e rápidas performances, agilidade, capacidades ampliadas, polivalência e criatividade (Sennett, 2007). Nesse contexto socioeconômico, são formuladas políticas e práticas referentes à chamada saúde do trabalhador. Seja pela via da objetivação dos danos à saúde, tais como postulados pelos saberes médicos, ou pela via do objeto adoecimento psíquico formulado por psicólogos e psiquiatras (psicopatologias do trabalho), práticas são construídas para vigorar o bem-estar dos então “sujeitos-trabalhadores”.

Contudo, para pensarmos em saúde do trabalhador, estamos partindo da perspectiva das racionalidades de saúde, e os modos de gestão do cuidado estão articulados à subjetividade e aos processos de singularização, ou seja, uma saúde como performance do andar da vida (Ferla, 2007; Merhy, 2002). Assim, para discutirmos os modelos de gestão da saúde do trabalhador, buscamos uma lógica de cuidado pautada na integralidade em saúde. A integralidade é, portanto, um novo olhar sobre a gestão do cuidado em saúde, quebrando o modelo médico hegemônico e criando novas possibilidades do que podemos denominar o cuidado e a saúde, a partir do momento em que o ato do trabalho em saúde centra-se no fluxo do usuário, com mudanças na produção do cuidado em todos os níveis da rede pública de saúde (Mattos, 2004).

Assim, as práticas cotidianas seriam pautadas na integralidade. E como isso se daria? Segundo Merhy, Franco e Magalhães (2004), a integralidade se dá no exercício da clínica como atos de fala e escuta. Dessa forma, a integralidade começa pela reorganização dos processos de trabalho na atenção básica dos serviços, numa nova lógica de produção do cuidado. Mas de que forma as políticas públicas de saúde no Brasil apresentam uma atenção integral à saúde do trabalhador? Se a integralidade começa pela atenção básica, há algum direcionamento na rede básica de saúde no Brasil para a questão do sofrimento/adoecimento no trabalho?

Esta pesquisa buscou analisar as práticas que produzem o cuidado em saúde do trabalhador, a partir da análise da gestão do cuidado à saúde do trabalhador no Brasil. Partindo dessa perspectiva, buscou-se analisar a construção das Políticas de Saúde do Trabalhador no país, focando a formulação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST, 2004) e sua perspectiva atual. Para isso, foram analisadas as estratégias de cuidado presentes nessa, bem como a forma como essas estratégias estão articuladas com a perspectiva da integralidade, uma vez que a PNSST compõe uma das importantes diretrizes do SUS, além de respeitar as especificidades dos modos de andar

a vida dos sujeitos, seu processo de subjetivação e, principalmente, dos diferentes níveis de cuidado ao trabalhador.

A construção de uma política nacional de saúde do trabalhador

Segundo Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997), a preocupação com a saúde no trabalho começa a se desenvolver no que virá a ser a Medicina do Trabalho, colocando tal campo de análise centrado na figura do médico e nas teorias de causalidade entre doença – agente etiológico. Isso ocorre em decorrência da proliferação de doenças infectocontagiosas, mutilações e mortes nas fábricas. A figura do médico se insere no campo de trabalho como aquele que irá isolar riscos específicos, medicalizando os trabalhadores.

Assim, há um desenvolvimento da medicalização da fábrica em prol da lucratividade e controle dos corpos, caracterizando uma tecnologia biopolítica das relações de trabalho. A própria postura dos governos acerca do problema ficou pautada na compreensão das relações de causalidade, legitimada pela Medicina do Trabalho. A medicalização não se reduz ao consumo de fármacos e à aplicação da biomedicina à política de saúde do trabalhador. É importante problematizar o uso indiscriminado dos medicamentos como uma prática recorrente, na política de saúde do trabalhador, além de existir uma ênfase biomédica, a qual é bastante complicada por ser excessivamente pautada na vigilância e prevenção, da medicina do trabalho. A medicalização implica procedimentos que reduzem todos os acontecimentos da vida ao campo biomédico, ortopédico-educativo e médico-psicológico.

Nesse processo surge a Saúde Ocupacional que, com base na Higiene Industrial, buscava relacionar o ambiente com o corpo do trabalhador, analisando a multicausalidade do adoecimento/lesão a partir de um olhar clínico e de indicadores de exposição e seus efeitos. O olhar da Saúde Ocupacional anula uma visão ampla do problema, desconsiderando todos os aspectos biopsicossociais e culturais. Ela apresenta como base o paradigma da causalidade, já presente em documentos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação à saúde no trabalho. Assim, privilegia-se uma visão organicista de saúde, dando pouco espaço para a subjetividade do trabalhador (Carvalho, 1997; Lacaz, 2007; Maeno & Carmo, 2005; Minayo-Gomes & Lacaz, 2005).

Prezando pelo lado humano do processo de trabalho, a Saúde do Trabalhador afirma o trabalhador

como agente de mudanças, enfatizando a importância de uma análise e prática multiprofissional. Para Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997, p. 28), a Saúde do Trabalhador compreende “práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais”, ou seja, é um campo que exige uma intensa articulação entre diferentes disciplinas, visto a complexidade do fenômeno. Isso parte da confluência de diversos setores dos trabalhadores e de movimentos sociais como os técnicos, profissionais de serviços, pesquisadores, entre outros. O entrelaçamento dos diversos saberes e práticas permitem a construção de um olhar abrangente em prol do bem-estar e respeito ao trabalhador.

Observamos o desenvolvimento de três racionalidades no campo da saúde no trabalho:

1. Medicina do Trabalho, com o olhar centrado no diagnóstico e medicalização dos trabalhadores, numa linha de cuidado médico-centrada.
2. Saúde Ocupacional, pautada na epidemiologia, com foco em procedimentos, diagnósticos e prevenção em torno do discurso de risco no trabalho, numa linha de cuidado ligada ao foco administrativo medicalizante.
3. Saúde do Trabalhador, com olhar interdisciplinar, em uma perspectiva articulada às diversas esferas do campo de trabalho, ao possibilitar a emergência das vozes dos trabalhadores, numa linha de cuidado mais articulada com os modos de ser no trabalho e com a integralidade.

Com isso, observamos o desenvolvimento de conceitos polarizados no campo da saúde no trabalho: o conflito entre o trabalho como risco (trabalho-risco) e o trabalho como produção de subjetividade (trabalho-subjetividade). Assim, se trabalho é risco, a saúde se compõe como controle dos riscos (saúde-controle) e, de outra forma, se o trabalho é produção de subjetividade, a saúde é compreendida como atenção integral ao trabalhador (saúde-integralidade). Nesse sentido, as perspectivas apresentadas acabam trazendo duas vertentes para pensar a saúde nesse campo: trabalho-risco/saúde-controle e trabalho-subjetividade/saúde-integralidade.

Dentre essas perspectivas, podemos observar o conflito entre o trabalho como risco (trabalho-risco) e o trabalho como produção de subjetividade (trabalho-subjetividade). Esses conceitos, em nossa análise, apontam situações extremas entre as quais oscila a construção da política, de forma até certo ponto similar à tensão entre o paradigma biomédico e a compreensão ampliada da saúde. A supervalorização do controle dos riscos no trabalho, bem como a forma

predominante de respostas como disciplinamento, traz também a questão do biologismo, resquício do campo assistencial da saúde no trabalho no período da 1ª Revolução Industrial.

Como contraponto, temos as formulações mais recentes, pós-década de 1970, que trazem o olhar mais humanizado ao trabalhador, dando-lhe voz e escuta e vislumbrando o trabalho como campo de produção de subjetividade. Nesse sentido, as perspectivas apresentadas acima acabam trazendo duas vertentes para pensar a saúde nesse campo. Se, de uma forma, trabalho é risco, a saúde se compõe como controle dos riscos (saúde-controle). E, de outra forma, se o trabalho é produção de subjetividade, a saúde é compreendida como atenção integral ao trabalhador (saúde-integralidade), colocando outras abordagens em cena.

Podemos considerar que as racionalidades de atenção articuladas a esses parâmetros podem constituir dois conceitos polarizados para a análise, mesmo considerando a possibilidade de múltiplas hibridizações entre eles: Saúde Ocupacional, na visão de trabalho-risco/saúde-controle; e Saúde do Trabalhador na perspectiva de trabalho-subjetividade/saúde-integralidade. A análise da política de saúde precisa compor um diálogo entre os documentos oficiais com os saberes constituídos e inventados a cada momento, em um movimento transdisciplinar e múltiplo, em um processo histórico de sua construção.

A Política de Saúde do Trabalhador no Brasil, enquanto política pública, começa a ser debatida a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), realizada em 1986, poucos meses depois da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que gerou as articulações para a concepção de saúde na nova Constituição. O debate sobre uma política nacional de saúde do trabalhador emerge, portanto, desde o momento de maior fortalecimento da Reforma Sanitária no Brasil e está muito associado ao processo social em que se inseriu.

A primeira CNST trouxe três temas, sendo o terceiro deles a criação da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores. O interessante é que, nesse primeiro momento da construção da Política, visualizava-se um discurso pautado no polo trabalho-subjetividade. O que pode demonstrar que a articulação de saberes e poderes estava mais voltada à abertura da circulação da palavra e escuta aos trabalhadores, compreendendo os aspectos sociais e históricos da saúde e do trabalho (Ministério da Saúde, 1986).

Entretanto, quando abordado o tema da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, se discursa predominantemente sobre os Direitos Básicos de

Saúde do Trabalhador, listando uma série de direitos. Coloca-se a discussão da política como uma questão legal, e não como uma questão de saúde. A articulação surge apenas no âmbito da inserção da política de Saúde do Trabalhador à política geral de saúde no país, propondo a criação de um Conselho de Saúde específico e a inserção do SUS.

Realizada anos depois, em 1994, a 2ª CNST teve como tema central a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST). Um dos aspectos interessantes é perceber que, depois de nove anos da primeira conferência, nada ainda havia sido concretizado em relação à política. Continua propondo-se construir linhas e estratégias para a implementação da PNST. A reinscrição da Saúde Ocupacional retorna explícita enquanto racionalidade de atenção à saúde dos trabalhadores, no conjunto de análise das relações de poder que se articulam nesse evento, uma vez que a abertura fica centrada no discurso da Vigilância Sanitária, campo que se tornará cada vez mais participativo nas ações de saúde na área do trabalho ao longo dos anos seguintes. A Vigilância em Saúde traz um caráter específico: a proposta de prevenção a partir do controle de doenças e agravos à saúde (Ministério da Saúde, 2001). Com essa especificidade, podemos considerar que tal discurso compõe uma forma de biopolítica, gestão da vida da população em nome da saúde e da segurança (Foucault, 2008); mas reinsere a questão dos riscos a serem evitados. Trata-se então de uma saúde-controle, em detrimento de uma saúde-integralidade? Há, de fato, uma ampliação da lógica da Saúde Ocupacional, em prejuízo da Saúde do Trabalhador. Quais interesses geraram esse retrocesso do que foi proposto na 1ª CNST?

Os movimentos iniciais da tensão entre Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador começam a aparecer na segunda conferência que, diferentemente da primeira, que foi norteadada pelo olhar do trabalho-subjetividade/saúde-integralidade, apresentou maior vigência do olhar trabalho-risco/saúde-controle. A 3ª CNST só foi realizada em 2005, onze anos depois da 2ª CNST. Contudo, um ano antes, foi publicada a Portaria Interministerial nº 153 de 13/02/2004, que colocava a criação de Grupos de Trabalho entre o Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego para, entre outras atribuições, serem responsáveis pela elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST (Ministério da Saúde, 2005). Cada Ministério desenvolveu um documento inicial que foi posto em debate para formulação dos pontos básicos da proposta da PNSST, resultando na versão de 29/12/2004. Essa foi posta em consulta pública de maio a novembro de

2005 (Ministério da Saúde, 2008), a partir da Portaria Interministerial nº 800 (Portaria Interministerial, 2005), com o prazo de duzentos e dez dias para contribuições ao texto. Além disso, a mesma deveria ser discutida também nos encontros preparatórios para a 3ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador. Mas o que a PNSST prevê na sua versão inicial?

A noção de cuidado e a biopolítica na seguridade ao trabalhador

Para a análise dos discursos presentes no documento, tivemos como eixo norteador um conjunto de quatro perguntas-base: Qual a noção de saúde do trabalhador? Qual a noção de cuidado? Qual a noção de cuidado em Saúde do Trabalhador? Quais as estratégias de cuidado que são apresentadas na PNSST? Essas perguntas foram transformadas em categorias temáticas para a análise dos excertos, como se verá a seguir. Nesse sentido, também foram analisadas as principais estratégias para o desenvolvimento de um cuidado em Saúde do Trabalhador no Brasil, que se transformou numa categoria temática inicial, uma vez que aponta a abrangência pretendida pela política.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador encontrava-se disponível no *site* do Ministério da Saúde, o qual dispunha da versão do documento após sugestões de 29/12/2004, para consulta pública. Essa metodologia de disponibilização de versões preliminares para consulta pública é substantiva para a análise dos discursos presentes num documento legal. Eventuais tensões presentes no texto do documento podem representar tensões entre campos discursivos diversos. É o que aparece de forma significativa em numerosos trechos do documento (PNSST, 2004).

De uma maneira geral, o documento deixa visível uma tensão nas duas racionalidades no campo da saúde no trabalho já apontadas – a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador –, apresentando alguns traços, por vezes, da Medicina do Trabalho. O início do documento focaliza a saúde do trabalhador com caráter transversal e intersetorial, valorizando a importância de ações articuladas, criticando a ausência de políticas sociais nesse sentido, valorizando o direito à saúde, englobando todos os tipos de trabalhadores brasileiros.

Contudo, um ponto interessante é a recorrência do termo *intersectorial*, colocando a valorização da construção de uma política que tenha como base um cuidado em saúde pautado na mescla de diferentes órgãos e setores do país e transversal a diferentes áreas. É importante diferenciarmos três conceitos em

questão: a multiprofissionalidade (relativo ao mundo do trabalho), a intersetorialidade (articulação entre diferentes áreas e setores) e a interdisciplinaridade (relativo à construção do conhecimento). A multiprofissionalidade e a intersetorialidade falam de um paradigma que pode se aproximar da biomedicina, já que o reconhecimento da diferença não é a mesma coisa do que alteridade e construção híbrida.

Posteriormente, observamos a valorização do discurso do risco no trabalho, retomando o olhar da Saúde Ocupacional, por valorizar a questão financeira administrativa e o aspecto epidemiológico dos adoecimentos citados (PNSST, 2004). Observa-se também uma predominância do discurso legalista e jurídico, permeado pelas justificativas em torno do Direito do Trabalho e Previdenciário.

Com isso, a partir da análise mais esquadrihada da PNSST, em torno das quatro perguntas-base, foram estabelecidas quatro categorias de análise: (a) noção de cuidado, (b) noção de saúde do trabalhador, (c) noção de cuidado em saúde do trabalhador e (d) estratégias de cuidado em saúde do trabalhador. A partir dessas categorias, foram analisados os discursos que se presentificam e institucionalizam modos de gestão do cuidado em saúde no trabalho, como veremos em seguida.

Ao analisarmos a noção de cuidado apresentada na PNSST, verificamos que a Política está mais baseada em aspectos relacionados às dimensões de promoção/prevenção/tratamento/reabilitação, pois se propõe a inserir “ações de governo norteadas por abordagens transversais e intersetoriais” (PNSST, 2004). Considerando o que abordamos acima, sobre a questão a intersetorialidade, percebemos que vigora um olhar centrado nas dimensões predominantes no paradigma biomédico, uma vez que não são valorizadas as dimensões subjetivas dos trabalhadores na sua noção de saúde, ou seja, a política não traz como proposta a escuta da singularidade do indivíduo. As ações de cuidado se delimitam, dessa forma, em aspectos assistenciais a partir de modelos tecnocientíficos.

O cuidado como integralidade se esvai no âmbito da produção do documento, evidenciando que tal questão está distante dos processos de formulação da política de saúde do trabalhador. Ao longo de todo o documento, observamos que o cuidado é colocado como forma de promover a cura e diagnosticar quadros patológicos, ou seja, mais relacionado ao campo da saúde ocupacional, tendo a saúde no trabalho no contexto do risco e do controle (trabalho-risco/saúde-controle). Nesse sentido, iremos analisar a seguir como se propõe, então, o cuidado em relação à saúde do trabalhador.

A concepção de saúde no trabalho é mesclada por duas racionalidades: a da Saúde do Trabalhador, que é apresentada brevemente no início do documento, e a da Saúde Ocupacional, que vigora nas justificativas relacionadas a investimentos financeiros e estratégias de cuidado pautadas no discurso do risco. Inicialmente, conceitua-se o trabalho como um direito fundamental de cunho social (PNNST, 2004). Nesse sentido, afirma-se que é de extrema importância que o trabalho seja desenvolvido em condições adequadas para promover qualidade de vida e realização pessoal e social.

Entretanto, se por um lado o documento afirma que ter saúde é analisar o contexto sociocultural e as relações de produção-consumo-ambiente-saúde, por outro, ele dispõe do discurso de risco para falar sobre a saúde (PNNST, 2004).

Mesmo quando há a busca por um olhar integrado da saúde no trabalho, ainda se divide a segurança e o campo da saúde como se fossem temas sem relação direta e como se, integrados, gerassem apenas a soma dos focos de ambos. A questão da segurança, em nosso entender, faz parte da saúde, uma vez que esta última abarca a complexidade do sujeito em seu processo sócio-histórico-cultural, bem como a realização do trabalhador, que faz parte da saúde, e não somente a doença e o risco. Pensar no cuidado incluindo a segurança no ambiente de trabalho implica uma clínica híbrida, em que se busca satisfazer um conjunto mais amplo de necessidades (Cecílio, 2006; Ferla, 2007).

Outro ponto interessante é a questão da saúde mental no trabalho, que é somente citada uma única vez e, mesmo assim, é atribuída à intoxicação por metais pesados e agrotóxicos (PNNST, 2004, p. 07). Não há a inserção da perspectiva da Saúde do Trabalhador que propõe a importância da complexidade de questões organizacionais, sociais e de relações interpessoais para os processos de saúde mental no trabalho. Esse tema fica restrito ao olhar mais arraigado da Medicina do Trabalho, sem conceber sequer as questões organizacionais já expostas pela própria Saúde Ocupacional. Importante é notar que no trecho referente ao debate desse tema, o documento afirma que tal tipo de adoecimento (sofrimento mental) é uma das doenças mais frequentes no campo da saúde no trabalho, bem como os problemas osteomusculares como as lesões por esforços repetitivos (LER/DORT).

A política nacional de saúde do trabalhador no Brasil: paradoxos da biopolítica

Dentro desse tema, também há uma mescla de duas racionalidades de cuidado: a da racionalidade

médica da Saúde Ocupacional e também a da Saúde do Trabalhador. No documento, apesar de criticar a carência de informações registradas, vigora a importância de dados estatísticos para implementação de ações e projetos no cuidado em saúde do trabalhador, inclusive valorizando a adoção da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, como referência para estabelecer diagnóstico, tratamento e vigilância de adoecimentos relacionados ao trabalho. Para respaldar essa visão, presentifica-se o discurso da previsibilidade: “acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis” (PNSST, 2004, p. 07). Retoma-se um discurso trabalho-risco, que levará à culpabilização do trabalhador pelo seu adoecimento.

As supostas necessidades relacionadas ao controle dos riscos ocupacionais são justificadas a partir dos custos com Previdência Social, reabilitação e gastos em horas de trabalho perdidas, o que “eleva a um custo total para o país de aproximadamente 33 milhões de reais por ano” (PNSST, 2004, p. 08). Há uma ênfase no olhar administrativo e uma escassa preocupação real com os trabalhadores encarnados, que trabalham e constroem sua saúde no cotidiano. Ora, essa racionalidade administrativa e burocrática aponta para as maneiras de gerir a vida da população de forma medicalizada, em especial dos trabalhadores pela gestão de riscos de adoecimento e controle social dos corpos fragmentados como força de trabalho coisificada e que perdeu sua ligação com a função social e subjetiva dos fazeres ligados aos modos de andar a vida (Clot, 2006).

Nesse sentido, a visão de cuidado em saúde do trabalhador apresentada na PNSST constitui-se basicamente do tratamento de doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho e na prevenção de riscos, respaldada na questão dos custos financeiros para a União e para as empresas, ou seja, o cuidado em saúde está ligado ao modelo em que se devem controlar os riscos, disciplinando os trabalhadores, na visão de saúde-controle. Desse modo, o que se observa é que a perda de intensidade de vida e da qualidade do estar no mundo diante das condições inadequadas de exercício de trabalho, por omissão, parece constituir-se num não objeto para a política.

Em decorrência da importância dada às estratégias desenvolvidas para o cuidado em saúde no trabalho, iremos analisá-las mais detalhadamente, uma vez que é o principal objetivo desta pesquisa e por haver, no documento da PNSST, um item inteiro dedicado apenas a descrever suas estratégias.

O item V: Diretrizes e Estratégias (PNSST, 2004) propõe-se a estabelecer as estratégias fundamentais

para a operacionalização das ações, a fim de nortear um plano de trabalho subsequente à legalização do documento, cuja construção dependerá do Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador (GEISAT). Observamos que o documento se propõe a inserir apenas uma proposta norteadora, sem ações reais já estabelecidas, o que mostra que tais ações podem ficar à mercê de outras questões burocráticas ou mesmo políticas na realização e efetivação de tais ações concretas.

A PNSST prevê seis níveis de estratégias a serem desenvolvidas: (a) Inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde. A saúde aparece como um dispositivo normativo; (b) Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação em saúde do trabalhador. A questão da proteção recai no discurso do risco, pois coloca o trabalhador como ser passivo sujeito à reparação como cuidado após o dano causado; (c) Valorização da prevenção em cima da reparação. O foco é o desenvolvimento de estratégias centradas em questões financeiras; (d) Estruturar Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador. Busca-se a padronização de conceitos e critérios de riscos e agravos; (f) Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança do Trabalho e incentivo à capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST. Objetiva aprimorar a formação e capacitação dos atores que estarão à frente da efetivação das ações no campo de saúde do trabalhador; e (g) Promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em Saúde do Trabalhador. Traz a necessidade de se desenvolver pesquisas e estudos no campo da Saúde do Trabalhador que aprimorem a atuação e o cuidado nesse campo.

No documento, a gestão específica da PNSST seria de responsabilidade da GEISAT constituída (no mínimo) por membros do Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, que seriam deliberados a partir de portarias interministeriais, funcionando a partir de regimento interno e com mandatos de um ano.

Não há concretização dos planos de ação que serão desenvolvidos. Com isso, pode-se questionar a existência de um espaço possível de protagonismo do trabalhador: onde a singularidade da relação entre o trabalhador e seu trabalho cabe na atenção à saúde do trabalhador? Nessa configuração proposta pela Política, não há menção explícita da participação direta do trabalhador, exceto se supusermos tal participação inserida na sociedade civil organizada. O que vale destacar é que não há um campo específico de participação direta do trabalhador, movimento social

ligado a ele ou sindicatos. Considerando estes aspectos acima abordados, sabemos que algumas modificações ocorreram nos últimos anos.

Após a formulação, divulgação e regulamentação da PNSST para consulta pública, ocorreu a 3ª CNST em 2005, em que a PNSST constou como parte de seus textos-base. Entretanto, mesmo tendo como objetivo que ela fosse ponto de discussão, a conferência pouco falou sobre o tema, o que reflete o possível desinteresse da regulamentação da Política no país.

Para a 3ª Conferência, foram elaborados textos-base a fim de nortear as conferências municipais e estaduais que antecedem o evento nacional. A coletânea de textos-base englobava, entre outros temas, a situação da política nacional em Saúde do Trabalhador (ST) até aquele momento. Porém, os três eixos orientadores do evento foram: (a) a garantia de integralidade e transversalidade nas ações do Estado em Saúde do Trabalhador, (b) incorporação da ST nas políticas de desenvolvimento e (c) efetivação e ampliação do controle social em ST. Percebe-se, pela escolha desses eixos, que a temática sobre a Política Nacional de ST não estava mais em foco no 3º evento. Vasconcellos (2007) afirma, inclusive, que o próprio lema da 3ª CNST já refletia isso. Entretanto, podemos perceber que se colocava em questão a integralidade do atendimento em Saúde do Trabalhador, mas sem inserir tal debate na formulação concreta de uma política nacional da área. Nesse sentido, Vasconcellos (2007) acredita que, ao final da proposta, a política continua direcionada para o campo da relação trabalho-risco, centrado na temática do adoecimento. Vasconcellos (2007, p. 212) afirma que as conferências são espaços de debate que aglutinam “abrangência nacional; pluralidade e relevância das representações; institucionalidade consolidada; e uma relação direta ou indireta com o aparelho de Estado na área de saúde-trabalho”. Além disso, o autor também afirma que a etapa nacional de discussão é sistematizadora das propostas desenvolvidas em diversos setores, apesar de pouco consolidadas.

Podemos observar que, após aqueles anos de debate (de 1986 a 2005), pouco foi concretizado. Vasconcellos (2007) afirma, inclusive, que as conferências não terão força para modificar os rumos da política se não ampliarem os canais de participação coletiva. Nesse sentido, o que temos então após 2005?

Há uma dispersão de informações concretas sobre a PNSST desde então. A Política parece ter ficado parada em debates redundantes, como colocado por Vasconcellos (2007), sem ter efetivamente entrado em vigor. Porém, nesse período, podemos observar que: (a) há uma ausência do tema na agenda de

discussão das publicações do Ministério da Saúde; (b) as regulamentações publicadas no âmbito da Saúde do Trabalhador estiveram ligadas ao campo da Vigilância em Saúde; (c) não há um diálogo convergente entre os Ministérios envolvidos na implementação da Política, demonstrando uma desarticulação na formulação da mesma.

Considerações finais

Primeiramente, ainda há um forte predomínio da racionalidade da Saúde Ocupacional, na medida em que observamos o forte discurso do trabalho-risco e saúde-controle, já que encontramos na atualidade as estratégias de cuidado em saúde no campo do trabalho pautadas, em sua grande maioria, em dados epidemiológicos e prevenção de acidentes e doenças. Contudo, frente a esse predomínio, também encontramos as linhas de fuga do campo da Saúde do Trabalhador, a partir dos embates propostos nas CNST, apesar de por vezes terem se tornado fugazes nas discussões mais atuais. Ainda assim, elas somam forças ligadas aos mecanismos de resistência ao biopoder, que se encontram exatamente nas desarticulações entre as diferentes áreas do governo, como a divergência entre a PNSST do Ministério da Saúde e a PNSST do Ministério do Trabalho e Emprego. Nesse sentido, apesar das diferenças, são elas que irão construir novos rumos para a saúde do trabalhador no Brasil.

Observamos que, ao longo da construção da Política, há uma disputa de racionalidades entre os discursos da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador, que são visualizadas, inclusive, nas infandas terminologias dedicadas à Política – PNST, PNSST¹, PNSST². Mesmo assim, nas análises das estratégias de cuidado, observamos a predominância da lógica: trabalho-risco/saúde-controle, sob um viés epidemiológico. As estratégias, em sua maioria, são focadas em aspectos legais, financeiros e patológicos.

Desse modo, ao pensarmos na proposta de articular o campo da integralidade com a Saúde do Trabalhador, encontramos a construção de discursos que nos fizeram formular a perspectiva de trabalho-subjetividade/saúde-integralidade, mas também trabalho-risco/saúde-controle, uma vez que isso atravessa paradigmas de saúde. Assim, vigora a concepção de essencialidade do trabalho como parte da natureza humana, confluindo em processos de subjetivação pautados pelo olhar de que o trabalho é base do processo social e moral, e que ele é meio de adoecimento e sofrimento, e não de potência de vida.

Nesse sentido, o processo de saúde no contexto laboral encontra-se pautado em estratégias biopolíticas de transformar a atividade laboral em risco que deve ser vigiado e medicalizado. Não significa afirmar que não há uma importância em se preocupar com o campo dos acidentes e adoecimentos nos contextos de trabalhos, considerando a relevância da prevenção. Porém, a problemática está em nos resumirmos a tal contexto e desconsiderar os processos de subjetivação do trabalhador envolvido, seu modo de andar, sua estética de existência. Com isso, visualizamos um binário que se formou na carência de atenção básica em ST: por uma vertente, temos a luta dos sindicatos pela aquisição de planos de saúde privada e monetarização dos riscos, e por outra vertente temos uma política pública de saúde do trabalhador ligada apenas ao âmbito da fiscalização e punição, vinculada à Vigilância em Saúde.

É fundamental analisar as conquistas da emergência da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e seus efeitos, suas racionalidades e lacunas, o quanto foi implementada e quais os paradoxos que apresenta. Os modos de produção e gestão da subjetividade e da saúde do trabalhador abrem um relevante campo de estudos a explorar e a pensar em termos do que se busca e se constitui como cuidado da saúde do trabalhador.

Com isso, a articulação entre saúde do trabalhador e a gestão do cuidado em saúde nos traz a possibilidade de trazer à tona a necessidade de participação dos trabalhadores em geral, não restrita somente ao campo sindical ou das lutas trabalhistas em nível jurídico, mas principalmente na compreensão de que os mesmos lutem pelo direito à saúde, na integralidade da atenção nos serviços do SUS. Deve-se buscar pela integralidade como direito de todos.

A criação de linhas de cuidado em Saúde do Trabalhador em Unidades Básicas de Saúde ou mesmo a criação de Unidade de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador nos permite inserir esse tema cada vez mais no campo da saúde pública no Brasil e diminuir a dispersão dos milhares de casos de sofrimento dos trabalhadores que ficam no nível do não dito, do oculto.

Notas

- ¹ Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.
- ² Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

Referências

Antunes, R. (2000). *Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez.

- Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Carvalho, A. M. T. (1997). *O elemento psíquico no trabalho humano: a Liga Brasileira de Higiene Mental e o processo de produção discursiva do campo Trabalho e Higiene Mental no Brasil entre 1925 e 1934*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.
- Cecílio, L. C. O. (2006). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 117-130). Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ferla, A. A. (2007). *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul, RS: EDUCS.
- Forrester, V. (1997). *O horror econômico*. São Paulo: Editora UNESP.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica*. Rio de Janeiro: Martins Fonte.
- Foucault, M. (2009). *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense.
- Lacaz, F. A. C. (2007). O campo da saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 757-766.
- Lapis, N. L. & Merlo, A. R. C. (2007). A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 61-68.
- Maeno, M. & Carmo, J. C. (2005). *Saúde do trabalhador no SUS*. São Paulo: Hucitec.
- Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E., Franco, T. B., & Magalhães, H. M. (2004). *Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado: movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde*. Acesso em 13 de abril, 2016, em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>
- Minayo-Gomes, C. & Thedim-Costa, S. M. F. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 13(2), 21-32.
- Minayo-Gomes, C. & Lacaz, F. A. C. (2005). Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 797-807.
- Ministério da Saúde. (1986). *1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores*. Brasília, DF: Autor. Acesso em 10 de janeiro de 2015, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf
- Ministério da Saúde. (1994). *2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF: Autor. Acesso em 12 de março de 2015, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relafinal.pdf
- Ministério da Saúde. (2005). *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF: Autor. Acesso 05 de janeiro de 2015, em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/05_1135_M.pdf
- Ministério da Saúde. (2008). *A Saúde do Trabalhador*. Acesso em 13 de abril de 2016, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf
- Portaria Interministerial n. 800*, de 03 de maio de 2005. (2005). Publica o texto-base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). (2004). Acesso em 02 de dezembro de 2015, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf
- Rigotto, R. (1999). Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. In *Anais do I Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador* (pp. 49-62). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Sennett, R. (2007). *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record.
- Vasconcellos, L. C. F. (2007). *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

Submissão em: 14/09/2015

Revisão em: 30/01/2016

Aceite em: 16/03/2016

Agência de fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ. Processo nº 301823/2015-4.

Amanda Pereira de Carvalho Cruz é psicóloga/UFPA. Mestre em Psicologia/UFPA. Atualmente é doutoranda em Ciências Sociais/UFMA.
E-mail: amandapc.cruz@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla é médico/UFRGS. Mestre e Doutor em Educação/UFRGS. Professor Adjunto II em saúde coletiva/UFRGS.
E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Flávia Cristina Silveira Lemos é professora de Psicologia Social/UFPA. Bolsista de Produtividade CNPQ-PQ2. Endereço: Avenida Augusto Córrea, 01, PPGP-IFCH/UFPA, Bairro Guamá, Belém/PA. CEP 66.000-000.
E-mail: flavazevedo@hotmail.com