

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

AMANDA PEREIRA DE CARVALHO CRUZ

**O Trabalho e a gestão do cuidado em saúde:
a construção de uma política nacional em saúde do trabalhador no
Brasil – uma análise documental**

BELÉM

2011

AMANDA PEREIRA DE CARVALHO CRUZ

**O Trabalho e a gestão do cuidado em saúde:
a construção de uma política nacional em saúde do trabalhador no
Brasil – uma análise documental**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla
Co-orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

BELÉM

2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Cruz, Amanda Pereira de Carvalho

O trabalho e a gestão do cuidado em saúde : a construção de uma política nacional em saúde do trabalhador no Brasil - uma análise documental / Amanda Pereira de Carvalho Cruz ; orientador, Alcindo Antonio Ferla ; co-orientador, Paulo de Tarso de Oliveira. - 2011.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2011.

1. Trabalhadores - Saúde. 2. Saúde e higiene dos trabalhadores. 3. Trabalhadores - Direitos fundamentais - Brasil. 4. Política de saúde - Brasil. 5. Saúde pública - Brasil. I. Título.

CDD - 22. ed. 362.10981

FICHA DE APROVAÇÃO

Nome: Cruz, Amanda Pereira De Carvalho

Título: O Trabalho e a gestão do cuidado em saúde: a construção de uma política nacional em saúde do trabalhador no Brasil – uma análise documental

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Dissertação defendida em: 30/09/2011

Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla (Orientador)

Instituição: UFRGS/UFPA

Julgamento _____

Assinatura _____

Prof. Dr. Paulo de Tarso R.de Oliveira (Co-orientador) Instituição: UFPA

Julgamento _____

Assinatura _____

Profª. Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos (Membro) Instituição: UFPA

Julgamento _____

Assinatura _____

Profª. Dra. Regina Fátima Feio Barroso (Membro) Instituição: UFPA

Julgamento _____

Assinatura _____

Aos meus pais, esteio da minha vida.

Aos meus avós maternos, pilares do meu desenvolvimento.

Ao meu *bozino*, que ficará eternamente na minha memória.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Paulo e Thais, pela segurança diária que me trazem todos os dias, no cotidiano das caminhadas cansativas e, por vezes, incertas. Obrigada pela força e pela ajuda nos momentos mais difíceis e por sempre acreditar no meu potencial acadêmico e profissional.

Aos meus irmãos Gabriel e Pedro, pelo convívio afetuoso diário e idéias compartilhadas.

À tia Tânia, pelo apoio, desde os últimos anos de Ensino Médio, para a escolha do curso de Psicologia da UFPA, e principalmente, pela força constante para realizar o mestrado em Psicologia. Obrigada por acreditar sempre no potencial e incentivar-me mesmo quando eu não me achava capaz.

Ao meu orientador, Prof. Alcindo Ferla, por proporcionar o conhecimento em Saúde Coletiva de forma tão bela e me transformar em mais um defensora do SUS. Obrigada por oportunizar os estudos do tema da pesquisa no Complexo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, que foi de extrema importância para a compreensão de que é possível uma saúde do trabalhador como linha de cuidado no SUS.

Ao co-orientador, Prof. Paulo de Tarso de Oliveira, por oportunizar o conhecimento em Saúde do Trabalhador, Saúde Coletiva e proporcionar a minha participação no PROCAD com PUC-Rio.

Ao CNPq, pelo apoio institucional e suporte acadêmico com o fornecimento da bolsa de pesquisa, através do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA.

À Profa. Ana Cleide Moreira, pela imensa oportunidade de me proporcionar os estudos na PUC-Rio, através do PROCAD, pela acolhida e preocupação com nossa estada na cidade.

À Profa. Junia de Vilhena, pelo cuidado, afeto, carinho e pela acolhida tão especial no PUC-Rio e no próprio Rio de Janeiro. Obrigada pelas sugestões tão importantes para a finalização da minha dissertação.

Ao Prof. Emerson Merhy, pela enorme oportunidade em poder participar da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde da UFRJ, que proporcionou o desenvolvimento deste trabalho, trazendo enormes contribuições nas discussões sobre o cuidado em saúde no campo da saúde coletiva.

Aos parceiros do Rio de Janeiro, alunos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA, que conviveram comigo na empreitada do PROCAD na PUC-Rio. Obrigada pelos momentos bons, as andanças na praia, as conversas na PUC, as leituras na biblioteca, os papos no ônibus de volta à Copacabana e no auxílio, desde a vinda – ainda no avião, para encontrar um “canto” no Rio de Janeiro! Mas, em especial:

- Aos amigos Alex Miranda, Alessandro Bacchini, Ronildo Silva e Igor Francês, agradeço por terem me acolhido tão bem na minha chegada ao Rio de Janeiro e disponibilizarem seu espaço para os dias iniciais, na busca pelo meu. Obrigada pelo afeto cotidiano, compartilhando as angústias, as risadas, as dúvidas e transformando seu espaço em um lar. Em especial aos amigos Igor e Ronildo, que viraram meus irmãos da vida.

- À Patricia Nunes, pela convivência diária e pelos papos sempre gostosos, compartilhando dores, amores, angústias e sentimentos nas caminhadas no Rio e no que ficou em Belém.

- E às amigas Sâmea Quebra e Kamilly Vale, que se tornaram amigas pra toda vida. À Kamilly, vai um agradecimento mais que especial: o Rio mudou nossas vidas e trouxe uma amizade para sempre e mais um pouco. Obrigada por ter se tornado parte da minha vida.

Aos alunos das disciplinas na PUC-Rio, da Profa. Junia de Vilhena, pelas contribuições nos debates sobre minha pesquisa e pelos momentos bons durante as aulas.

Às amigas do coração: Larissa Medeiros, Lúcia Lima, Elaine Arruda, Alyne Alvarez, Dani Miranda e Ingrid Ventura, presentes em todo meu percurso acadêmico e incentivadoras constantes do mestrado e do trabalho como docente na UFPA.

À Josie Viera e Alessandra Moura pelos ótimos momentos compartilhados em Porto Alegre, Gramado e Canela! Obrigada por terem me ajudado quando a dificuldade apareceu sem

esperar. À Josie, um agradecimento especial pelos momentos compartilhados nas andanças em POA e nos estudos no Hospital Conceição, transformando a relação de estudo em grande amizade!

À Ângela Di Paolo, *mi fraterna*, amiga-irmã, que está distante no espaço, mas sempre presente no coração.

Ao Bruno Turra, meu revisor “paulista” e amigo das andanças na paulicéia desvairada de SP.

À Edna Granja, pelas risadas, pelas dicas e orientações, pelos grandes carnavais em Recife, pelos bons momentos no Rio e pela amizade que atravessa Norte-Nordeste.

Às amigas do Rio, paraenses-cariocas, que me deram força, apoio e bons momentos na cidade maravilhosa: Clarice Sfair, Danielle Santos e Renata Azevedo. Também à prima Luena Chaves e a paulistinha Mariana Lima.

Aos alunos dos cursos de Psicologia, de Administração e de Serviço Social, os quais eu fui professora, durante meu período como professora substituta na UFPA. Obrigada pelas lições de vida, que transpunham o campo das aulas.

E, eu não poderia esquecer de, na simplicidade da vida, agradecer aquele que chegou na minha vida no início dessa trajetória, ainda no ano do vestibular e partiu este ano, no momento da conclusão desta etapa acadêmica: meu Axel (*in memoriam*) que trouxe felicidade ao longo de seus dez anos de vida e me ensinou o valor do afeto incondicional e do companheirismo.

“Liberdade é pouco. O que eu
desejo ainda não tem nome.”

Clarice Lispector

RESUMO

CRUZ, A. P. de C. **O Trabalho e a gestão do cuidado em saúde: a construção de uma política nacional em saúde do trabalhador no Brasil – uma análise documental.** 2011. 96p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

O desenvolvimento dos modelos de produção acarretou diversas transformações na concepção da relação homem/trabalho. Com isso, o trabalho tornou-se um dos aspectos centrais na vida do homem moderno. Na relação com o trabalho, emergem diversos processos de subjetivação baseados nas práticas presentes nos contextos em que ele se realiza, bem como nos processos de saúde e doença. No Brasil, esse processo vem sendo delineado por questões políticas e sociais que levaram à emergência da chamada Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, em 2004. Entretanto, esse tema e seus desdobramentos ainda são fortemente debatidos, uma vez que tal política não se encontra em intenso vigor, demonstrando um percurso em constante construção e ainda permeável à diferentes influências. Este trabalho busca problematizar as práticas que produzem processos de subjetivação do “sujeito-trabalhador” pautados em dispositivos biopolíticos, a partir da análise da gestão do cuidado em 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 PNSST e sua perspectiva atual. Para isso, foram analisadas as estratégias de cuidado presentes nesta Política, bem como a forma como essas estratégias estão articuladas com a perspectiva da integralidade, uma vez que a integralidade é um novo olhar sobre a gestão do cuidado em saúde, criando novas possibilidades de um trabalho em saúde. Centra-se no fluxo do usuário, com mudanças na produção do cuidado em todos os níveis da rede pública de saúde. Primeiro, foram abordados os processos de construção e desenvolvimento da chamada “Saúde do Trabalhador” e, posteriormente, foi analisada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST (2004) enquanto dispositivo de regulação das práticas de saúde, a partir do método genealógico de Michel Foucault, com foco na análise documental. O processo de construção da PNSST iniciou a partir da 1ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, o qual se delineou nas demais conferências realizadas de 2001 e 2005. Neste processo, podemos observar o conflito entre o trabalho como risco (trabalho-risco) e o trabalho como produção de subjetividade (trabalho-subjetividade), que levam a construção das noções entre saúde-controle *versus* saúde-integralidade. A análise documental da PNSST de 2004 denota que ainda há uma prevalência do olhar da Saúde Ocupacional, pelo viés do trabalho-risco/saúde-controle, uma vez que as estratégias de cuidado apresentam discursos de risco/agravo no trabalho, na patologização do sujeito e na monetarização da saúde. Além disso, de 2005 até meados de 2011, não houve a concretização e implantação da Política, sendo criados diferentes sentidos e, inclusive, convergindo as ações de Saúde do Trabalhador para o campo da Vigilância em Saúde, onde se encontra tal área no Ministério da Saúde hoje. Com isso, observamos que ao pensarmos na proposta de articular o campo da integralidade com a Saúde do Trabalhador, encontramos, na verdade, a construção de discursos pautados em estratégias biopolíticas de transformar a atividade laboral em risco que deve ser vigiado e medicalizado. Além disso, não há interface para absorção das demandas referentes à saúde do trabalhador no SUS. 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 este tema cada vez mais no campo da saúde pública no Brasil e diminuir a dispersão dos casos de sofrimento dos trabalhadores que ficam no nível do não dito.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Políticas Públicas; Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

CRUZ, A. P. de C. **Labor and management in healthcare: the construction of a national policy on occupational health in Brazil – a documentary analysis.** 2011. 96 p. Dissertation (Master) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

The development of production models led to several changes in the design of the relation between man and work. The Work became a central aspect in the life of modern man. At work many subjective processes emerge based on the practices of the contexts in which it takes place as well as in health and disease processes. In Brazil, this process has been outlined by political and social issues that led to the emergence of so-called National Policy on Occupational Health and Safety (NPOHS) in 2004. However, this issue and its consequences are still strongly debated, since such a policy is not in health force, showing a path under constant construction and still subjected to different influences. This paper analyzes the practices that produce subjective processes on workers by biopolitical guided devices, through the analyze of care management in worker's health in Brazil. From this perspective, we sought to analyze the construction of the Occupational Health Policies in the country, focusing on the formulation of NPOHS and his current perspective. For this, we analyzed the care strategies present in this Policy, as well as how the strategies are linked to the perspective of integrality, since it is a new look at the management of health care, creating new possibilities for worker's health. It focused on the flow of the user, with changes in the production of care at all levels of public health. First, we discussed the process of construction and development of Occupational Health and later we analyzed the NPOHS and his health practices, based on the Michel Foucault's genealogical method, focused on documentary analysis. The process of building NPOHS started from the first National Conference on Occupational Health, which is outlined in others conferences in 2001 and 2005. In this process, we can observe the conflict between work as a risk (work-risk) and work as production of subjectivity (work-subjectivity), which lead to the construction of notions of health-control versus health-integrality. The documentary analysis of the NPOHS show us that there is a prevalence of labor like a risk and health control, since the strategies of care are design by injury and risks at work and monetization of health. In addition, from 2005 until mid 2011, there was the realization and implementation of policy in different directions, and even converging actions of Occupational Health to the field of health surveillance, where is this area in the Minitry of Health in Brazil today. We think that Occupational Health in guided by the construction of discourses in biopolitical strategies to transform work activity at risk that should be monitored and medicated. In addition, there is no interface for absorption of demands concerning the health of workers in the SUS. The creation of lines of care in Occupational Health in Primary Health Units or creation of Specialized Reference Units of Occupational Health 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.

Key words: Occupational Health; Public Policy; Health Care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----------|
| DIAGRAMA 01: Funcionamento de uma linha de cuidado na rede de assistência integral. | 39 |
| DIAGRAMA 02: Modelo de atenção da RENAST. | 52 |
| TABELA 01: Estruturação dos Riscos Ocupacionais | 53 |
| TABELA 02: Número de referências encontradas na base de dados da área temática em Saúde do Trabalhador da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, no período de 2005 a 2010. | 82 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-------------|--|
| ABRASCO | Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva |
| ATST | Área Temática em Saúde do Trabalhador |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CGT | Central Geral dos Trabalhadores |
| CUT | Central Única dos Trabalhadores |
| CERESTs | Centros de Referência em Saúde do Trabalhador |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CIPA | Comissão Interna de Prevenção de Acidentes |
| CLT | Consolidação das Leis Trabalhistas |
| CNST | Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador |
| CNA | Confederação Nacional da Agricultura |
| CNC | Confederação Nacional do Comercio |
| CONTAG | Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura |
| CNDM | Conselho Nacional dos Direitos da Mulher |
| CTSST | Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho |
| DIESAT | Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho |
| DORT | Distúrbios Osteo-Musculares relacionados ao Trabalho |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FUNDACENTRO | Fundação Jorge Dupra Figueiredo em Segurança e Medicina do Trabalho |
| GEISAT | Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador |
| GHC | Grupo Hospitalar Conceição |
| GEISAT | Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador |
| GT | Grupo de Trabalho |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INSS | Instituto Nacional do Seguro Social |
| LER | Lesão por Esforço Repetitivo |
| MMA | Ministério do Meio Ambiente |

| | |
|--------|--|
| MT | Ministério do Trabalho |
| MOI | Movimento Operário Italiano |
| MPAS | Ministério da Previdência e Assistência Social |
| MS | Ministério da Saúde |
| MSLA | Medicina Social Latino-Americana |
| MT | Medicina do Trabalho |
| MTE | Ministério do Trabalho e Emprego |
| NR | Normas Regulamentadoras |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OAB | Ordem dos Advogados do Brasil |
| PNSST | Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (2004) ou Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (2011) |
| PNST | Política Nacional de Saúde do Trabalhador |
| PRGC | Presidência da República – Gabinete Civil |
| PST | Programa de Saúde do Trabalhador |
| RENAST | Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador |
| RCC | Renovação Carismática Católica |
| ST | Saúde do Trabalhador |
| SO | Saúde Ocupacional |
| SESU | Secretaria de Educação Superior |
| SSMT | Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho |
| SNABS | Secretaria Nacional de Ações básicas de Saúde |
| SESMT | Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SO | Saúde Ocupacional |
| SST | Segurança e Saúde do Trabalhador |
| ST | Saúde do Trabalhador |
| SVS | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| VS | Vigilância em Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| 1. O TRABALHO: ANALISANDO QUESTÕES HISTÓRICAS E DEBATES CONTEMPORÂNEOS | 20 |
| 2. A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM O TRABALHO: ASPECTOS BIOPOLÍTICOS E POSSÍVEIS POTÊNCIAS | 26 |
| 2.1 O CUIDADO EM SAÚDE | 26 |
| 2.2 UM OLHAR SOBRE OUTRAS RACIONALIDADES EM SAÚDE | 31 |
| 2.3 A GESTÃO DO CUIDADO E A INTEGRALIDADE EM SAÚDE | 34 |
| 3. A SAÚDE DO TRABALHADOR: UM CAMPO EM DESENVOLVIMENTO | 41 |
| 3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL | 45 |
| 3.2 CONFIGURAÇÕES RECENTES DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR | 50 |
| 4. BUSCANDO A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: RECURSOS METODOLÓGICOS | 56 |
| 4.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS | 56 |
| 4.2 ANÁLISE DE DOCUMENTOS | 57 |
| 5. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: CONSTRUINDO POSSIBILIDADES OU CONSOLIDANDO PROPOSTAS? | 60 |
| 5.1 A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR | 61 |
| 5.2 A PNSST: O QUE ELA ABORDA? | 67 |
| 5.2.1 A noção de cuidado | 69 |
| 5.2.2 A noção de saúde do trabalhador | 70 |
| 5.2.3 A noção de cuidado em saúde do trabalhador | 74 |
| 5.2.4 As estratégias de cuidado em saúde do trabalhador | 75 |
| 5.3 A REALIDADE ATUAL – COMO ESTÁ A PNSST NO BRASIL HOJE? | 80 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 87 |
| REFERÊNCIAS | 92 |

INTRODUÇÃO

A preguiça é a mãe do progresso. Se o homem não tivesse preguiça de caminhar, não teria inventado a roda. Não poderia viajar pelo mundo. [...]
Em suma: o que prejudica a minha preguiça prejudica o meu trabalho.

Mario Quintana

Em que medida podemos nos distanciar das exigências sociais estabelecidas acerca do mercado de trabalho e tornar possíveis nossos desejos por meio da atuação profissional?

Esse foi um dos grandes questionamentos quando encerrei minha graduação em Psicologia. Nesse processo, não somente indagações concernentes ao mercado de trabalho traziam angústias e dúvidas – as possibilidades de atuação em um ou outro campo –, mas também o enfrentamento das dificuldades da minha própria atuação profissional de maneira contundente que não fosse pautada por metodologias de controle tecnicistas e meramente instrumentais, principalmente tendo como foco a saúde. Como poderia repensar o cuidado do outro no campo da saúde de forma abrangente, considerando o tão pronunciado aspecto “biopsicossocial”? Como fazê-lo compreendendo a estreita relação da saúde com as questões que envolvem os indivíduos e o trabalho? Como compreender outras interfaces entre saúde e trabalho favorecedoras de um conceito mais amplo e de práticas de maior qualidade e intensidade para o andar a vida das pessoas? O ingresso no Curso de Mestrado ampliou esses questionamentos pela incorporação de novos olhares advindos da Psicologia Social e da Saúde Coletiva que constituíram condições para a análise do contexto da relação entre saúde e trabalho sob uma perspectiva histórica, envolvendo questões relativas à subjetividade e a micropolítica do cuidado.

O desenvolvimento dos modelos de produção acarretou diversas transformações na concepção da relação homem/trabalho. Com isso, o trabalho tornou-se um dos aspectos centrais na vida do homem moderno. Na relação com o trabalho, emergem diversos processos de subjetivação baseados nas práticas presentes nos contextos em que ele se realiza, uma vez que as relações de forças que atravessam e constituem os discursos no âmbito do trabalho produzem efeitos nos modos de ser, sentir e pensar.

A experiência vivenciada em estágios no campo da Saúde e na atuação profissional dentro da área de consultoria em Recursos Humanos permitiu que eu pudesse perceber, no cotidiano, essa relevância do trabalho, exigindo, por vezes, uma carga laboral sobre-humana. Articulando os estudos realizados num curso de especialização em Saúde do Trabalhador, fui questionando as construções sociais que permeiam tais aspectos.

Nesse sentido, pude observar que as modificações do capitalismo ao longo dos séculos XIX e XX e na atualidade levaram à produção de “novas subjetividades” pela via do agenciamento de forças que é dinâmico e móvel (NARDI, 2006; PRADO FILHO & MARTINS, 2007). Em torno desse percurso, a questão da saúde dos trabalhadores foi emergindo, sendo objetivada por diversas práticas, tornando-se algo cada vez mais discutido e suscitado pelos movimentos sindicais e pró-trabalhadores, gerando diferentes repercussões no âmbito das relações de trabalho contemporâneas.

Observamos que o processo de desenvolvimento do cuidado em Saúde do Trabalhador foi sendo capturado por outros movimentos tangentes, cada vez mais ligados a biopolítica. Dessa forma, a discussão sobre o campo da Saúde no trabalho se faz importante para pensarmos as estratégias de cuidado em diferentes áreas, refletindo sobre a gestão do cuidado, a partir da perspectiva de Merhy (2007) e Ferla (2007), no cenário trabalhista brasileiro. Essa visada permite que possamos romper com o olhar dicotômico das relações de trabalho (trabalhadores *versus* empresários), estabelecendo um novo olhar para o campo, não somente respaldado pelos direitos trabalhistas ou pela epidemiologia.

No Brasil, esse processo foi delineado por questões políticas e sociais que levaram à emergência da chamada Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, em 2004. Entretanto, esse tema e seus desdobramentos ainda são fortemente debatidos, uma vez que tal política não se encontra em intenso vigor, demonstrando um percurso de constante construção e ainda permeável às diferentes influências.

Ainda há uma expressiva formulação de conceitos e práticas no campo da Saúde do Trabalhador delimitada, muitas vezes, por relações de causalidade e de prevenção de riscos ocupacionais, não considerando os aspectos dos processos de subjetivação envolvidos pelos discursos sociais. Podemos observar que as estratégias sanitárias no âmbito do trabalho por vezes perpassam questões que exigem a constituição de uma atenção intensiva às formas de trabalho e aos seus efeitos no contexto social. Isto demonstra que, de certo modo, na medida em que as organizações formulam práticas de controle dos trabalhadores de cunho preventivo e determinam as regras e normas para promoção da “saúde” no trabalho, estas também atuam

de modo a produzir saberes constitutivos do objeto “saúde do trabalhador” e incutir práticas de poder pela via do discurso dos riscos de acidente e adoecimento.

Este trabalho tem como foco compreender as relações estabelecidas entre políticas públicas de saúde direcionadas ao trabalhador e seu desenvolvimento no Brasil, analisando quais possibilidades e estratégias estão sendo desenvolvidas em prol da saúde dos trabalhadores nos documentos específicos das políticas nesse tema, relativamente à gestão do cuidado em saúde. Para isto, pesquisar as estratégias de governamentalidade articuladas aos discursos no campo do trabalho constitui um importante aspecto para questionar os conceitos vigentes, permitindo a construção de novos olhares e práticas interdisciplinares na área de Saúde do Trabalhador. Com esse intuito, as contribuições de Michel Foucault sobre as relações de poder e sua genealogia se tornam um importante operador analítico para suscitar novas linhas de fuga. Partindo do método genealógico, pretende-se analisar as redes que atravessam tais discursos na formulação das relações de cuidado em Saúde do Trabalho e na construção de políticas públicas direcionadas a esse campo.

Este percurso de análise possibilita problematizar a promoção da atenção ao trabalhador das políticas públicas de saúde desenvolvidas no Brasil, principalmente no que concerne à sua qualidade de vida, desnaturalizando estratégias de governamentalidade direcionadas ao trabalho e possibilitando a emergência de novas práticas de resistência e/ou de potencialização do trabalho como produção de padrões de subjetivação mais próximos da ideia de qualidade do andar a vida das pessoas. Aqui se pretende trazer, brevemente, a noção de integralidade da atenção, cuja reorientação para o cuidado procura colocar a pessoa em sua condição singular de andar a vida no centro da atenção a ser ofertada por profissionais e serviços de saúde voltados ao trabalhador. Assim formulada, essa noção parece destacar uma tensão interessante para a área da Saúde e, como tal, reivindicar à análise da saúde do trabalhador também uma potência instituinte.

Portanto, este trabalho pretende contribuir para ampliar a compreensão das interfaces entre a produção de saúde no trabalho e as questões que envolvem os processos de subjetivação na contemporaneidade. Para tal, busca-se introduzir novos modos de cuidado em Saúde, dentro do campo da Saúde do Trabalhador, o que pode gerar a ampliação, desenvolvimento e concretização de estratégias de cuidado viáveis no cotidiano das relações de trabalho, a partir da análise do contexto atual e do aprimoramento da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST.

Nesse sentido, no primeiro capítulo será abordada brevemente a configuração histórica do conceito de trabalho, bem como sua significação e valorização atual. Essa

retomada histórica busca compreender os sentidos produzidos sobre o trabalho ao longo do tempo e, principalmente, as noções que circulam sobre esse conceito nos processos de subjetivação e nos modos de produção vigentes no século XXI.

No segundo capítulo, iniciamos uma articulação entre o cuidado em saúde e o trabalho, abordando primeiramente as perspectivas de cuidado numa linha teórica foucaultiana para chegarmos à discussão do cuidado em saúde como parte dos modos de andar a vida, remetendo a noções da Antropologia da Saúde e das reflexões de Madel Luz. Com isso, convergimos para o debate da gestão do cuidado na integralidade em saúde, com os aportes teóricos de Emerson Merhy, Rubem Mattos e Alcindo Ferla.

No terceiro capítulo, já fundamentada pela teoria da integralidade do cuidado em saúde, é apresentada a construção da Saúde do Trabalhador no Brasil, desde a Crise do Café de 1920 até a implantação do SUS em 1990 e suas perspectivas atuais, norteadas pelas três racionalidades médicas no campo da Saúde e do Trabalho: Medicina do Trabalho; Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador. Neste processo, chegamos à formulação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador em 2004.

No quarto capítulo, apresentamos os pressupostos e recursos metodológicos para a análise da PNSST nesta pesquisa, partindo da genealogia de Michel Foucault e da análise documental proposta por Jacques Le Goff e discutida por Peter Spink.

No quinto capítulo, iniciamos a análise da construção de uma política de saúde do trabalhador no Brasil, com as discussões produzidas nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e na própria análise discursiva dos enunciados presentes no documento PNSST de 2004, a partir de quatro eixos norteadores: a noção de cuidado; a noção de saúde do trabalhador; a noção de cuidado em saúde do trabalhador e as estratégias desenvolvidas para esse cuidado.

No sexto e último capítulo, apresentamos as considerações finais com as formulações e propostas desenvolvidas a partir da análise do que foi debatido e apresentado ao longo desta pesquisa.

1. O TRABALHO: ANALISANDO QUESTÕES HISTÓRICAS E DEBATES CONTEMPORÂNEOS

Com o aparecimento do capitalismo, pode-se observar uma série de transformações tecnológicas e, conseqüentemente, de processos laborais que modificaram substancialmente a relação do homem com o trabalho. Tais acontecimentos impulsionaram o desenvolvimento de diversas teorias, paradigmas e perspectivas, construindo modos de objetivação e subjetivação em torno do trabalho.

A compreensão de trabalho que encontramos na atualidade é decorrente de um processo sócio-histórico. Segundo Foucault (1979a), a concepção de uma verdade absoluta é uma ilusão. Todo conhecimento é construído. O conhecimento é inventado em torno de mecanismos e processos diversos, frente sua historicidade e relações de poder. Assim, a noção de que o trabalho é algo que faz parte da natureza humana torna-se vazia, uma vez que tal compreensão está ligada aos discursos e jogos de verdade estabelecidos historicamente e que, como demonstra a literatura, essas relações têm padrões móveis, havendo variações importantes em cada cenário descrito, mesmo ao se considerar certas tendências históricas e sociais.

Forrester (1997) acredita que o trabalho é o fator estruturante da sociedade ocidental. Fazendo um breve apanhado das concepções de trabalho ao longo da história da humanidade, Nardi (2006) expõe que na Antiguidade – mais especificamente na Grécia Antiga – a divisão do trabalho era baseada em uma hierarquia social, havendo uma dicotomia entre o trabalho penoso (relacionado ao esforço físico) e o trabalho digno (direcionado ao exercício político). Desse modo, a escala social estava distribuída da seguinte forma: operário (base da hierarquia); artesão; agricultor e cidadão (topo da hierarquia social). O que os diferenciavam eram as relações de dependência que possuíam em relação aos membros dessa sociedade. Com isso, o valor social não estava no trabalho em si, mas nas relações políticas existentes. Em outras palavras, o trabalho era realizado em prol da sobrevivência. Até mesmo o conceito de felicidade advinha do bom uso dos bens existentes, não sendo articulado à noção de superprodução. Na sociedade feudal, já havia uma hierarquia baseada nas atribuições dos membros da sociedade: aqueles que rezavam (clero), aqueles que lutavam (senhores dos feudos) e aqueles que trabalhavam (servos). O trabalho tinha o caráter de atividade indigna,

relacionada ao castigo, marcado na própria origem da palavra *tripalium* a qual significa castigo em latim.

A Reforma Protestante ressignificou a noção de trabalho, começando a ser compreendido como vocação. Constrói-se, assim, um valor diferenciado da atividade laboral, tendo a superprodução de bens como uma benção de Deus, o que se tornará uma das bases da visão do sistema capitalista. Concomitantemente, há o desenvolvimento da classe burguesa, quebrando os parâmetros hierarquizados das atividades dos membros da sociedade feudal. Valoriza-se o esforço individual, gerando a concepção de que o trabalho é a possibilidade de obtenção de riqueza e de atrelamento às normas sociais vigentes (NARDI, 2006).

É a partir do século XVIII, com o desenvolvimento dos Estados Nacionais e, principalmente, com a Revolução Industrial, que se concretiza o trabalho como valor moral social (NARDI, 2006). Com isso, observamos o surgimento da noção de trabalho como parte da “essência humana” ou “condição natural humana” para transformação do mundo.

Com o crescimento industrial, observa-se uma mudança não somente no valor do trabalho, mas também nos mecanismos disciplinares atrelados a tal processo. Foucault (1987) afirma que existem processos que cerceiam os sujeitos, em uma tecnologia política dos corpos. Para ele, a transição da punição “física” do corpo (suplício) para o sofrimento da “alma” (disciplina) – entre os séculos XVII e XVIII – surge como estratégia de controle que vai para além do corpóreo, inserindo a subjetividade no âmbito da punição, ou seja, possibilitar a sujeição dos corpos não somente pela força física, mas pelas relações de poder e dominação. É, portanto, pela força de trabalho que se faz vigorar um sistema de sujeição: corpo produtivo é corpo submisso e vice-versa. Tal sujeição não é composta por uma força hierarquizada, mas vigora por um conjunto de posições estratégicas de saber-poder entre os sujeitos em nível microfísico. Ou seja, ainda que os trabalhadores tenham produzido resistências individuais e coletivas, há um sistema de sujeição que busca docilizar os corpos, colocá-los na lógica da produção e sujeitá-los.

Isto se observa na 1ª Revolução Industrial (século XVIII), em que o trabalho nas indústrias era baseado em máquinas a vapor, utilizando mão-de-obra assalariada e com divisão do trabalho (cada trabalhador fazia uma parte do produto). A partir da 2ª Revolução Industrial, no início do século XX, com a introdução do motor elétrico e à explosão, alteram-se os processos de trabalho com o surgimento de novos métodos de produção (LAPIS & MERLO, 2007).

Contudo, em ambas as fases, as condições de trabalho eram péssimas: locais extremamente insalubres, não havia a preocupação com os direitos dos trabalhadores, não

existia demarcação de horário para repouso/almoço nem o acesso à licença maternidade e férias. Como resistência a essas situações, iniciaram-se os primeiros movimentos sindicais para lutar por melhores condições de trabalho, o que já evidencia a busca por uma atividade laboral considerada menos penosa. Percebe-se que à medida que as forças de mudança das relações de trabalho são deslocadas, as demandas de reivindicação também o são.

É a partir desse período, no início do século XX, que surgem as primeiras teorias sobre metodologias de trabalho para potencializar o que se denomina “sucesso da produção”. O chamado Taylorismo ou Administração Científica do Trabalho, desenvolvido por Frederick W. Taylor, tinha como pressuposto que a mesma tarefa deveria ser realizada de maneira uniforme, sem observação das especificidades que poderiam atravessá-la, em particular, às condições dos próprios trabalhadores e de seus agentes. Assim, normas e procedimentos sistemáticos associados ao estudo do tempo para racionalizar a execução da tarefa foram elaborados, o que resultou num aumento crescente da produção. Ou seja, as técnicas de produção eram formuladas por engenheiros e especialistas, gerando uma separação entre o saber e o fazer, uma sobreposição entre o tempo do trabalho e o tempo possível dos trabalhadores (LAPIS & MERLO, 2007).

Nesse mesmo período, Henry Ford desenvolveu seu modelo de produção, estabelecendo a ligação entre os diferentes tipos de atividade com a criação de esteiras rolantes na linha de produção. Com esse modelo, os trabalhadores passaram a desenvolver suas atividades em torno de uma mesma esteira, realizando, cada um, uma parte do produto, mas todos gerenciados pelo ritmo imposto pelo rolamento da esteira. Contudo, eles ficavam restritos àquela atividade única e repetitiva, consolidando ainda mais a fragmentação do trabalho, e submetidos ao tempo definido pelos ciclos da esteira. Esse modelo formalizou a produção em massa, na medida em que também reduziu ao máximo o deslocamento dos trabalhadores e, inclusive, os períodos de descanso.

Esses modelos de produção levavam à “utilização” otimizada dos corpos como máquinas a serem reguladas. Como ressalta Foucault (1987):

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também, igualmente, uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fábrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (FOUCAULT, 1987, p.119).

Foucault (1987) ainda expõe que as fábricas desse período adentram uma arquitetura de quadriculamento, na qual se pode isolar e localizar cada trabalhador além de compor uma estrutura de articulação entre máquinas e corpos. A fábrica compõe, assim, um local fechado em si mesmo, uma clausura de controle disciplinar. Lapis e Merlo (2007) traçam o contexto laboral desse momento:

Nessa primeira etapa do capitalismo, o controle exercido sobre os trabalhadores expressava-se sob a forma mais autoritária possível. O despotismo fabril materializava-se em agressões físicas, ameaças, castigos, multas e demissões (LAPIS e MERLO, 2007, p.62).

Porém, com a crise do modelo de produção em massa, a partir da década de 1970 do século passado, iniciou-se um processo de valorização do modelo de gestão japonês conhecido como Toyotismo. Esse novo modelo baseia-se em técnicas de multifuncionalização da mão de obra e foi impulsionado pelas transformações na microeletrônica e pela internacionalização dos mercados. O toyotismo tinha como elemento principal a flexibilização da produção de acordo com as demandas imediatas do mercado, pautadas na qualidade total do produto realizado e dos processos de produção. O trabalhador, nesse momento, devia estar mais bem preparado, enfatizando a racionalidade, escolaridade e a diversificação das áreas de atuação. Ele deveria conhecer o processo como um todo e operar diferentes atividades não encadeadas, o que possibilitava uma redução do quadro de funcionários, diminuindo custos e aumentando a produtividade (ANTUNES, 2000).

A partir da expansão do modelo japonês, as formas de trabalho centraram-se em motivações coletivas, com o enaltecimento daqueles que mais se destacam no grupo. Aspectos como liderança, ação e autocontrole são incluídos como valores para o sucesso profissional, o que gera fortes pressões para os trabalhadores, uma vez que a política é a de estimular a competição e valorizar a capacidade individual de destaque. Além disso, há uma demanda por um intenso ritmo laboral. Pelo seu número cada vez mais reduzido de funcionários, ampliam-se as horas-extras e da utilização da subcontratação e contratos temporários (ANTUNES, 2000; LAPIS e MERLO, 2007).

Com a difusão da alta tecnologia, houve uma forte reestruturação econômica e social, principalmente a partir dos anos 1990. A chamada Terceira Revolução Industrial trouxe robôs, máquinas, desenhos computadorizados etc. Tal processo, associado à rápida expansão da globalização, gerou o que chamamos hoje de Reestruturação Produtiva. Esta, resulta em novas configurações de organização social, financeira e trabalhista como a

incorporação da microeletrônica e da informática nos processos de trabalho, a especialização da produção e a flexibilidade aos desejos do consumidor em relação ao produto, a mundialização da produção, a financeirização da economia, entre outras (RIGOTTO, 1999).

Observamos o surgimento de novas modalidades de trabalho, como o autônomo, parcial, temporário, domiciliar, alterando as relações trabalhistas. Contudo, ficamos frente a frente com o desemprego estrutural e com um conjunto de mudanças e de forças 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 e a terceirização, gerando a flexibilização dos contratos, reduzindo os vínculos empregatícios e direitos trabalhistas.

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 a amplitude de informações e exigências da modernidade.

Com a flexibilização dos mercados, do trabalho e dos modos de vida, novos modelos de subjetivação entram em cena, mais uma vez, com vetores de força predominantemente dirigidos do escopo macrossocial para o individual. Em razão de tais aspectos, o trabalho se tornou o principal ponto de valor na modernidade, já que é o que permite “dar forma ao uniforme e duração ao transitório.” (BAUMAN, 2001, p.157). Porém, à medida que se requisita aos corpos a participação no mundo do trabalho indefinidamente, uma reserva crescente é mantida fora da possibilidade do objeto, cada vez mais raro, chamado emprego. É um imperativo na modernidade ser subjetivado pelo trabalho.

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 (SENNETT, 2007). E tais aspectos geram efeitos na saúde dos trabalhadores. O trabalho tornou-se um aspecto central na vida do homem moderno, adquirindo uma visão utilitarista, na medida em que é visto como um dever, uma condição primordial para se viver. O sujeito só é socialmente reconhecido se tiver uma atividade laboral cotidiana, o que resulta, segundo Sato e Schmidt (2004, p.366), nas

“experiências de desenraizamento, solidão, desamparo e desespero” face à situação de desemprego.

É nesse contexto socioeconômico que se formulam políticas e práticas referentes à chamada saúde do trabalhador. Seja pela via da objetivação dos danos a 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”. Entretanto, como se verá a seguir, tais condições podem se distanciar significativamente da perspectiva dos “agentes” do trabalho, ou seja, dos homens e mulheres singulares que atuam no cotidiano de trabalho. Essas perspectivas põem em choque, com alguma frequência, a orientação das políticas de saúde do trabalhador e das diretrizes para a produção de saúde das pessoas no contexto dos sistemas e serviços de saúde.

2. A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM O TRABALHO: ASPECTOS BIOPOLÍTICOS E POSSÍVEIS POTÊNCIAS

A temática do cuidado em saúde se faz essencial para podemos propor questões relativas a outras formas de atuação na gestão da saúde que ultrapassem os modelos vigentes, principalmente no que concerne o desenvolvimento da saúde no campo do trabalho. Partindo da ideia já apresentada anteriormente de que há um avanço conceitual importante no tema do cuidado, em sua formulação contemporânea, na direção oposta àquela representada pelos vetores de força predominantes nas descrições feitas até aqui sobre a saúde do trabalhador, a construção intelectual desta dissertação buscará uma análise descritiva desse contexto com o objetivo de inventariar tensões e potencialidades instituintes.

Nas produções recentes sobre o cuidado, verifica-se um movimento para compreender a saúde como parte de um processo histórico-social em que os sujeitos encenam outros modos de cuidado / processos de subjetivação articulados a diversas racionalidades da área que comportem a complexidade de cada ser. Esse movimento articula-se, ao menos potencialmente, com as formas de cuidado em saúde do trabalhador.

2.1 O CUIDADO EM SAÚDE

A noção de cuidado em saúde nos parece, em parte, um processo subjetivo tão habitual ao cotidiano das relações que tente a naturalização. Entretanto, tendo por base as compreensões teóricas já expostas anteriormente, todo conceito/noção pressupõe uma construção histórica e socialmente delineada, principalmente quando pontuamos o debate sobre o cuidado em saúde, o que coloca à produção intelectual o desafio de problematizar esses conceitos.

O termo cuidado é proveniente do latim *cogitatum* que designa pensamento, exame, reflexão. Contudo, ao longo da história da humanidade, tal noção foi ganhando o caráter de ação, aproximando-se do campo da prática.

Sousa Filho (2008) discute a compreensão de cuidado para Michel Foucault, tema em que o filósofo francês se deteve mais extensivamente ao final de sua produção teórica. Uma vez inseridas as questões do disciplinamento e do biopoder, como pensar nas

possibilidades de liberdade? Onde estariam as lutas pontuais e as estratégias de resistência? Foucault acredita que, na verdade, não era o biopoder que permeava os processos de assujeitamento, mas a liberdade que olhava o poder. Nesse sentido, as estratégias de resistência se configuram no cuidado de si. Ou, segundo Sousa Filho (2008, p.15), nas “éticas do cuidado de si como práticas de liberdade”.

Tantas horas consumidas em pesquisa sobre o poder, sobre o adestramento dos corpos, sobre a disciplina, o enclausuramento, a sujeição etc., não seriam por uma identificação de Foucault com seu próprio objeto [...], mas por um projeto interrompido, inacabado: projeto da Crítica, dos *ensaios* da Crítica, das atitudes críticas, voltadas para uma *micropolítica das resistências* [...] (SOUSA FILHO, 2008, p.15-16, grifos do autor.).

Desse modo, podemos pensar o cuidado de si como práticas de liberdade que contrapõem os dispositivos de biopoder. Assim, podemos pensar a positividade do poder como produtora de resistências. Ou seja, o cuidado de si delineia uma potência de experiências que formula nossos modos de andar a vida, nossos modos de construí-la em correlações de força, em suma, que formula uma *arte do cuidado de si*.

Essa compreensão de cuidado nos auxilia a pensar o cuidado em saúde como estéticas de existência em que vão inserir diferentes modos de agir nas práticas de saúde, principalmente quando pensamos em políticas públicas na gestão do cuidado.

Nesse sentido, o cuidado em saúde compõe diversos modos de ser / andar a vida, atrelados aos contextos histórico-sociais em que os sujeitos se inserem e às estratégias de resistência que compõe suas ações, discursos e práticas. Podemos pensar em um rigor ético-estético-político nas práticas de saúde que englobam o estranhamento das práticas naturalizadas e normatizadoras (ética), a transformação das práticas terapêuticas em vínculos com o outro (estética) e a constante luta contra a homogeneização e o disciplinamento dos processos de saúde (política) (FERLA, 2007).

As teorias contemporâneas provocam esse olhar nas práticas médicas e nos serviços de saúde, entretanto, percebe-se que a racionalidade médica contemporânea ainda está permeada por uma visão tecnicista e focada em procedimentos. A vigência do cotidiano não responde integralmente às provocações das teorias, mas já se vislumbra, em alguns lugares, a quebra desse padrão ainda hegemônico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a saúde compreende “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, conceito difundido desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983.

Entretanto, tal conceito recebe diversas críticas por descrever um ideal de saúde praticamente impossível de ser alcançado, seja pelo seu grau de idealização ou mesmo pela heterogeneidade das condições que configuram a saúde das pessoas. A forma como o conceito foi formulado traz a problemática da noção de “saúde” como estado inatingível, permeando aspectos que vigoram nos discursos sobre os estilos de vida saudável, em que o sujeito deve buscar o bem-estar em todos os níveis de sua existência (físico, mental, espiritual e social).

Dejours, Dessors e Desrioux (1993) criticam o conceito da OMS, considerando-o uma verdadeira ficção, pois defendem a inexistência de um equilíbrio perfeito no ser humano ao se considerar três áreas do conhecimento: a fisiologia, a psicossomática e a psicopatologia do trabalho (atualmente denominada de psicodinâmica do trabalho). No âmbito da Fisiologia, nenhum organismo é invariavelmente estável, uma vez que diferentes níveis de medições orgânicas oscilam durante a vida, ou mesmo, ao longo do dia como a pressão arterial e a concentração de açúcar no sangue; tampouco se pode dizer que diferentes indivíduos tenham padrões possíveis de serem igualados, mesmo considerando apenas as questões fisiológicas. Já no âmbito da Psicossomática, sabemos que diversos sofrimentos psíquicos se manifestam em nível orgânico, mesmo sem ter causas definidas conforme o cânone da medicina tradicional. Ou seja, o sujeito encontra outros meios para lidar com seu sofrimento pela via de “adoecimentos” que tampouco respondem a padrões idênticos para todos os indivíduos. Para a Psicodinâmica do Trabalho, a terceira área do conhecimento abordada pelos autores, o estado completo de bem-estar é impossível, uma vez que o sujeito no seu contexto laboral precisa lidar com pressões e sofrimentos que cerceiam o seu desejo, levando-o a desenvolver estratégias defensivas¹ de enfrentamento. Também nessa perspectiva, os indivíduos diferem entre si no modo de lidar e expressar sua reação ao contexto em que estão inseridos.

Segre e Ferraz (1997) apresentam a mesma crítica à noção de saúde proposta pela OMS, considerando-a uma impossibilidade e uma anulação da subjetividade do ser humano:

Não se deseja enfocar o subjetivismo que tanto a expressão "perfeição", como "bem-estar" trazem em seu bojo. Mas, ainda que se recorra a conceitos "externos" de avaliação (é assim que se trabalha em Saúde Coletiva), a "perfeição" não é definível. Se se trabalhar com um referencial "objetivista", isto é, com uma avaliação do grau de perfeição, bem-estar ou felicidade de um sujeito externa a ele próprio, estar-se-á automaticamente elevando os termos perfeição, bem-estar ou felicidade a categorias que existem por si mesmas e não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima do sujeito. Só poder-se-ia, assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse (SEGRE & FERRAZ, 1997, p.539).

¹ Estratégia defensiva é um conceito desenvolvido por Christophe Dejours que compreende mecanismos coletivos de enfrentamento a situações que geram sofrimento psíquico nos trabalhadores.

Considerar a saúde como um completo bem-estar em todos os níveis do ser humano é, portanto, uma busca impossível e irrealizável, e no contexto das referências desta pesquisa, também indesejável já que para isso seriam criados padrões generalizantes sobre os indivíduos. A compreensão de saúde presente no discurso da OMS inviabiliza a construção de outros modos de ser do sujeito, reduzindo-o a um olhar universalista e generalizante, o que acarreta a busca por uma saúde perfeita, por um “estilo de vida saudável”.

Segundo Luz (2007), estamos vivendo um momento de crise da saúde. A autora acredita que um dos fatores que tem gerado intensos problemas na questão da saúde na América Latina é a intensificação da desigualdade social, decorrente dos interesses políticos e econômicos em torno do neoliberalismo crescente no mundo. Isso resulta numa crise sanitária que tem efeitos na saúde mental dos trabalhadores. A transformação dos processos de trabalho e dos modos de produção resultantes da chamada reestruturação produtiva são causadores de tais problemas, pois permeiam a mudança dos padrões culturais que vigoram, na atualidade, em torno da valorização da individualidade, do consumismo e do hedonismo, gerando uma degradação das relações humanas. Essas transformações repercutem na compreensão do que é saúde, promovendo uma supervalorização desses “padrões culturais”.

Partindo desse cenário político, a autora afirma que a medicina passa por uma crise por não conseguir conceber o sujeito/usuário em sua complexidade. No âmbito do cuidado em saúde, vigora uma assistência centrada em um órgão, organismo, ou, segundo a autora, numa “ciência da doença” (p.46). Nesse sentido, Luz (2007) compreende que a crise da medicina ocorre em torno de sete planos:

- 1) no plano institucional – as políticas de saúde se realizam direcionadas para um planejamento assistencialista focado nas populações de baixa renda;
- 2) no plano ético – a degradação das relações médico-paciente, na medida em que ocorre uma objetivação do paciente como consumidor de planos e procedimentos médicos;
- 3) no plano da eficácia médica – a decadência do cuidado terapêutico;
- 4) no plano bioético – o enorme crescimento dos estudos genéticos, resultou num olhar microanalítico em detrimento do sujeito em sua complexidade;
- 5) no plano corporativo – em função da forte competitividade entre profissionais de mesma área ou das demais profissões em saúde;
- 6) no plano pedagógico e da formação de profissionais em saúde – na medida em que não há uma educação/formação voltada para aspectos dos processos de

saúde-doença peculiares às características do Brasil, condizente com a diversidade regional;

- 7) no plano das Racionalidades Médicas, de maior destaque para a autora – uma vez que, na atualidade, a medicina está completamente afastada da totalidade e da subjetividade do humano, pois se encontra focada nas análises diagnósticas.

Além desses planos de análise, Luz (2007) acredita que o próprio planejamento em saúde acaba abarcado pela crise na medicina, resultando em um problema gerencial:

Neste caso, a “irracionalidade da medicina” resume-se a um problema puramente gerencial, ou, no máximo, de políticas públicas adequadas que é necessário adotar, controlar, avaliar (LUZ, 2007, p.47).

Essa necessidade de controle e avaliação é gerada pelas porosidades inseridas pelo usuário na rede de relações existentes na composição do cuidado. O usuário insere outros olhares, permeados pelo seu processo de subjetivação², que promovem redes de conflitos, lutas e embates no campo de atuação dos profissionais da saúde (LUZ, 2007; MERHY, 2005). Se o campo de atuação profissional dos cursos da saúde compreende, *a priori*, o usuário como seu objeto de poder, este inverte essa lógica ao provocar necessidades que vão para além do corpo biológico, mas que permeiam a potencialidade do simbólico. Segundo Merhy (2005), os usuários inserem porosidades que vão atravessar o referencial tecnológico e simbólico da atuação em saúde, trazendo uma desterritorialização das profissões desse campo.

Olhar para o dia a dia, no mundo do trabalho, e poder ver os modos como se engravidam as palavras com os atos produtivos, tornando esse processo objeto da nossa própria curiosidade, vendo-nos como seus fabricantes e podendo dialogar no próprio espaço do trabalho, com todos os outros que ali estão, não é só um desafio, mas uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado (MERHY, 2005, p.04).

Assim, a produção de um ato de saúde se estabelece no comprometimento com seus efeitos e processos de ação. Ou seja, deve ter como foco o cuidado, partindo das

² Processo de subjetivação, partindo das compreensões teóricas de Michel Foucault, envolve a criação de novas formas de vida, a partir da relação entre subjetividade e verdade. A verdade é construída, partir de discursos que formulam modos de ser nos indivíduos, pois se instituem padrões de comportamento que deve ser “socialmente aceitos”. Deste modo, este processo é composto pelas verdades históricas, sociais e culturais construídas e pregadas no cotidiano da vida. Porém, este processo envolve também as potências criativas do sujeito em produzir outros novos modos de ser, a partir das relações pulsantes no cotidiano do viver.

particularidades/especificidades do usuário. O ato de cuidar não deve ser centrado na cura, mas na produção do cuidado:

Deste modo, no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar (MERHY, 2007, p.117.)

Entretanto, dependendo do paradigma utilizado nas ações de saúde, tal cuidado se transforma em um ato tecnológico centrado em procedimentos, fragmentando o usuário, que se torna um objeto sem qualquer subjetividade, reduzido ao fazer profissional dentro de seu regime de verdade. Este modelo tem sido hegemônico no Brasil atualmente.

Desta forma, na ausência de uma atenção em saúde que comporte os processos de subjetivação e a complexidade de cada ser, desenvolvem-se “outras racionalidades em saúde” (LUZ, 2007, p.49), fazendo com que as pessoas recorram a outras estratégias como a medicina popular ou a religião. A isso se deve o exponencial crescimento das medicinas alternativas desde o final da década de 1960.

2.2 UM OLHAR SOBRE OUTRAS RACIONALIDADES EM SAÚDE

Podemos observar diversas possibilidades de cuidado que mesclam questões religiosas, biomedicina e mitos culturais. Na região amazônica, por exemplo, Maués (2008) expõe a existência de diferentes formas de “curas espirituais” pautadas nos modelos da renovação carismática, da pajelança amazônica e da biomedicina. Ele cita que, mesmo nas áreas chamadas “científicas”, perpassam questões que envolvem a relação com divindades. Nos hospitais de Belém do Pará, é possível encontrar diversos símbolos religiosos, bem como um médico que diz operar com a ajuda de um espírito.

Além disso, as pessoas da região também buscam sua cura (sua estratégia de cuidado em saúde, o seu itinerário de cuidados) em locais onde há ritos de manifestação de “espíritos encantados”, que incorporam em curadores ou pajés, os responsáveis pela cura do sujeito adoecido. Esses “rituais de cura” dependem de alguns materiais para o seu processo, que envolve comida, animais e/ou ervas, e são geralmente providenciados pelo próprio guia espiritual ou por familiares do doente. Essa forma de ritualização da cura não é somente observada nos ritos caboclos, mas também em vertentes da Igreja Católica, como a Renovação Carismática Católica (RCC). Assim como ocorria antes da expansão científica da

medicina, as pessoas adoecidas ou seus familiares procuram as capelas em busca de cura por meio da purificação espiritual, concedida por um ministro da cura que, erguendo as mãos sobre o fiel acometido de doença, ministra a entoação de cantos e orações coletivas intercaladas pela leitura de textos bíblicos, visando seu restabelecimento.

Buchillet (2000) também discute a questão dos tipos de tratamento para a tuberculose utilizados por grupos indígenas amazônicos, apontando a diversidade de técnicas e crenças que permeiam o cuidado com o corpo e o adoecimento.

Contrariamente a opinião médica frequentemente emitida que atribui única ou principalmente o fracasso do tratamento à “obstinação”, desobediência, ignorância, má vontade, fraca motivação, superstição, irresponsabilidade ou a outros traços peculiares dos doentes, pesquisas em antropologia da saúde voltadas para os aspectos socioculturais ligados à questão da tuberculose mostraram que pacientes voluntária e antagonicamente não observantes constituem exceção e não a regra (BUCHILLET, 2000, p.05).

A autora traz como exemplo a relação que os índios Desana de regiões do Alto e Médio Rio Negro possuem com a tuberculose, uma vez que os mesmos acreditam não poder adoecer mais de uma vez do mesmo mal. Assim, quando a tuberculose retorna, eles acreditam padecer de outra doença, necessitando então de novo tratamento. Isso, por vezes, dificulta a relação com as explicações médicas ocidentais, pois os índios não acreditam que lhes será útil permanecer com o tratamento utilizado anteriormente.

Assim, podemos observar que as relações que as pessoas estabelecem com seu processo de saúde/doença são peculiares ao processo histórico e cultural. Nesse sentido, observamos a importância de se considerar tais particularidades, principalmente quando vamos pensar o cuidado em saúde dessas populações. Ou seja, temos que desnaturalizar conceitos empregados como normais ou padrão, relativos ao que é saúde ou doença. Assim, para pensarmos as práticas nos serviços de saúde e nas políticas públicas, torna-se essencial considerar tais questões. Diversos aspectos podem ser considerados, por exemplo, as relações que as pessoas estabelecem com alimentos ou animais.

É interessante citar o estudo que Maués e Motta-Maués (1978) desenvolveram sobre as crenças populares acerca da alimentação em uma comunidade amazônica de Itapuá, no Pará, em que há classificações quanto aos tipos de alimento que podem causar males, denominados “reimosos”. Nessa comunidade, não somente são classificados os alimentos “reimosos”, mas também os “mansos”, os quais não são prejudiciais a saúde. Porém, para um alimento ser “reimoso” ou “manso”, não somente o alimento em si deve ser considerado, mas o estado da pessoa que o consome e a forma em que é preparado.

Além disso, pensar na saúde também permeia as crenças quanto aos tipos de adoecimento e a forma como se desenvolveram. Figueiredo (1994) aponta que alguns segmentos da população amazônica apresentam diferenciações em relação ao adoecimento, divididas em doenças naturais e não naturais. Entre as doenças naturais, podem ser enquadradas as doenças “da natureza” (que envolvem uma predisposição do sujeito, como loucura, epilepsia), “de qualidade” (que alteram o estado da pessoa, como a caquexia), “encostadas” (adquiridas por contato com outras pessoas, como viroses, dermatoses), “do tempo” (em função de mudanças climáticas, tosse, verrugas etc.), “do mundo” (decorrente de contato sexual, como as doenças venéreas) e as naturais propriamente ditas, como sarampo, coqueluche, papeira etc. Dentre as doenças não naturais, são englobadas as doenças “provocadas” (resultante de inveja, ciúme, mau-olhado, quebra de tabus religiosos) e as “não provocadas” (decorrente de excesso de olhar, como quebranto, calundu).

Maués (1990) expõe outros estudos em que também podemos observar essa diferenciação. Na comunidade de Itapuá, as doenças estão relacionadas a tudo que envolve sofrimento, distinguindo-se pelos processos pelos quais se estabelecem e a parte do corpo que atingem:

Pelo fato de que a doença faz a pessoa sofrer, o termo é muitas vezes usado aparentemente como sinônimo de doença, mas se tratam na realidade de duas categorias distintas, embora relacionadas, pois *doença* é um tipo de sofrimento, assim como raiva, paixão e desgosto também são. O itapuaense distingue esses tipos de sofrimento tomando como critério a parte do ser humano que é atingida, pois, enquanto doença atinge a “matéria”, os outros tipos atingem o “espírito” (MAUÉS, 1990, p.36, grifos do autor).

Com isso, observamos diversas estratégias de cuidado em saúde que denotam as tecnologias de cuidado existentes entre os sujeitos. A biomedicina, apesar de tentar, não resume a busca por saúde entre as pessoas. Tais exemplos demonstram a autonomia do sujeito em prol de seu cuidado, que está relacionado com suas crenças e desejos. Em outras palavras, cada um produz seu cuidado a partir de suas experiências, afirmando sua liberdade, criando estratégias de resistência frente à normatização advinda do modelo biomédico ocidental clássico.

É nesse sentido que Luz (2007) propõe o desenvolvimento de três outras racionalidades decorrentes da importação de antigos modelos de medicina como o oriental, o indígena e o afro-americano. Tal importação de racionalidades não está presente apenas em comunidades mais afastadas, sendo visível inclusive no cotidiano da vida urbana:

O grande desenvolvimento, nos centros urbanos, de farmácias e lojas de produtos naturalísticos tradicionais ou recentes; reaparecimento em feiras populares urbanas do “herveiro” (vendedor de plantas medicinais) como agente de cura, e aparecimento, no noticiário da grande imprensa escrita e televisiva, de reportagens frequentes sobre os efeitos curativos de terapias ou práticas terapêuticas não convencionais, denotando aumento da procura delas por um número significativo de pessoas (LUZ, 2007, p.52).

A biomedicina, nesse cenário, busca reafirmar-se perante essas *outras racionalidades*. Laplantine (2004) afirma que se construiu em torno do discurso da medicina ocidental uma verdadeira “fé médica”, a qual tenta inserir na população a compreensão de que a medicina pode ser a salvadora dos males e doenças, assegurando a cura em vida. Nesse sentido, ele acredita que a medicina desenvolve um discurso fundamentalista tão forte quanto o das religiões:

A crença em um progresso infinito que levará o ser humano à saúde absoluta, através da eliminação gradual de todas as doenças da cidade, por fim totalmente medicalizada, fundamenta-se em uma esperança messiânica que promete, ao mesmo tempo, mais e menos que as grandes religiões. Mais, porque a medicina contemporânea é tão religiosa quanto as religiões que se apresentam como tais; ela não mais se contenta com anunciar a salvação após a morte, mas afirma que esta pode ser realizada em vida (LAPLANTINE, 2004, p.241).

Observamos, então, que a biomedicina buscando um controle maior da saúde da população, desenvolve tecnologias de **gestão do cuidado em saúde**.

2.3 A GESTÃO DO CUIDADO E A INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Para Ferla (2007), a gestão do cuidado em saúde atual está pautada em dois paradigmas: a **medicalização** (p.78), baseada na medicina ocidental moderna, racional e com forte caráter instrumental, e centrada nos procedimentos (modelo médico hegemônico) e a **integralidade com equidade** (p.91), que busca um modelo mais democrático, centralizado no usuário, considerando suas diversas dimensões de atenção (biopsicossocial, cultural e espiritual) e ações em serviços (integralidade), além da garantia dos direitos sociais plenos, com acesso igual a todos (equidade).

Apesar da existência de dois paradigmas de gestão do cuidado, há uma evidente hegemonia do primeiro sobre o segundo. O que caracteriza, então, esse modelo médico hegemônico? Para Merhy (2002), esse modelo se configura por estar centralizado na figura do médico e em diagnósticos baseados na vasta utilização de tecnologias de ponta, resultando num trabalho em saúde compartimentalizado. A intensa utilização de equipamentos de

tecnologia avançada configura, para a autora, uma reestruturação produtiva no setor decorrente da crescente presença do capital financeiro na saúde, envolta pelo processo de globalização, desenvolvimento neoliberal e monetarização da saúde (assistência médica privada em busca de clientela consumidora, por exemplo). Isso gerou uma gestão do cuidado em saúde permeada por processos relacionais cada vez mais distanciados da díade trabalhador de saúde e usuário. O cuidado em saúde no modelo médico hegemônico permanece em tecnologias duras, fortemente desarticulado dos processos de subjetivação do usuário em foco, substituindo “a microdecisão clínica pela administrativa” (MERHY, 2002, p.34). A repercussão disso é a decadência da saúde, uma vez que a mesma perde seu caráter cuidador³ e torna-se uma estratégia biopolítica⁴.

Se deslocarmos tal discussão para uma retrospectiva histórica dos processos de gestão da saúde no desenvolvimento de políticas públicas, podemos analisar a construção da medicina social a partir de Foucault (1979b).

Entre os séculos XVIII e XIX configuram-se algumas mudanças nas dimensões coletivas das atividades médicas, principalmente no âmbito social. Com o forte desenvolvimento do capitalismo nesse período (1ª Revolução Industrial), as estratégias de controle sobre os sujeitos passaram do campo do suplício para o campo do biológico, ou seja, a disciplinarização dos corpos (FOUCAULT, 1979b; 1987). Observa-se uma mudança não somente no valor do trabalho, mas também nos mecanismos atrelados a tal processo.

A partir dessas transformações, alguns movimentos surgem na Europa em torno de demandas específicas de gestão da saúde pública em alguns países. Foucault (1979b) delimita três etapas.

Na Alemanha, há o desenvolvimento do que Foucault denominou de *medicina de Estado*, constituindo uma polícia médica, que regula a melhoria do nível de saúde, por meio do aumento da complexidade na observação dos dados de saúde, da normalização da prática e do saber médico, do controle administrativo da prática médica em conselhos e da inserção dos médicos enquanto supervisores da saúde. Assim, formula-se um controle político dos sujeitos em que o corpo releva-se como parte do poderio do Estado.

Na França, há a construção de uma medicina de caráter sanitarista, denominada por Foucault (1979b) de *medicina urbana*. Em decorrência da grande desorganização e

³ Considero que o caráter cuidador da saúde perfaz um referente simbólico, uma vez que o ato do trabalho não é meramente um produto, mas ato permeado de simbolismo do cuidado que se advoga a ele – encontro de sujeitos, de poderes, de fazeres e de saberes.

⁴ A biopolítica, segundo Michel Foucault (2000), envolve estratégias de governo das populações pautadas na regulação dos processos de vida e morte, saúde e doença, ou seja, na higienização e medicalização da sociedade.

desagregação territorial da França, principalmente em Paris, a ação governamental busca uma unificação do poder urbano, tanto por questões econômicas como por questões políticas. Havia um forte quadro endêmico decorrente da não organização dos mortos. Formula-se, para essa questão, a política de quarentena, em que ocorre: 1) o controle da movimentação dos corpos; 2) o esquadramento da cidade em bairros; 3) o registro da movimentação dos sujeitos; 4) a política de revista exaustiva (exame) e 4) a prática de desinfecção. Desenvolve-se, portanto, uma higiene pública pela análise minuciosa da cidade, que levará ao controle da água e do ar, da individualização dos mortos em cemitérios e da distribuição do solo. Com isso, se observa a medicalização da cidade.

Na Inglaterra, verifica-se uma medicina pautada na assistência aos pobres, a chamada *medicina da força de trabalho* (FOUCAULT, 1979b). Uma vez que se modificam as relações de trabalho na Inglaterra pela institucionalização de serviços antes prestados pelos pobres e com o medo de revoltas políticas e proliferação da cólera, regulamenta-se a Lei dos Pobres em prol de uma assistência controlada de sua sanitização para proteção dos ricos. Isso ocorre por meio do controle médico da população no desenvolvimento de serviços de saúde gratuitos (*health services / health officers*) em torno de procedimentos de vacinação, registro de endemias e focos de insalubridade. Apesar da resistência popular, a medicina se institucionaliza como estratégia de governo do corpo dos pobres para torná-los aptos ao trabalho e menos “perigosos” aos ricos.

Nesse sentido, podemos observar relações com as políticas públicas desenvolvidas atualmente no Brasil. Para Ferla, Oliveira e Lemos (2008), as análises históricas de Michel Foucault permitem compreender o modo de organização da atenção à saúde em torno de um projeto de sociedade disciplinar. Os modos de gestão da saúde estão pautados nos dispositivos que delineiam mecanismos disciplinares dos corpos e na medicalização da sociedade, mas suscitam enfrentamento das tensões nos modos de andar a vida, no cotidiano das relações, gerando resistências, pois, segundo Foucault (1988, p.91), “lá onde há poder há resistência”. É sob essa perspectiva que analisaremos o processo de organização da atenção à saúde no contexto brasileiro, pensando nos novos olhares para a gestão do cuidado, dos quais falaremos mais à frente.

Assim, não somente devemos analisar a construção de políticas de saúde delineadas em torno de aspectos biopolíticos, ou seja, em torno de tecnologias de poder no governo da vida da população, mas também como formas de assegurar a gestão da força de trabalho na construção da saúde no trabalho baseadas em relações de causalidade, prevenção e polícia médica.

Relacionando aos modelos de gestão da saúde no Brasil, Noronha, Lima e Machado (2008) acreditam que o atual sistema de saúde no Brasil – Sistema Único de Saúde, o SUS⁵ – ampliou o direito à saúde, além de ter instituído o papel do Estado como responsável pela garantia de tratamento a toda população. Entretanto, apesar do avanço, ainda encontramos deficiências na operacionalização do sistema, delimitados pelo confronto em romper com o modelo assistencial privatista, isso é, dos dispositivos de regulação ligados a processos neoliberais.

Além desses aspectos, observa-se uma distribuição regional administrativa, na qual se atribuem parâmetros para a realização dos serviços e tecnologias de saúde que partem do nível básico ao mais complexo/especializado. Assim, o desenvolvimento de políticas de saúde deve ocorrer também setorizado. Isso coloca a importância de uma gestão em saúde articulada e integrada tanto no nível das instituições quanto entre os níveis do Poder Público.

Entretanto, Merhy (2002) acredita que para repensarmos novas formas de gestão é necessário compreender o terreno das disputas que vigoram no país entre relações de Estado e grandes corporações privadas, levando ao gerenciamento do cuidado focado no capital financeiro, o que repercute na criação de políticas sociais pouco efetivas. Para isso, é preciso analisar o contexto das organizações de saúde.

Nessa disputa, põe-se em xeque um certo “saber-fazer” em organizações, cujas missões são definidas por serem lugares de construção de uma determinada política social setorial (a saúde), lugares de produção e lugares de trabalho em saúde, buscando-se certos modos de operar em situações organizacionais que põem em jogo o que já se produziu de tecnologias gestoras para governar serviços de saúde e processos produtivos (MERHY, 2002, p. 38).

Desse modo, devemos pensar novos modos de gestão do cuidado em saúde que criem estratégias de gestão anti-hegemônicas. A gestão do cuidado em saúde deve ser delineada por uma complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, pautada no desenvolvimento de uma maior autonomia ao usuário (*arte do cuidado de si*). Entretanto, esses processos de produção do cuidado vigoram em tensões entre a centralidade dos procedimentos *versus* a saúde dos usuários (MERHY, 1999).

Ceccim e Ferla (2009) colocam que a gestão do cuidado em saúde deve propiciar a qualidade de vida, rompendo com o paradigma curativo-preventivo da medicina ocidental

⁵ O SUS é o sistema de saúde implementado no Brasil em 1990, que tornou a saúde um direito a ser garantido a todos os cidadãos brasileiros, baseado na universalidade de acesso, igualdade e integralidade de assistência, participação popular decisória e fiscalizadora e descentralização político-administrativa. O debate sobre a construção e formulação do SUS será apresentado no capítulo seguinte, frente ao seu desenvolvimento concomitante com as políticas de saúde direcionadas ao trabalho.

clássica. A saúde deve estar colada às especificidades da subjetividade de cada um, sobrepondo qualquer modelo técnico-assistencial fechado, ou seja, uma “saúde como expressão do andar da vida” (p.446).

Ferla (2007) considera que a questão da integralidade é um dos aspectos principais do SUS para a inserção de um novo olhar em saúde dentro das políticas públicas no Brasil, uma vez que permeia a possibilidade de atenção integral, compreendendo o sujeito/usuário em sua complexidade e como centro da atenção na assistência, quebrando um viés centrado nos procedimentos focados em órgãos/partes do ser humano. Spink (2007) insere-se esta discussão focando na importância das relações saúde/doença serem consideradas “em contexto” (p.19), em torno de todas as necessidades do usuário. Para a autora, a saúde deve ser “entendida como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos” (p.20), em todos os níveis de complexidade. Porém, Spink (2007) pontua as dificuldades referentes às situações cotidianas, considerando as diversas demandas existentes na aplicabilidade do conceito.

Nesse sentido, Mattos (2004) corrobora com Spink quando questiona a extensão da integralidade no cotidiano das atividades do SUS. Primeiramente, por ser uma prática relativamente nova (uma vez que as próprias diretrizes do SUS têm cerca de dez anos de regulamentação), o autor acredita que a integralidade se tornou uma “imagem-objeto” do SUS, sem sequer ser compreendido seu processo.

Então, o que é integralidade? Mattos (2004) afirma que vigoram três sentidos do termo. Primeiro, entende-se integralidade como as características de políticas de saúde, sendo, assim, uma forma de articular ações de cunho preventivo à assistência. Um segundo entendimento envolve a integralidade como forma de organização dos serviços de saúde, no sentido de “integrar” (como o próprio termo coloca) diferentes setores da rede de serviços de um município/estado/país. A terceira compreensão seria a integralidade como atributos das práticas de saúde, ou seja, seria a forma de cuidado em saúde. Esta última compreensão seria a de maior relação com as possibilidades de visibilidade nas ações cotidianas na saúde e também a de maior importância, embora esteja diretamente inserida com a forma de organização dos serviços.

Entretanto, um ponto importante é o de que, mesmo se valorizando seu formato de atuação, a integralidade ainda é uma das diretrizes menos visíveis no SUS, segundo Mattos (2004). Focaliza-se a somatória entre prevenção + promoção + proteção + recuperação direcionada à atenção básica de saúde, mas como estratégia de acesso a todos os níveis do sistema, quando o que se quer é que “haja uma apreensão ampliada das necessidades de

saúde” (p.1413). Com isso, a integralidade está na construção de um projeto terapêutico com o usuário, de acordo com o seu modo de andar a vida e de compreender o que é saúde para ele.

[...] não se trata de simplesmente desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Há de se compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas. Há que se adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro (MATTOS, 2004, p. 1413).

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 (onde se encontram as organizações de saúde). Assim, as práticas cotidianas seriam pautadas na integralidade. E como isso se daria? Segundo Merhy, Franco e Magalhães Júnior (2004), a integralidade se dá no exercício da clínica como atos de fala, escuta, “onde o diagnóstico ganha dimensão de cuidado” (p.03). Dessa forma, a integralidade começa pela reorganização dos processos de trabalho na atenção básica dos serviços, numa nova lógica de produção do cuidado:

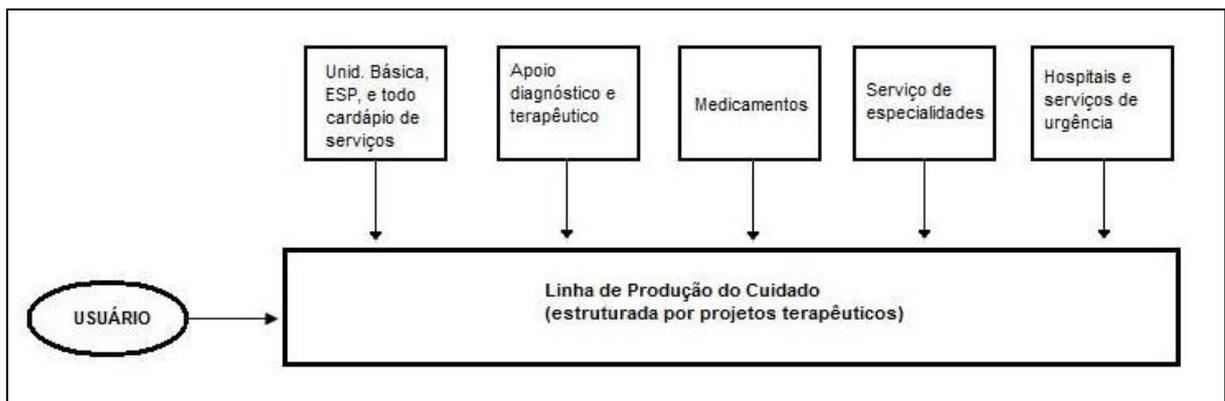


Diagrama 1: Funcionamento de uma linha de cuidado na rede de assistência integral.

Fonte: MERHY, FRANCO e MAGALHÃES J.R., 2004.

Essa nova lógica traz assistência multiprofissional, acolhimento, vinculação e responsabilização da equipe pelo cuidado do usuário em todos os níveis.

Mas como articular tal lógica com o campo da saúde no trabalho? Um exemplo concreto que temos é a estrutura desenvolvida no Grupo Hospitalar Conceição – GHC⁶ em Porto Alegre/RS, na qual apresenta a organização do serviço em oito linhas de cuidado: Mãe-bebê; Queimados; Neurocirurgia; Dor torácica; Trauma do idoso; DST/AIDS; Saúde Mental e Saúde do Trabalhador.

As ações são desenvolvidas tendo as necessidades do usuário como o aspecto central para seu fluxo de atendimento e assistência, articulando todos os níveis de atenção integral. Dessa forma, a linha de cuidado em Saúde do Trabalhador demonstra uma possibilidade da integralidade nesse campo. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do GHC atende todos os trabalhadores do complexo em atendimentos ambulatoriais, urgência, atendimento especializado, realização de exames, internação, observação, acompanhamento, readaptação, atenção à saúde da mulher e acompanhamento dos trabalhadores em benefício. Essa linha de cuidado é delineada a partir dos nós-críticos (principais demandas) levantados pela gestão em relação aos trabalhadores, ainda bem concentradas em problemas biológicos como atendimento em ginecologia e traumatologia. Porém, a atenção aos trabalhadores do GHC centra-se não somente nos atendimentos ambulatoriais e realização de exames e cirurgias, mas também na atuação de seis equipes de referência, compostas por diferentes profissionais de saúde e engenharia, responsáveis pelo acompanhamento e avaliação dos ambientes de trabalho e pela escuta da demanda dos trabalhadores, realizando visitas frequentes aos setores, descentralizando o atendimento do setor ambulatorial.

Mas de que forma as políticas públicas de saúde no Brasil apresentam uma atenção 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? Eis algumas das questões que debateremos a seguir.

⁶ O Grupo Hospitalar Conceição é composto por um complexo de 4 unidades hospitalares (Hospital Conceição, Hospital Fêmea, Hospital da Criança, Hospital Cristo Redentor) e 12 unidades básicas de saúde comunitária da região metropolitana de Porto Alegre/RS.

3. A SAÚDE DO TRABALHADOR: UM CAMPO EM DESENVOLVIMENTO

A relação entre saúde e trabalho surge principalmente com as questões econômicas suscitadas na 1ª Revolução Industrial, no século XIX. Um novo quadro social emerge em função do novo tipo de trabalho: o trabalho industrial. Com o crescimento industrial e a necessidade de mão de obra, a população começa a sair do espaço rural para investir nas oportunidades dentro das indústrias. Isso gera mudanças nos padrões sociais e na própria articulação na relação com as atividades de produção. Era necessário um grande contingente de trabalhadores para dar conta da nova atuação, porém com pouco conhecimento acerca do maquinário existente. Tal processo começou a gerar um grande número de acidentes, mutilações, ocorrendo até mortes pela precária relação entre trabalhadores e máquinas. Além disso, a própria estrutura e ambientação das fábricas eram degradantes.

Para que a produção não fosse afetada, o que geraria uma queda no lucro da fábrica, começam a surgir meios para afastar ou eliminar adoecimentos e acidentes nesse contexto. 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. Além disso, a dificuldade de diagnóstico e o foco na doença estabelecida geravam danos em longo prazo na saúde dos trabalhadores, sem contar a reduzida preocupação com questões preventivas.

Percebemos uma visão de saúde no trabalho pautada nas relações biológicas, tendo o médico, nesse momento, como responsável por detectar processos danosos à saúde e aquele promoveria a recuperação rápida do trabalhador para seu retorno à linha de produção. 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 unicausalidade, legitimada pela Medicina do Trabalho.

Sob a égide da medicina do trabalho eram, e ainda são, desenvolvidas práticas assistenciais, de cunho biologicista, dirigidas essencialmente à seleção e manutenção da higidez da força de trabalho, com ações centradas no ambiente e no posto de trabalho, sendo o trabalhador apenas objeto dessas ações (DIAS & HOEFEL, 2005).

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. Desse modo, tentava-se compreender a “história natural da doença”, numa relação entre agente-hospedeiro-ambiente, o que gera uma naturalização das condições de trabalho, ou seja, os adoecimentos no trabalho faziam parte daquele ambiente específico e não eram considerados passíveis de mudança. Assim, o foco de análise eram os riscos existentes e não a origem deles (MINAYO-GOMES & THEDIM-COSTA, 1997; MAENO & CARMO, 2005).

As medidas adotadas auxiliavam a proteção parcial dos trabalhadores, pois se intensificava a utilização de equipamentos de proteção, porém não se focava a modificação da organização, além de se gerar um processo de responsabilização pela saúde centrada no trabalhador. As análises médicas eram transformadas em dados incontestáveis, os quais dialogavam com a possibilidade de o ser humano poder estar exposto a quaisquer condições, uma vez que fossem respeitados os níveis limítrofes. A Saúde Ocupacional, então, é composta por uma análise a-histórica e desvincilhada da organização do trabalho. O corpo era visto como máquina, com uma abordagem cartesiana que separava homem, doença e ambiente. As questões de saúde no trabalho se tornam “limites de tolerância” ou “limites biológicos de exposição” (LACAZ, 2007, p. 759). Buscava-se adequar o homem ao ambiente e vice-versa.

Neste contexto, a Saúde Ocupacional tem pouco a contribuir, já que atua sobre os indivíduos, privilegiando o diagnóstico e o tratamento de problemas de natureza orgânica, a partir da visão empirista e positivista trazida da clínica. Aqui caberá pouco espaço para a subjetividade do trabalhador, tomado como paciente e objeto da técnica (LACAZ, 2007, p.754).

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 presentes em documentos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da OMS em relação à saúde no trabalho. Assim, privilegia-se uma visão positivista e organicista de saúde, dando pouco espaço para a subjetividade do trabalhador.

Ao longo do tempo, os trabalhadores começaram a se organizar para reivindicar melhorias nos processos laborais. Um movimento que foi de extrema importância para o fortalecimento desses grupos foi o Movimento Operário Italiano – MOI, na década de 1970,

que propunha rupturas em relação à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional clássicas, pois afirmava a importância do trabalhador na análise do seu processo de saúde/doença. Lutava-se pelas melhorias das condições de trabalho e defesa da saúde, dando voz ao trabalhador.

Esse movimento desenvolveu-se ligado a alguns teóricos franceses que iniciaram seus estudos sobre a atividade humana, movimento que irá se tornar a chamada Clínica da Atividade (RUFFEIL, 2009). Iniciou-se em torno da 1ª Revolução Industrial, com teóricos que se propunham a analisar os processos produtivos, considerando o homem como a base do desenvolvimento econômico e produtivo. Concomitantemente, surge a Psicotécnica do Trabalho, que desenvolve a relação saber-prever-agir, tornando associada ao modelo taylorista e buscando compreender a aptidão para o melhor cargo. Surgem, então, escolas em contraponto a esse modelo, como:

- a Psicologia Cognitiva do trabalho, que compreendia o trabalhador como instrumento de conhecimento;
- a Ergonomia Clássica, influenciada pelo modelo norte-americano da *Engineering Psychology*, que considerava o ser humano como parte componente do trabalho;
- a Ergonomia Centrada na Atividade, o movimento inicia sua preocupação na relação entre saúde e trabalho, mas concebe o trabalho como fator positivo, meio de criação e invenção;
- a Psicopatologia do Trabalho, buscava estudar os processos de adoecimento dos trabalhadores, concebendo o trabalho como lugar de adoecimento, com caráter negativo; e
- a Psicoterapia Institucional, que vai trazer o olhar desnaturalizante das normatizações existentes nos hospitais psiquiátricos, o que irá desenvolver perspectivas que permitam “a criação coletiva de dispositivos que possibilitem a reapropriação de sentidos com relação ao trabalho e à própria existência”. (RUFFEIL, 2009, p.61)

Essas escolas trouxeram novos olhares sobre os processos de trabalho, evidenciando a importância de dar visibilidade para a relação homem-trabalho-organização. Não bastava apenas focar em processos produtivos ou modos de produção muitas vezes centrados nos padrões administrativos e na racionalidade da produtividade capitalista. Torna-se notório

inverter essa lógica e centralizar os estudos e debates em torno do trabalhador no seu contexto laboral, social, cultural e histórico.

Na América Latina, surge a Medicina Social Latino-Americana – MSLA que, baseada no MOI e nas escolas francesas, privilegia as condições sociais e o processo de organização do trabalho. De influência marxista, seu foco era a análise das relações capital-trabalho, estudando desde o objeto de trabalho até seus instrumentos e investigando o que há de prejudicial nessa relação.

Articulada com a Saúde Coletiva, juntamente com a MSLA, se delineiam os primeiros passos do campo da Saúde do Trabalhador. 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. Observa-se, assim, a diferenciação do modelo da Saúde Ocupacional, centrada nos riscos e adoecimentos biológico-funcionais, sem dar voz ao sujeito, para o modelo de Saúde do Trabalhador, o qual promover a escuta e a visibilidade para os discursos e modos de andar a vida que os trabalhadores vivenciam no seu contexto laboral.

Para Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997, p.25), 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 desses diversos saberes e práticas permite a construção de um olhar abrangente em prol do bem-estar e respeito ao trabalhador.

É importante enfatizar a necessidade de se quebrar a noção de trabalhador relacionado ao campo fabril e industrial, uma vez que observamos a complexidade das relações de trabalho na contemporaneidade. A Saúde do Trabalhador está inserida em diferentes contextos: nas empresas públicas e privadas; nos hospitais; nas escolas; na zona rural; nos serviços; entre os autônomos; enfim, no cotidiano das situações de trabalho. Até mesmo cargos gerenciais, antes vistos como lugar de autonomia do sujeito no trabalho, hoje são compostos por demandas sobre-humanas criadas pelo dinamismo e rapidez de comunicação decorrente do desenvolvimento tecnológico dos últimos vinte anos.

Considerando tais aspectos, observamos o desenvolvimento de três racionalidades no campo da saúde no trabalho:

- 1) **Medicina do Trabalho – MT**, com o olhar centrado no diagnóstico e medicalização dos trabalhadores, numa linha de cuidado médico-centrada;

- 2) **Saúde Ocupacional – SO**, 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 – ST**, com olhar interdisciplinar, buscando articular as diversas esferas do campo de trabalho e dando voz ao trabalhador, numa linha de cuidado mais articulado com os modos de ser no trabalho e com a integralidade.

Assim, é importante estarmos sempre atentos em quais racionalidades em saúde no trabalho estão inseridas as estratégias de políticas públicas. Para compreendermos tal processo, é necessário dar visibilidade às estratégias de gestão da saúde em diferentes feições, por meio do desenvolvimento de políticas públicas. Somente assim poderemos analisar a maneira como tais aspectos promoveram o surgimento da chamada Saúde do Trabalhador no Brasil.

3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

No Brasil, a saúde dos trabalhadores se construiu através de um processo estritamente direcionado a regulamentações trabalhistas como forma de controle estatal. A preocupação com a saúde da população desenvolve-se principalmente a partir da crise do Café e da Política do Café com Leite, existente no Brasil nos meados da década de 1920. Isso ocorre em razão do crescimento da burguesia industrial no país, resultando numa encolhimento do setor agrário, delimitado pelos padrões de desenvolvimento industrial que ocorriam na Europa. Entretanto, a mão de obra brasileira era basicamente rural, com pouquíssimo conhecimento e qualificação na área industrial. Era necessário, então, construir uma ética do trabalho, baseada na qualificação da mão de obra, visando à construção de uma sociedade industrial liberal burguesa (CARVALHO, 1997).

Segundo Sato, Lacaz e Bernardo (2006), tal ética do trabalho é resultado do processo de industrialização específico de alguns países da América Latina, como o Brasil, que vivem o chamado “milagre econômico” pela intensificação da industrialização no país, resultando no surgimento de uma “classe operária industrial urbana” (p.282). Até meados da década de 1920, as relações de trabalho no Brasil eram baseadas no modelo agrícola, em função da forte

economia cafeeira, com caráter escravocrata e paternalista. Entretanto, em 1919 surge a 1ª Lei de Acidente de Trabalho, baseada no conceito de risco profissional como algo inerente e natural à atividade industrial que estava começando a nascer (MAENO & CARMO, 2005).

Com a crise econômica mundial que ocorre em 1929, a economia cafeeira brasileira fica abalada, suscitando o desenvolvimento industrial, que antes era incipiente. Assim, novas relações de trabalho configuram-se, principalmente com as políticas de imigração que visavam à importação “mão de obra qualificada” para as indústrias emergentes, uma vez que os trabalhadores brasileiros conheciam apenas o trabalho rural.

Nesse período, surge em São Paulo o primeiro Liceu de Artes e Ofícios, com vistas a formar a mão de obra brasileira para trabalhar nas fábricas. Entretanto, as condições de trabalho eram péssimas, o que vai gerar embates nas relações entre os trabalhadores e o empresariado.

Além disso, segundo Carvalho (1997), durante esse processo surgem movimentos em prol da nacionalidade, constituídos por um discurso da saúde e tendo como parâmetro a raça. Atrela-se a saúde ao principal vetor para o desenvolvimento de uma nova ordem nacional: a doença passou a ser o fator crucial para a construção de uma nação. Desenvolvem-se as chamadas Ligas para darem conta de tal temática. Assim, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental responsável pelo desenvolvimento da higienização dos corpos para o crescimento do país, com vistas ao aumento do número de trabalhadores saudáveis, com o mínimo de perdas.

Trata-se apenas de enfatizar a permanência de um elemento comum: o discurso da intervenção sobre o corpo e a mente do indivíduo trabalhador visando à construção de uma “nação” forte do ponto de vista econômico e apaziguada do ponto de vista político (CARVALHO, 1997, p.53).

Assim, a Liga de Higiene Mental demonstra um dos pontos específicos na constituição de políticas públicas de saúde no Brasil, centralizadas em estratégias biopolíticas baseadas nos moldes europeus. Buscava-se formar, controlar e reprimir a fim de construir uma sociedade do trabalho. Nesse sentido, começam a utilização de processos de seleção e orientação no trabalho para reduzir “problemas psicopatológicos” das fábricas que geravam indisciplina. Assim, segundo Carvalho (1997, p.85), “os indivíduos trabalhadores deveriam ser, antes de tudo, corretos e úteis, participando de uma grande rede de ‘solidariedade’ que garantisse uma relativa ausência de conflitos”.

É a partir da Revolução de 1930 que tal quadro começa a se reestruturar. Tem-se como bojo das novas articulações, uma valorização do trabalho em busca da redução dos índices de pobreza, a principal responsável pelo baixo desenvolvimento do país. Ocorre o crescimento de aglomerações urbanas e de novas formas econômicas, como o processo inicial de industrialização. Para intensificar o valor do trabalho, associa-se a concepção de cidadania, ou seja, “para ser cidadão era preciso estar inserido no processo produtivo e submeter-se à regulação legal, além de imbuído do espírito que associa trabalho à dignidade” (CARVALHO, 1997, p.109).

Com a criação do Estado Novo, no golpe de Getúlio Vargas, outras leis trabalhistas são desenvolvidas em torno de um discurso populista, como forma de conter a revolta popular sobre as relações de trabalho que estavam até então estabelecidas (TONELLI, LACOMBE & CALDAS, 2002). Criam-se os Ministérios da Educação e Saúde Pública e do Trabalho, Indústria e Comércio, o que demonstra uma técnica de governo pautada na relação saúde-trabalho, uma estratégia biopolítica. Nesse processo, surge a segunda lei trabalhista relacionada aos acidentes de trabalho, aprovada no governo Vargas (decreto 24.637 de 10/06/1934). A lei regulava a sindicalização, atrelando os sindicatos ao controle do Estado por intermédio do Ministério do Trabalho – o que perdurou até 1988. A 3ª Lei de Acidentes de Trabalho (decreto lei 7036, de 10/11/1944) buscava reformular a anterior, defendendo a estatização dos seguros de acidente de trabalho que, até então, eram regidos por seguradoras privadas, criando um mercado lucrativo. Nesse processo surgem a figura do acidente de trajeto⁷ e da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes)⁸, além da institucionalização do Instituto Nacional de Seguros de Acidente de Trabalho, que foi extinto posteriormente. Somente em 1967, os seguros de acidente foram integrados obrigatoriamente à Previdência Social (MAENO & CARMO, 2005), observa-se, com isso, que o desenvolvimento da saúde no campo do trabalho no Brasil desenrola-se prioritariamente em recursos legalistas, denotando uma linha de cuidado centrada em questões jurídicas, disputas políticas e de poder, sem voz ao trabalhador.

O arcabouço jurídico sobre os acidentes de trabalho, com todas as mudanças que sofreu ao longo da história, manteve características que se baseiam nas concepções da higiene industrial e em seus reflexos como “medicina legal e do seguro” – em contraposição a uma abordagem calcada na medicina social, que se caracteriza por

⁷ O acidente de trajeto se caracteriza por a empresa ter responsabilidade legal caso o trabalhador sofra algum acidente no percurso entre sua moradia e o trabalho e vice-versa.

⁸ A CIPA é uma comissão composta parte por trabalhadores e parte por administradores da empresa, indicados por seus respectivos responsáveis, com a finalidade de educar, prevenir e autuar os trabalhadores da empresa que estiverem agindo em situação de risco no trabalho.

reconhecer a influência dos condicionantes sociais no adoecimento (MAENO e CARMO, 2005, p.42).

O processo de industrialização no Brasil se intensifica principalmente com as obras de infraestrutura no governo de Juscelino Kubitschek e com a constante dependência financeira e política do Brasil com os EUA, que vigorou durante o Regime Militar vivenciado pelo país, até final da década de 1970. Há um intenso estabelecimento de empresas multinacionais, bem como o crescimento de estatais e o surgimento de grandes empresas privadas. Os modelos de gestão das empresas brasileiras nessa época eram pautados por uma visão retrógrada, com caráter taylorista/fordista, focados em práticas informais e delimitadas, representados pelos então chamados Departamentos de Pessoal, com atribuições unicamente legalistas. Nesse sentido, o movimento sindical era calado, sendo constantemente controlado por dispositivos reguladores e normatizantes.

Durante o regime militar até cerca de 1979, os sindicatos continuavam a ser supervisionados de perto: as eleições eram monitoradas, e não podiam ser eleitos candidatos que pudessem exercer liderança muito forte. Várias intervenções impediram líderes eleitos de assumir seus postos. As negociações coletivas também eram desencorajadas e, na verdade, praticamente desnecessárias, uma vez que a decisão sobre os salários [...] era prerrogativa do governo federal. A abundância de mão de obra, o fim da estabilidade e a criação do FGTS, que possibilitava a demissão, faziam com que os empresários apostassem mais em políticas de baixos salários e na alta rotatividade de pessoal (TONELLI, LACOMBE e CALDAS, 2002, p.76).

Com o início do processo de queda do regime militar e abertura política no país, intensificam-se os movimentos sociais em prol de democratização política e dos direitos humanos. Isso reflete nos intensos debates que se formulam em torno de uma nova constituição e de um novo modelo de organização da saúde pública no Brasil. Os sindicatos e organizações sociais de trabalhadores articulam-se e lutam por melhores condições gerais de trabalho. A luta consistia em desenvolver novos olhares sobre os processos de trabalho, as organizações e as tecnologias, imbuídos de um caráter mais humanizado e democrático (SATO, LACAZ e BERNARDO, 2006).

Ao longo do processo de redemocratização do país e da saúde, no início de 1980, o movimento sindical se torna forte aliado na luta por políticas sociais que envolvessem ações de saúde participativas. Com isso, formulam-se os Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) em São Paulo, como um campo de atuação multiprofissional, visando à integralidade do serviço: prevenção, promoção e assistência. Os PSTs representaram o primeiro passo em direção a uma atenção à saúde do trabalhador na perspectiva de assistência na rede pública,

por entenderem o ambiente de trabalho como parte do campo da ação da saúde pública (MAENO & CARMO, 2005; SATO, LACAZ & BERNARDO, 2006). Concomitantemente, ocorria um intenso processo de produção científica visando ao debate de questões sociais no processo saúde-doença, confluindo na chamada Saúde Coletiva. Com isso, buscava-se também compreender a importância das relações de trabalho nesse processo.

Desenvolve-se o movimento de Reforma Sanitária que luta pela saúde como um direito de todos, promovendo debates sobre a saúde do trabalhador. Impulsionado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, ocorre no mesmo ano a 1ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, que buscava discutir as questões sobre saúde e trabalho, com base na Saúde Coletiva. O evento reuniu diversos setores do governo e da sociedade civil, como a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, a Central Única dos Trabalhadores – CUT, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, os Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde, do Trabalho, entre outras instituições. As discussões envolveram proposições sobre: 1) a situação da saúde e da segurança dos trabalhadores no Brasil; 2) os novos modos de atenção à saúde dos trabalhadores; e 3) o desenvolvimento de uma política nacional de segurança e saúde dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986). Assim, observamos o processo inicial para o desenvolvimento de uma política pública que somente se concluirá cerca de dezoito anos depois. Um longo e lento processo, permeado por embates e lutas entre interesses governamentais, do empresariado e dos trabalhadores.

Os debates envolvidos em ambas as conferências são retomados na Assembleia Nacional Constituinte, focando a questão da saúde como um direito de todos e a importância da saúde do trabalhador como política pública. Esse processo culmina na nova Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em que se iniciam as normatizações da saúde como um direito a ser garantido a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua classe socioeconômica, criando mecanismos jurídicos necessários à emergência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso, a saúde se torna um direito social previsto nos artigos 6º, 194, 196 a 200 da Constituição, vigorando como um marco histórico do processo de redemocratização do país, já suscitado pelos movimentos sindicais e sociais desde a década de 1970 (SATO, LACAZ e BERNARDO, 2006; NORONHA, LIMA & MACHADO, 2008).

De acordo com as normas legais necessárias para a criação de um novo sistema de saúde, o SUS é instituído a partir da promulgação de duas leis importantes para esse processo: a Lei Orgânica da Saúde 8080/1990 e a Lei 8142/1990. Ambas trouxeram os aspectos

principais que regem a saúde no Brasil, são eles: 1) a universalidade de acesso; 2) a igualdade de assistência; 3) a integralidade da assistência; 4) a participação popular decisória e fiscalizadora; e 5) a descentralização político-administrativa da esfera federal para as esferas estaduais e municipais (BRASIL, 2003; NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008).

Estabelecem-se, assim, as ações em políticas públicas, das quais o Poder Público é responsável:

Execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, **saúde do trabalhador**; a ordenação de recursos humanos para a saúde e a participação na produção de insumos para a saúde e em outras políticas relevantes, como de saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008, p. 441, grifo nosso).

Com isso, o campo da Saúde do Trabalhador se firma como ponto primordial em atribuições, ações e serviços dentro da política de saúde brasileira. As primeiras regulamentações direcionadas à Saúde do Trabalhador permeiam a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, que estabelece a

promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 2005, p.37).

Com isso, a Saúde do Trabalhador se desenvolve como uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS), na execução de ações no âmbito da saúde aos trabalhadores.

3.2 CONFIGURAÇÕES RECENTES DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A implantação do SUS surge permeada, como vimos, pela luta dos movimentos de trabalhadores em prol da saúde enquanto direito social, colocando o Estado como responsável pela seguridade social. A construção de uma política de saúde do trabalhador nasce, portanto, articulada com o novo sistema de saúde pública brasileira.

Pudemos observar, nessa implantação, que o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil envolve quatro áreas institucionais (MANUAL, 2007):

- 1) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE): responsável pela realização de inspeção e fiscalização das condições de trabalho em todo país, em que se

apoia fundamentalmente, no Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que trata das condições de Segurança e Medicina do Trabalho;

- 2) Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS): responsável pela perícia médica, reabilitação profissional e pagamento de benefícios, sendo que somente os trabalhadores assalariados, com carteira de trabalho, têm direito ao conjunto de benefícios acidentários garantidos pelo MPAS/INSS⁹;
- 3) Ministério da Saúde (MS): a ele competem ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador. É responsável pelo desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas ao trabalho;
- 4) Ministério do Meio Ambiente (MMA): articula as ações de preservação ambiental e natureza com as questões da saúde dos trabalhadores.

Vasconcellos (2007) considera que o Ministério da Educação também teria sua parte nas ações de Saúde do Trabalhador, uma vez que aglutina as universidades que desenvolvem pesquisas nesse campo. Entretanto, ele acredita que é baixíssimo o nível de articulação entre esses órgãos, que permanecem centralizados nas suas ações específicas. Além dos Ministérios citados, também fazem parte do campo da Saúde do Trabalhador dois centros – FIOCRUZ e FUNDACENTRO¹⁰ – além da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST (criada pela Portaria n.1679 de 19/09/2002). Como parte da Rede, formaram-se Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador – CERESTs, responsáveis não somente por regular e fiscalizar as condições de trabalho nos diversos setores de atividade, mas principalmente de promover assistência aos trabalhadores. Os Centros abarcam atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em atenção à saúde dos trabalhadores, sejam urbanos ou rurais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Dias e Hoefel (2005) exemplificam como está estruturado o modelo da RENAST:

⁹ Instituto Nacional do Seguro Social

¹⁰ Fundação Jorge Dupra Figueiredo em Segurança e Medicina do Trabalho

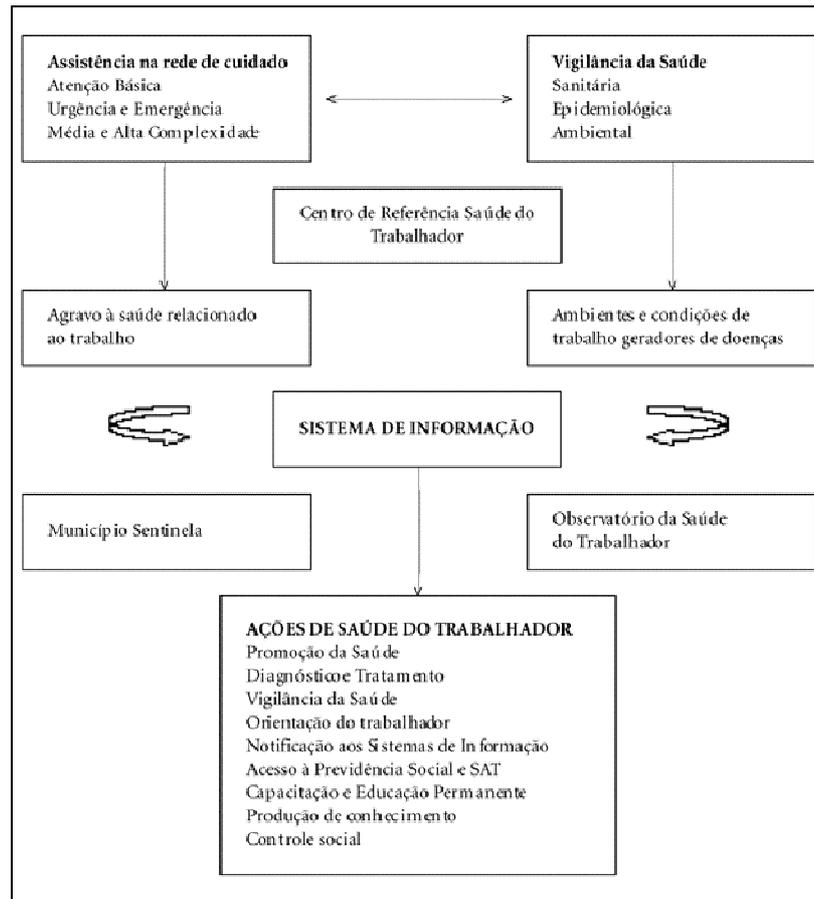


Diagrama 2: Modelo de atenção da RENAST.

Fonte: DIAS E HOEFEL, 2005.

Observa-se que a RENAST busca a articulação entre os níveis de assistência e de vigilância em saúde, compondo, por um lado, o cuidado em saúde do trabalhador e por outro, a análise de questões ambientais. Dias e Hoefel (2005) afirmam que essa rede se tornou o principal meio de desenvolver planos de ação em saúde do trabalhador pelo Ministério da Saúde. Uma de suas propostas é buscar a atenção básica e a integralidade.

Desse modo, o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil envolve diversos trâmites organizacionais e de políticas públicas por ser um campo multidisciplinar, envolvendo diversos órgãos do Governo. Segundo o Ministério da Saúde (2008), a Saúde do Trabalhador engloba:

[...] uma área da Saúde Pública que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Faz parte do direito universal à saúde. A execução de suas ações é de competência do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Entre as estratégias e técnicas existentes para se delimitar os processos de saúde-doença no trabalho, ainda observamos análises pautada nos modelos de causalidade da Saúde Ocupacional. Uma das principais utilizadas é a Análise de Riscos¹¹ (ou também chamada Avaliação dos Riscos). Tal processo ocorre a partir das Normas Regulamentadoras (NR) sobre Segurança e Medicina do Trabalho, estabelecidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego na Portaria 3.214 de 08/06/1978, dentro dos trâmites da Consolidação das Leis Trabalhistas (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2008). Tais normas regulamentam quais são os fatores de risco para a saúde dos sujeitos em ambiente de trabalho.

Desta forma, de acordo com a Norma Regulamentadora 09 (NR-9) – atualizada na Portaria nº 25 de 29/12/1994 – foram estabelecidos os chamados riscos ambientais, que levam ao agravo das condições de saúde. São constituídos por agentes físicos (ruídos, temperaturas, radiações); agentes químicos (substâncias químicas em geral, gases, vapores); e agentes biológicos (vírus, parasitas, bactérias etc.). Entretanto, foram desenvolvidas novas terminologias para os riscos no ambiente laboral, com características específicas, classificados por grupos e cores. São delimitados na seguinte estrutura:

Tabela 1: Estruturação dos Riscos Ocupacionais

| Risco | Grupo | Cor de Identificação | Caracterização |
|-------------|-------|----------------------|---|
| Físicos | 1 | Verde | Ruído, calor, frio, pressões, radiações, vibrações. |
| Químicos | 2 | Vermelho | Poeiras, gases, vapores, névoas, neblinas, fumo, substâncias químicas em geral. |
| Biológicos | 3 | Marrom | Vírus, parasitas, bactérias, protozoários, fungos, bacilos. |
| Ergonômicos | 4 | Amarelo | Força física intensa, postura inadequada, ritmos excessivos de trabalho, monotonia; repetitividade; situações de stress físico e/ou psíquico. |
| Acidentes | 5 | Azul | Iluminação deficiente, eletricidade, incêndio e explosão, máquinas e equipamentos deficientes, animais peçonhentos. |

Fonte: Disponível em: <<http://www.ifi.unicamp.br/~jalfredo/TabelaI.htm>>. Acesso 20 ago. 2008.

Observamos, com o quadro acima, o desenvolvimento de modelos de gestão das políticas aos trabalhadores pautados na noção de risco ocupacional, envoltos em estratégias de responsabilização do trabalhador pelo discurso da ausência do cuidado em relação aos riscos. Grisci e Lazzarotto (2007) expõem o processo a culpabilização do trabalhador pelo seu adoecimento ou acidente no trabalho, inserindo-os como desatentos aos riscos ocupacionais.

¹¹ Análise de Risco se configura como a análise das probabilidades de determinadas situações levarem a danos específicos. Tal termo surge a partir das teorias organizacionais e econômicas.

Com isso, segundo as autoras, “a saúde limitava-se a aspectos que diziam respeito unicamente aos indivíduos isoladamente” (p. 236), sem considerar o contexto mais amplo, ou seja, o cuidado centrado nos moldes da racionalidade médica da Saúde Ocupacional.

Entretanto, a crescente construção de saberes e conhecimentos na área culminou na formulação de uma política pública em Saúde do Trabalhador. Ela começa a se desenvolver em 1986, na 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, mas se formula no Brasil a partir de 2004, com a criação da PNSST. Tal política foi resultado de debates entre Grupos de Trabalho (GTs) entre os Ministérios do Emprego e Trabalho, da Previdência Social e da Saúde que visavam a regulamentar os direitos básicos de cidadania aos trabalhadores. Nesse âmbito, observa-se o desenvolvimento de uma ampla política pública de saúde em prol da “seguridade social” dos trabalhadores, pautada em estratégias e técnicas de delimitação dos processos de saúde-doença no trabalho.

A proposta da PNSST é promover a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, pautada na integração e articulação contínua entre ações do Governo Federal nos setores de saúde, ambiente e produção-consumo, tendo o Estado como responsável pela garantia dos direitos sociais e entendendo o trabalho como um direito humano fundamental (BRASIL, 2004). Observamos que o discurso do trabalho associado à concepção de cidadania nos remete às formulações desenvolvidas desde a Revolução de 1930.

Além disso, após quase seis anos da sua formulação, não observamos a real implantação da PNSST no Brasil. Novos desenhos foram dados à Política, uma vez que a versão de 2004 estava em consulta pública. Uma série de políticas de saúde foi desenvolvida e vigorou (com suas dificuldades específicas) em unidades básicas de saúde, centros de referência e casas-dia como, por exemplo, os Programas de Saúde da Família, Saúde da Criança, Saúde do Idoso etc. Para Minayo-Gomes e Lacaz (2005), há uma ausência de diretrizes para a implementação e planos de ação reais que levem à efetivação dessa política no Brasil. É inegável a importância dos demais programas ou de sua viabilidade de acesso, entretanto, não se deve deixar de considerar a necessidade de ampliar o olhar para uma política que está ficando fora do foco institucional. As tentativas são muitas, mas sua efetivação é sempre rompida, ou mesmo fluida.

Considerando os desdobramentos da implantação de uma política pública, podemos observar, atualmente, a formação de dois modelos de atenção/cuidado à saúde do trabalhador no país: a RENAST e a construção de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Tendo em vista esse dois modelos, este trabalho busca problematizar as práticas que produzem processos de subjetivação do “sujeito-trabalhador” pautados em dispositivos

biopolíticos, a partir da análise da gestão do cuidado em saúde do trabalhador no Brasil. Partindo dessa perspectiva, busca-se analisar a construção das Políticas de Saúde do Trabalhador no país, focando a formulação da PNSST e sua perspectiva atual. Para isso, foram analisadas as estratégias de cuidado presentes nesta 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 e da própria RENAST, 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.

4. RECURSOS METODOLÓGICOS: ANALISANDO A PNSST NO BRASIL

4.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Todo conhecimento é inventado. Não há uma verdade a ser encontrada, uma verdade em si. Analisar a história para se estudar um determinado acontecimento é desconstruir as práticas e discursos que designam tais conhecimentos como “naturais”. O conhecimento é inventado em torno de mecanismos e processos diversos, frente à sua historicidade e suas relações de poder. Assim, a compreensão de que algo é natural se torna quimérica, na medida em que há um jogo de movimentos na formulação de um saber. Dito de outra forma, saber e poder estão diretamente ligados, as relações de um constituem as do outro (FOUCAULT, 1979a).

Partindo dessa premissa, a genealogia se constitui na análise das práticas sociais que engendram domínios de saber-poder no seu contexto mais microfísico. Nessa concepção, Foucault (1979b) afirma:

Creio que deva ser analisada a maneira como os fenômenos, as técnicas e os procedimentos de poder atuam nos níveis mais baixos; como esses procedimentos se deslocam, se expandem, se modificam; mas sobretudo como são investidos e anexados por fenômenos mais globais; como poderes mais gerais ou lucros econômicos podem inserir-se no jogo destas tecnologias de poder que são, ao mesmo tempo, relativamente autônomas e infinitesimais (FOUCAULT, 1979b, p. 184).

Para isso, deve-se fazer um estudo histórico do funcionamento dos mecanismos de controle, analisando como, em um dado momento, tais acontecimentos se atrelaram para levar a um número de transformações economicamente e politicamente úteis (FOUCAULT, 1979b). A genealogia se coloca como uma análise das relações de poder, a partir de uma visão histórica não linear, mas rizomática, permeada por diversos fios que formulam uma teia de acontecimentos para a construção de um conhecimento.

A genealogia não se opõe à história como a visão ativa e profunda do filósofo ao olhar a toupeira do cientista; ela se opõe, ao contrário, ao desdobramento meta-histórico das significações ideais e das indefinidas teleologias. Ela se opõe a pesquisa da “origem” (Ibid., p. 16).

O genealogista deve buscar o acaso e a dispersão dos acontecimentos, quebrando a concepção de uma busca pelo fato original ou primeiro (LEMOS, 2008). A própria questão da formação discursiva perpassa a visibilidade de leis e regularidades linguísticas justapostas de acordo com jogos estratégicos de poder. Para Foucault (2008), é pela análise dos discursos que podemos observar os procedimentos de exclusão compostos por interdições, separações e a vontade de verdade. Devem-se buscar, assim, os efeitos da materialidade discursiva e suas condições de possibilidade.

Essa busca, porém, não é isenta de intencionalidades, uma vez que a produção de conhecimento não está isenta dos jogos de poder. Novamente, Foucault (1979b) nos ajuda a formular a questão:

O problema político essencial para o intelectual não é criticar os conteúdos ideológicos que estariam ligados à ciência ou fazer com que sua prática científica seja acompanhada por uma ideologia justa; mas saber se é possível constituir uma nova política da verdade. [...] Não se trata de libertar a verdade de todo o sistema de poder – o que seria quimérico na medida em que a própria verdade é poder – mas de desvincular o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas e culturais) no interior das quais ela funciona no momento (Ibid., p. 14).

Desse modo, deve-se dar visibilidade aos processos de construção das verdades, analisando suas tramas, sem prezar por uma nova configuração do real uma vez que recairíamos no equívoco de produzir mais um regime de verdade. Busca-se, assim, problematizar os objetos a que tais saberes se vinculam e o desenvolvimento das configurações dos modos de subjetivação dos sujeitos.

4.2 ANÁLISE DE DOCUMENTOS

Considerando os efeitos da materialidade discursiva, a análise de documentos é um importante operador analítico para uma pesquisa genealógica. Desse modo, esta pesquisa analisa os discursos existentes no processo de construção de uma política nacional de saúde do trabalhador, partindo de documentos oficiais, legislações, relatórios, bem como textos publicados em eventos, conferências nacionais, instituições de ensino e pesquisa e órgãos nacionais ligados ao campo da saúde no trabalho.

A análise dos documentos é um meio de se buscar rupturas na produção de determinadas políticas públicas, podendo dar visibilidade às relações e jogos de poder que estão discretamente impostos.

A análise dos documentos referentes ao campo da Saúde no Trabalho no Brasil possibilita problematizar as práticas que produzem os processos de objetivação e subjetivação do “sujeito-trabalhador”, bem como as estratégias de biopoder. Para Foucault (2008b, p.03) o biopoder envolve

o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder.

Nesse sentido, a análise documental permite que possamos compreender os processos de biopoder justapostos de forma microfísica na materialização dos discursos, na medida em que se tornam “documentos”. Assim, os documentos refletem não somente a lei, mas os embates que levaram a sua produção e os discursos que permaneceram.

Os documentos [...] podem refletir as transformações lentas em posições e posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia a dia ou, no âmbito das redes sociais, pelos agrupamentos e coletivos que dão forma ao informal, refletindo o ir e vir de versões circulantes assumidas ou advogadas (SPINK, 2004, p.136).

O estudo de um documento não deve partir da análise do que é verdadeiro ou falso, mas conceber suas condições de produção, em vias do que foi deixado como memória. Le Goff (1996, p.110) afirma que “todo documento é um monumento que deve ser desestruturado, desmontado”. Assim, a análise documental foi realizada na compreensão dos “truncos” e “ramos” que compõem a formação do documento, não remetendo apenas ao discurso escrito, mas a todos os acontecimentos que levaram a sua composição, sejam eles aspectos físicos, paisagens, arquiteturas, vozes, signos, ditos etc.

A documentação utilizada para a análise da construção da política de saúde no trabalho no Brasil partiu de publicações, relatórios e documentos oficiais disponibilizados:

- em instituições de ensino e pesquisa como UFRJ e FIOCRUZ (onde se encontra um dos maiores centros de pesquisa em Saúde do Trabalhador do país, o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTE, no Rio de Janeiro);
- nos órgãos direcionados à gestão da saúde do trabalhador – CEREST Pará;
- e nos *sites* do Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, entre outros.

Num primeiro momento, foram abordados os processos de construção e desenvolvimento da chamada “Saúde do Trabalhador” no Brasil que levaram a formulação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), de 29/12/2004, observando os atravessamentos e jogos de força exercidos ao longo da construção da referida legislação. Para tal propósito, foi utilizado o método genealógico desenvolvido por Michel Foucault, a fim de recuperar os acontecimentos que levaram a produção de tal documento. Para isso, tomamos como eixo norteador, a análise dos documentos produzidos nas Conferências Nacionais em Saúde do Trabalhador, pelo fato de tais conferências englobarem a teia de jogos de saber/poder presentes nas discussões do campo da saúde do trabalhador no país. Elas aglutinam propostas desenvolvidas ao longo do tempo no processo de desenvolvimento da Saúde do Trabalhador no Brasil, evidenciando as relações rizomáticas entre os órgãos de gestão, movimentos sindicais e sociais e ao trabalhador cotidiano.

Posteriormente, foi analisada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST (2004) enquanto dispositivo de regulação das práticas de saúde no âmbito do trabalho. Foram consideradas as redes discursivas tecidas nesse documento, observando cada capítulo e subtópico, com ênfase em seus enunciados.

A análise dos documentos foi baseada em três pontos básicos, refletindo os objetivos deste trabalho: 1) esquadrihar as dispersões discursivas, presentificadas nos discursos sobre o cuidado; 2) analisar outros discursos relacionados ao tema do cuidado em saúde; 3) analisar como a presença dos discursos desse documento institucionaliza normas, procedimentos e técnicas na atuação da gestão do cuidado em saúde do trabalhador. Ao final, foi analisada a realidade das propostas vigentes de uma Política em Saúde do Trabalhador no Brasil, até dezembro de 2010.

5. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: CONSTRUINDO POSSIBILIDADES OU CONSOLIDANDO PROPOSTAS?

Partindo do desafio de articular as convergências e divergências entre as linhas teóricas no campo da Saúde no Trabalho, podemos observar a criação de perspectivas que direcionam o olhar para o trabalho e a saúde, sendo identificáveis ao longo do processo de construção da política de saúde no Brasil.

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, na 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. O trabalho como produção de subjetividade envolve a discussão colocada por Nardi (2006) em que também podemos inserir as questões sócio-históricas (qual o valor/significado dado ao trabalho na atualidade), bem como um campo no qual o sujeito constrói relações, experiências, vive e, assim, formula novos/outros modos de ser.

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 polares 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, compondo um diálogo entre os documentos oficiais com os autores propostos, permite identificar essas características no processo histórico de sua construção, como se verá adiante.

O jogo de palavras/conceitos expostos na formulação da política de saúde do trabalhador nos traz um modo de jogar com os discursos operados, demonstrando suas contradições e estranhamentos, bem como suas convergências.

Os operadores analíticos trabalho-risco/saúde-controle *versus* trabalho-subjetividade /saúde-integralidade nos mostram um processo em que seus elementos muitas vezes se recombinaem de maneiras avessas.

Com isso, articulamos o processo de desenvolvimento de uma política de saúde do trabalhador a partir das discussões das Conferências Nacionais em S.T., em que se mesclam discursos do campo da integralidade, perpassados por um retrocesso ao campo da epidemiologia até chegarmos à formulação da versão de 2004 da PNSST. Após sua construção, vemos que se delineia um trajeto de tensão no campo do trabalho-risco/saúde-controle *versus* trabalho-subjetividade/saúde-integralidade, processo este cambiante ao longo dos últimos anos, que foram convergidos para a análise da PNSST na atualidade.

5.1 A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Partindo do norte teórico-metodológico já explicitado ao longo deste trabalho, mais especificamente no capítulo quatro, a análise da construção desta política será pautada no percurso histórico a ser edificado a partir de documentos oficiais que esboçaram, de maneira não linear, a implementação de uma PNST.

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 1ª CNST trouxe três temas, sendo o terceiro deles a criação da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores:

Fica evidente, portanto, que formular uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores – capaz de contemplar toda a população trabalhadora – implica entendê-la e configurá-la no âmbito de uma proposta abrangente de Política Nacional de Saúde. Dessa forma, tornou-se indispensável que a conferência propiciasse o diagnóstico da situação atual da classe trabalhadora, apontasse seus determinantes e apresentasse soluções concretas e coerentes com o propósito de transformar essa realidade. Tais pressupostos exigiram que a 1ª CNST não se restringisse a uma discussão técnica e sim que constituísse num foro de debates eminentemente político. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.02)

Nesse momento, inseria-se explicitamente a racionalidade da Saúde do Trabalhador, em contraponto com a Saúde Ocupacional. Ao longo do relatório final da conferência, é fortemente firmada a visão de saúde do trabalhador, tentando combater o viés da saúde ocupacional clássica.

O entendimento de que saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional possibilita conceituá-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Em síntese, saúde dos trabalhadores significa: condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito aos direitos. Portanto, no plano do direito, o DIREITO À SAÚDE precisa expressar, também, DIREITO AO TRABALHO, DIREITO À INFORMAÇÃO, DIREITO À PARTICIPAÇÃO, DIREITO AO LAZER (Ibid., p.02, destaque dos autores).

Nessa rede de articulações, participaram representantes de diversos setores do Estado e da sociedade civil: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); Central Única dos Trabalhadores (CUT); Central Geral dos Trabalhadores (CGT); Confederação Nacional da Agricultura (CNA); Confederação Nacional do Comércio (CNC); Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM); Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT); Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO); Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Ministério da Educação (ME); Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); Ministério da Saúde (MS); Ministério do Trabalho (MTb); Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); Presidência da República – Gabinete Civil (PRGC); Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo; União Brasileira de Engenharia e Segurança; a Secretaria Nacional de Ações básicas de Saúde (SNABS) do Ministério da Saúde, a Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho (SSMT) do Ministério do Trabalho, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência e Assistência Social, bem como a Secretaria de Educação Superior (SESU) do Ministério da Educação.

Com isso, podemos perceber, a amplitude de saberes e interesses que se congregavam na formulação ainda inicial da PNSST. O interessante é que nesse primeiro momento da construção da PNSST visualizava-se um discurso pautado no polo **trabalho-subjetividade**. O que pode nos demonstrar que a articulação de saberes e poderes estava mais traçada na luta por dar voz e escuta aos trabalhadores, compreendendo os aspectos sócio-históricos da saúde e do trabalho. Havia um forte embate para quebrar o conceito de **trabalho-risco/saúde-controle**.

O conceito de saúde do trabalhador não pode ser limitado apenas ao âmbito da fábrica, nem tão pouco à sua formulação estritamente biológica. É necessário que se entenda a saúde como determinada pelos processos sociais mais abrangentes, entendendo-a, portanto, como um conceito integral e dinâmico, levando-se em conta que a saúde é determinada simultaneamente pelas condições de vida e pelas condições de trabalho. Assim sendo, a situação da saúde do trabalhador é resultado de um longo processo histórico, desde os tempos da colonização, processo esse que se caracterizou pela constante exploração do trabalho, mais acentuada ainda em relação ao trabalhador rural (Ibid, p.07).

A ausência de estudos das condições de trabalho, a carência de uma legislação trabalhista que dê suporte às condições de saúde e trabalho, a monetarização dos riscos eram também criticadas afirmando-se sua “subordinação aos interesses da classe dominante” (p.09). Nesse sentido, como proposta de atenção a saúde do trabalhador, entre vários pontos, destaca-se aquele que se propõe à “inclusão no Sistema Único de Saúde de programas específicos de atendimento ao trabalhador, realizados pela rede pública, com condições de pleno acesso aos diversos níveis de atendimento à saúde” (p.14).

Entretanto, quando abordado o tema da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, se discursa predominantemente sobre os Direitos Básicos de Saúde do Trabalhador (p.18), 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.

A política de saúde do trabalhador deve ser entendida dentro do contexto da política geral de saúde, fazendo parte desta. A formulação da política fará parte, portanto, do Sistema Único de Saúde, sob o controle dos trabalhadores (Ibid., 1986, p.20).

A política de S.T. busca por saúde, numa afirmação redundante (uma saúde que busca saúde). Nesse sentido, parecem ocorrer duas questões problemáticas: uma primeira na qual o

próprio processo de reforma sanitária registrava o direito geral à saúde como conquista; e uma segunda na qual mostra a saúde do trabalhador associada à medicina previdenciária e não ao sistema público de saúde, distanciando-se da proposta anterior. Vê-se, assim, uma zona de tensão entre as propostas concretas para a saúde do trabalhador e a atenção à saúde no sistema de serviços de saúde em geral.

Podemos dizer que alguns dos tópicos exigidos na 1ª CNST foram incluídos na legislação, como os itens 16 e 18 (p. 21), a inserção da Saúde do Trabalhador no SUS e da mudança do quadro da saúde do trabalhador brasileiro, ainda não excelente, mas em processo de aperfeiçoamento.

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:

Esta II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador acontece durante o processo revisional da Constituição e deve representar progressos no tocante à explicitação de conteúdo, e na mobilização para garantir as conquistas já obtidas, assim como definir uma política para a área de ST, a partir da contribuição dos diversos segmentos aqui representados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.06).

Contudo, observamos que no segundo evento ficam notórias algumas tensões no campo dos saberes/poderes, uma vez que se insere mais contundentemente a presença dos membros do Governo Federal e de suas perspectivas. Lembrando que, no período de 1994, o Brasil vivenciava um momento político bem diferente do de 1986. Em 1986 vivia-se um momento de efervescência política com a queda da ditadura e da luta pela redemocratização do país, pelo voto direito e construção de uma nova Constituição Federal. Em 1994, o país se encontrava com uma política de cunho neoliberal, mais ligada às articulações com a visão política de direita, em que se viviam os primeiros anos de estabilização econômica. Isso é ressaltado no evento, justificando inclusive a demora no processo de formatação da PNST.

Reconhecemos que o processo de construção da área de Saúde do Trabalhador, no Ministério da Saúde, terá sido lento e difícil. Inclusive porque foram tantas as mudanças nos altos escalões do Ministério de 1990 para cá, e tantos os problemas enfrentados, que essa área nascente foi uma das mais prejudicadas (Ibid., p.07).

Porém, frente à essa tensão, o secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde na época da abertura do evento, afirma que aquele é que estava sendo o primeiro

momento de real construção da PNST. Em torno de seu discurso, já é possível evidenciar a inserção da perspectiva de saúde-controle, permeado pela crença de que a Saúde do Trabalhador é conquistada nas ações de vigilância sanitária, diagnóstico e cura. Um ponto interessante a ser destacado é o fato de que na ficha catalográfica dos Anais do evento (2001, p.03) a palavra-chave¹² é Saúde Ocupacional, o que denota que o evento, de algum modo, foi norteado por esta perspectiva.

A reinserção da Saúde Ocupacional parece ter-se tornado explícita enquanto modo/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 no 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. Com essa especificidade, podemos considerar que tal discurso compõe uma forma de biopolítica, mas também reinsere a questão dos riscos a serem evitados. A baixa visibilidade das ações de assistência recupera, em alguma medida, a dicotomia “Saúde Pública” e “Assistência Médica”, que estava na origem dos sistemas de saúde modernos que, como se sabe, surge com o apogeu do modelo biomédico. 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 *versus* Saúde do Trabalhador começam a aparecer na segunda conferência que, diferentemente da primeira, que foi norteada pelo olhar do trabalho-subjetividade/saúde-integralidade, apresentou maior vigência do olhar trabalho-risco/saúde-controle. Entretanto, onde há poder, há resistência. Na abertura do evento, a representante do Ministério do Trabalho traz a afirmação do campo da Saúde do Trabalhador articulada com o olhar de trabalho-subjetividade, porém pautada no fortalecimento sindical, na consolidação do Contrato Coletivo de Trabalho e na presença do Estado na regulação das relações de trabalho. Ela coloca o olhar da saúde-integralidade no campo do trabalho:

¹² A classificação temática das publicações, que consta da ficha catalográfica, é feita com base no conhecimento da biblioteconomia, é certo. Mas esse conhecimento, no caso específico da classificação dessa publicação, opera na instituição Ministério da Saúde e, mesmo considerando uma eventual baixa relevância atribuída institucionalmente à classificação, não é possível desconsiderar que essa definição operou objetivamente na definição da escolha do profissional que construiu a ficha.

[...] levar a Saúde a transpor os limites da área de saúde, elevando-a a complexa teia de relações sociais e políticas, em que ela é concretamente conformada pelos atores sociais: Saúde é ter desejos, ter esperanças de conquistá-los e ser capaz de colocar-se em movimento para alcançá-los. (Ibid., p.10)

É também firmado o Grupo Executivo Intersetorial de Saúde do Trabalhador – GEISAT, “na perspectiva de contribuir para a permanente construção de um Sistema Único de Saúde que, efetivamente, articule as ações e potencialize sua eficácia.” (Ibid., p.09).

No relatório final do evento, demonstra-se também a questão conflituosa em relação às competências de cada área do Estado.

Pensar numa política de saúde do trabalhador é, antes de mais nada, aprofundar a análise da organização do processo de trabalho dentro do modo de produção vigente e seus reflexos nas condições de vida e trabalho. Tal pensar não deve limitar-se a considerar e atuar somente sobre as condições de trabalho, mas também identificar o quanto às condições de vida da classe trabalhadora têm provocado doenças e mortes. Embora estas condições sejam reflexo das políticas econômicas e sociais, sobre as quais o sistema de saúde pouco pode fazer diretamente, a quantificação e a denúncia desta situação pode atuar no sentido de exigir uma solução dos demais setores do Estado e da sociedade (Ibid., p.130).

Apesar de afirmar a importância dos aspectos sociais e cotidianos da vida do sujeito para sua saúde no campo do trabalho, justifica-se que tal problemática não pode ser trabalhada no sistema de saúde, ao menos quando se considera o sistema público de serviços de saúde, uma vez que não seria de sua competência. A área da atenção pública à saúde se retira do centro do processo de concretização de ações contundentes na integralidade da atenção, como se à saúde não pudesse caber um papel maior na discussão sobre os modos de organização do trabalho, sobre a natureza do envolvimento dos trabalhadores no campo dos desejos, da subjetividade e da realização do trabalhador, ou seja, uma participação ampliada da determinação da saúde articulada ao trabalho. Com isso, parece emergir uma perspectiva de que o cuidado em saúde pode apenas diagnosticar e tratar as doenças relacionadas ao trabalho, deixando de se inserir no seu aspecto maior.

Assim, observamos que a tensão entre as perspectivas da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ocupacional, na construção da PNST, começa a vigorar de forma mais contundente a partir da 2ª Conferência¹³. Porém, é importante reconhecer que a 2ª CNST trouxe um maior número de formulações e delineamento de ações de saúde no trabalho no seu relatório final,

¹³ Embora não seja o escopo deste trabalho, é importante salientar a relevância do subsistema de serviços privados de saúde, em particular a chamada Saúde Suplementar, operada por planos e seguros privados de saúde, na assistência aos trabalhadores do mercado formal de saúde, que inclusive compõe a pauta de reivindicações destes. Assim, se há uma evidência de baixa adesão ao componente público da atenção à saúde, por outro lado também se reconhece o predomínio da racionalidade biomédica na atenção oferecida pelos planos e seguros privados de saúde (FERLA, 2010) o que nos coloca exatamente no contexto descrito.

organizando as demandas advindas de diversos setores, que foram compiladas nos itens: Princípios; Organização das ações de saúde; Participação e Controle Social; Informação (enquanto sistema de informação); Recursos Humanos para Saúde do Trabalhador; Financiamento; Legislação; Desenvolvimento, Meio Ambiente, Saúde e Trabalho; Política Agrária e saúde do trabalhador; e Gerais (outros aspectos relevantes em políticas sociais). A tensão entre as duas perspectivas apontadas se fará presente em todas as formulações, nos constantes jogos de poder e tentativas de resistência, promovendo potencialidades de ações.

No final do relatório, estabelecem-se as sugestões para a 3ª CNST centralizadas em três pontos: que ela ocorresse em, no máximo, 2 anos; que ela tivesse seu formato alterado para a realização prévia de oficinas e textos-base para conferências regionais; e que os Governos Federal, Estadual e Municipal dessem oportunidade aos usuários de participar da conferência, cobrindo todas as despesas referentes à participação.

A 3ª CNST só foi realizada em 2005, onze anos depois da 2ª CNST. Contudo, um ano antes, foi publicada uma portaria (Portaria Interministerial nº153 de 13/02/2004) que colocava a criação de Grupos de Trabalho entre os Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego para, entre outras atribuições, serem responsáveis pela elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST. 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. Esta foi posta em consulta pública de maio a novembro de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.11), a partir da Portaria Interministerial nº 800, de 03/05/2005, 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?

5.2 A PNSST: O QUE ELA ABORDA?

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 encontra-se disponível no *site* do Ministério da Saúde, o qual dispõe da versão do documento após sugestões de 29/12/2004, para consulta pública. O documento contém dezesseis páginas, dispostas em sete capítulos (Apresentação, Introdução, Bases Legais, Propósito, Diretrizes e Estratégias, Gestão e Acompanhamento, Financiamento). Essa metodologia de disponibilização de versões preliminares para consulta pública é substantiva para a análise dos discursos presentes num documento legal. Trata-se de uma estratégia de ampliar a participação e o texto produzido, mesmo que fortemente heterogêneo no ponto de vista dos conteúdos – e, portanto, relativamente precário para uma análise de conteúdos – é bastante significativo para a análise enunciativa, uma vez que terá a possibilidade de dar visibilidade a diferentes lógicas de saber e poder. 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. O objetivo da PNSST está diretamente relacionado à questão da gestão da saúde do trabalhador:

A PNSST define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais (BRASIL, 2004, p.04).

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 a saúde, englobando todos os tipos de trabalhadores brasileiros. Em suma, o documento é iniciado com um caráter mais ligado ao campo da racionalidade médica da Saúde do Trabalhador (linha de cuidado articulada com olhar multifacetado e integrado). 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 intersectorialidade (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. Não basta, para o que se pretende integral, a existência de diversos profissionais e áreas, uma vez que podem apenas se projetar como verdades sobre o trabalho e seus agentes. Somar conhecimentos e áreas sem a produção dos trabalhadores é que parece ser o problema. Podemos considerar que isso constitui um dilema para a política, já que esta pretende conteúdos e abrangência suficientes para interferir no mundo do trabalho e nas práticas de cuidado, mas que não conseguirá se aproximar da integralidade.

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 (Ibid., p.05 à p.08). Podemos então ver uma contradição dos discursos pautados na ideia de saúde do trabalhador, mas que se mostra permeada pela racionalidade da Saúde Ocupacional, principalmente quando vão se caracterizando as questões de adoecimento e custos.

Observa-se também uma predominância do discurso legalista e jurídico, permeado pelas justificativas em torno do Direito do Trabalho e Previdenciário (Ibid., p.09). As bases legais da Política estão centradas na Constituição Federal de 1988, que insere a União como responsável pelo cuidado da segurança e saúde dos trabalhadores no país, bem como legisla sobre a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros. Mais especificamente, atribui ao SUS a responsabilidade pelas ações em Saúde do Trabalhador nos artigos 196 a 200.

Com isso, a partir da análise mais esquadrihada da PNSST, em torno das quatro perguntas-base, foram estabelecidas quatro categorias de análise: 1) noção de cuidado; 2) noção de saúde do trabalhador; 3) noção de cuidado em saúde do trabalhador; e 4) 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.

5.2.1 A noção de cuidado

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.” (p.03). 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.

Ao iniciarmos uma análise nos primeiros discursos apresentados no documento, podemos entender que a PNSST será norteadada pela perspectiva assistencialista, mas ao envolver a questão da intersectorialidade, busca-se, de alguma forma, a importância de articular diferentes órgãos e setores. Torna-se uma estratégia para introduzir ao documento um olhar mais integral, porém norteadado pela perspectiva da Vigilância em Saúde. Isso nos denota o rumo que a PNSST vai tomar como um todo. A tensão entre saúde-integralidade *versus* saúde-controle se faz presente, principalmente no que diz respeito à epidemiologia.

A noção de cuidado vai estar pautada, portanto, no que Luz (2007) irá estabelecer como parte da crise da medicina, no plano institucional, em que as políticas de saúde acabam direcionadas pelo âmbito assistencialista e pela decadência do cuidado terapêutico, e o campo do cuidado torna-se cada vez mais despreocupado com a subjetividade do trabalhador. A visibilidade do processo do cuidado em saúde nesse documento recai exatamente na perspectiva atual das políticas de saúde em avaliar e controlar o sistema sem a amplitude do que deve ser feito (LUZ, 2007). Assim, dentro desses padrões, entre as racionalidades em saúde, o viés da saúde ocupacional vai se fortalecendo cada vez mais, corroborando com o modelo da política de saúde discutida por Luz (2007).

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. Abranger a saúde-integralidade torna-se distante do modelo existente. Mas, se a própria política ainda está distante de ser firmemente decretada, o que podemos esperar para a proposição da integralidade das ações no campo do trabalho?

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.

5.2.2 A noção de saúde no trabalho

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 “base da organização social e direito humano fundamental” (BRASIL, 2004, p.03). Neste 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:

[...] as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a **complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde** (Ibid., p.03, grifo nosso).

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de **fatores de risco** de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos, e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares (Ibid., p.06, grifo nosso)

Interessante que, 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, integradas, gerassem apenas a soma dos focos de ambas. 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 numa clínica híbrida, como pontuou Ferla (2007), em que se busca satisfazer um conjunto mais amplo de necessidades¹⁴.

Posteriormente, encontramos a vigência do olhar da Saúde Ocupacional respaldado pela análise do adoecimento que o atribui: condições de trabalho específicas (doenças profissionais); surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho (doenças do trabalho); e adoecimentos comuns à população, que “nada tem a ver” com o trabalho, mas prejudicam o desempenho do trabalhador na sua atividade.

Com isso, mais uma vez, percebe-se a força ainda firme da concepção de **trabalho-risco/saúde-controle**. Nessa concepção, a saúde no trabalho é a ausência de doença ou,

¹⁴ Segundo Cecilio (2009), o campo das necessidades de saúde envolvem: 1) boas condições de vida (considerando desde o acesso a condições de higiene até modos de adoecer e morrer); 2) ter acesso ao consumo de tecnologias de saúde (que possam melhorar a vida); 3) criação de vínculos afetivos e efetivos entre usuários e profissionais de saúde; e, por fim, 4) a autonomia do usuário em seu modo de andar a vida.

utilizando a definição clássica da OMS, o “estado de completo bem-estar”, o que torna problemática a existência de tensões e contradições no cotidiano do trabalho, como já discutido por Dejours, Dessors e Desriaux (1993). Os autores dão visibilidade exatamente para a impossibilidade de considerarmos a saúde como este estado “perfeito”, principalmente quando falamos do trabalho. Um exemplo exposto pelos autores é que, muitas vezes, a angústia é o que move um trabalhador para ação na saúde ou mesmo na militância política. Assim, um aspecto muitas vezes considerado como negativo, pode ser também promovedor de saúde, na medida em que, na ausência da angústia, esse trabalhador se sentirá desmotivado ou mesmo frustrado.

Não há uma busca por aspectos específicos do processo de subjetivação do trabalhador ou mesmo do contexto histórico-cultural. Não há espaço na saúde para a potência do trabalho como produção de saúde, apenas para o trabalho como risco de produção de doenças. O trabalho é conceituado como força para a produção e não como conjunto de relações potentes para configurar movimentos de saúde, inclusive para superar a doença e o sofrimento. Há uma clara tendência de patologização da saúde que, como se viu anteriormente, traz um padrão muito específico do que se pode fazer como atenção à saúde, coincidente com as disposições do modelo biomédico.

Nesse sentido, sabemos que o trabalho pode ser concebido como um “fator de equilíbrio” (DEJOURS, DESSORS & DESRIAUX, 1993, p.01). A saúde do trabalhador está na elaboração de metas e objetivos que o preencham de esperança na atividade que desempenha, que estejam ligadas à satisfação do sujeito. É quando há desejo. Além disso, Dejours e Abdoucheli (2007) acreditam que é o desejo no trabalho que move o sujeito em sua atividade, tornando-se possibilidade de satisfação pessoal e saúde psíquica.

Assim, como abordamos anteriormente no início deste capítulo, trabalho não deve ser concebido apenas como força de alienação, mas de produção de subjetividade e construção de modos de ser (**trabalho-subjetividade**). A saúde deve ser entendida como construção de modos de cuidado singulares a cada sujeito (**saúde-integralidade**).

Em torno de tal lógica e retomando os discursos presentes na PNSST, outro ponto interessante é a questão da saúde mental no trabalho, que é somente citada uma única vez e, mesmo assim, é atribuída a intoxicação por mentais pesados e agrotóxicos (BRASIL, 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. Este 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 adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho contribuem para modificar o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Entre as doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes estão as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimento mental que convivem com doenças profissionais clássicas, como a silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos (Ibid., p.07).

Desse modo, observamos a recorrência e importância de promover um olhar mais apurado ao campo do sofrimento mental no trabalho, que ainda é esquecido na própria proposta da PNSST. Novamente, a saúde se coloca como algo em oposição à doença, que somente pode ser evitada ou tratada. É importante lembrar que já abordamos tal problemática nos debates apresentados no *Capítulo 2*, considerando que as noções são permeadas pelas nossas construções cotidianas e históricas, num novo em que não é possível determinar a dicotomia saúde *versus* doença. Como exposto anteriormente, na esteira de Dejours, Dessors e Desrioux (1993), a angústia, o medo etc., podem promover saúde no trabalho. O importante é nos valermos das especificidades expostas pelos indivíduos em questão. Esse é um desafio importante para as práticas de saúde do trabalhador que mirem a integralidade.

Apesar da centralização do debate em questões biológicas, nota-se a preocupação com um olhar mais abrangente ao enquadrar a questão da violência no trabalho como parte da saúde do trabalhador:

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados (Ibid., p.08).

De uma maneira geral, a visão de saúde é discutida a partir da doença, do adoecimento do trabalhador e não da produção de subjetividade ou de cuidado. Entretanto, sabemos que a construção de subjetividade no trabalho perpassa tensões entre paradigmas que justapõem a visão dicotômica de saúde *versus* doença, no choque de racionalidades. Esses choques promovem também a potência de construções híbridas no que tange às relações

rizomáticas no campo do trabalho. Esses embates formam uma potência de conhecimentos que serão utilizados de diversas maneiras no cotidiano do trabalho. Observamos isso quando o documento traz formulações que abrigam conhecimentos da Epidemiologia, da Medicina do Trabalho e inclusive da Saúde do Trabalhador. Há uma mescla de racionalidades que veiculam tanto o discurso **trabalho-risco/saúde-controle** como o discurso **trabalho-subjetividade/saúde-integralidade**.

5.2.3 A noção de cuidado em saúde do trabalhador

Dentro desse tema, observamos que também há uma mescla de duas racionalidades de cuidado: a da racionalidade médica da Saúde Ocupacional e também a da Saúde do Trabalhador. Há a presença da perspectiva em que segurança se diferencia de saúde do trabalhador (olhar mais ligado a Saúde Ocupacional, nos discursos de risco e segurança no trabalho), mas também se insere a temática de ações de cunho interdisciplinar e intersetorial de certo modo articulado ao olhar da integralidade em saúde. Essa mescla mostra as tensões, uma vez que se trata de campos conceituais diversos.

No documento, apesar de crítica à 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.

A elaboração e adoção da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho [...] representa um subsídio valioso para o diagnóstico, tratamento, vigilância e estabelecimento da relação da doença com o trabalho e outras providências decorrentes. Na Lista, destinada ao uso clínico e epidemiológico, estão relacionadas 198 entidades nosológicas (lista B) e agentes e situações de exposição ocupacional (lista A) codificados segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Ibid., p.07-08).

Para respaldar essa visão, presentifica-se o discurso da previsibilidade: “acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis” (Ibid., p.07). Retoma-se um discurso **trabalho-risco**, que levará à culpabilização do trabalhador pelo seu adoecimento, como exposto anteriormente por Grisci e Lazzarotto (2007).

Aborda-se também a temática da degradação ambiental como algo danoso a saúde dos trabalhadores. E, novamente, enfatiza-se a questão do risco ocupacional ao afirmar que o atual sistema carece de estratégias de prevenção e responsabilização dos empregadores, necessitando de “um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais” (BRASIL,

2004, p.08). O que se destaca aqui não é a existência desse registro, mas seu predomínio sobre outros discursos em relação à produção da saúde.

O interessante é que logo em seguida tais necessidades 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” (Ibid., 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.

O número de dias de trabalho perdidos em razão dos acidentes de trabalho aumenta o custo da mão de obra no Brasil, encarecendo a produção e reduzindo a competitividade do país no mercado externo. Estima-se que o tempo de trabalho perdido anualmente devido aos acidentes de trabalho seja de 106 milhões de dias, apenas no mercado formal, considerando-se os períodos de afastamento de cada trabalhador (Ibid., p.08).

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, respaldados 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.

5.2.4 As estratégias de cuidado em saúde do trabalhador

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* propõe-se a estabelecer as estratégias fundamentais para a operacionalização das ações, a fim de nortear um plano de trabalho subsequente a 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 a 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:

- 1) **Inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde.** Nesse item, vigora a necessidade de criação de dispositivos legais necessários, novamente, numa tentativa de centralidade das questões legalistas e jurídicas. A saúde aparece como um dispositivo normativo.
- 2) **Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação em saúde do trabalhador.** Observamos a carência do debate sobre prevenção e a valorização do cuidado paliativo. Além disso, a questão da proteção recai no discurso do risco, pois coloca o trabalhador como ser passivo e a reparação como cuidado após o dano causado. Com isso, esse olhar de cuidado remete, inclusive, ao discurso da Medicina do Trabalho. Contudo, no documento como um todo, há uma mescla das diferentes racionalidades em saúde do trabalhador, pois este tópico também expõe como estratégia a necessidade de realizar ações integradas entre os diversos órgãos do Governo, além da necessidade de atualização periódica de um plano articulado entre Governo e sociedade civil, buscando a equidade. Assim, é possível observarmos traços da discussão de integralidade. Encontramos inserida também a importância da reforma trabalhista, considerando o papel do Mercosul na formulação da Estratégia Global de Segurança e Saúde do Trabalhador, bem como na reorganização dos serviços nas empresas (SESMT¹⁵) e de interdição no trabalho.
- 3) **Valorização da prevenção em cima da reparação.** Nesse tópico, observamos o desenvolvimento de estratégias totalmente centradas em questões financeiras, destoando fortemente do discurso de cuidado em saúde do trabalhador. Nas estratégias delimitadas no documento, a prevenção se dá articulada à eliminação das políticas de monetarização dos riscos, à adequação de critérios de financiamento e aposentadoria especial, ao estabelecimento de políticas tributárias reduzidas para empresas com baixos índices de acidentes/adoecimentos e ao financiamento para o investimento na melhoria das condições de trabalho. Entretanto, este último item restringir tais

¹⁵ SESMT - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. É composto por uma equipe multiprofissional direcionados à prevenção, proteção e promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores da empresa.

financiamentos às empresas que adotarem medidas em saúde do trabalhador, exigindo o balanço de ações em saúde do trabalhador nos dados contábeis da empresa. Pode-se concluir que apesar de pregar a não monetarização dos riscos, o documento demonstra um cuidado pautado na monetarização da saúde.

- 4) **Estruturar Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador.** Busca-se normalizar cada vez mais a questão da saúde no trabalho, estabelecendo como uma das estratégias, a padronização de conceitos e critérios de riscos e agravos. Embute-se, de forma latente, a questão da *patologização* do sujeito no trabalho, bem aos moldes epidemiológicos, denotando a biopolítica inserida no regime dos corpos. Busca-se instituir a concepção de nexos epidemiológicos, atribuindo essa competência ao SUS, além de incluir nos bancos de dados informações contidas nos relatórios de intervenção e análise dos ambientes. Tais ações inserem a vigilância no campo da Saúde do Trabalhador, porém pautada no aspecto do disciplinamento dos corpos e de mecanismo de governamentalidade, a polícia médica abordada por Foucault (1979b). Acumular dados e informações, produzir evidências para a razão científica vigente, dar formato legítimo à doença e aos seus riscos no trabalho, tudo isso parece pretender a ocupação inteira do lugar da inteligência coletiva no uso das informações para fomentar o protagonismo de diferentes atores e discursos. Esse apontamento não pretende diminuir a importância da coleta sistemática dos dados e da informação, mas marcar a ausência da preocupação de outros usos, exceto aqueles da tradição biomédica e administrativa.
- 5) **Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança do Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pelas operacionalizações da PNSST.** Busca-se, nesse item, aprimorar a formação e capacitação dos atores que estarão à frente da efetivação das ações no campo de saúde do trabalhador, desenvolvendo uma produção de conhecimento desde o ensino fundamental e médio, passando pelos cursos de formação até os cursos superiores na área de saúde, engenharia e administração. Além disso, evidencia-se a importância de adequar a capacitação aos parâmetros do SUS: promoção, vigilância, prevenção, assistência e reabilitação, incluindo trabalhadores e movimentos sociais nos

processos de educação continuada. A Política dá vazão, portanto, à importância de formação e educação continuada no campo da saúde do trabalhador, envolvendo vários setores da sociedade, suprimindo a carência de informação que abate a sociedade de maneira geral, bem como os próprios trabalhadores, já que prevê a inserção desses conhecimentos desde o ensino fundamental. Vale ressaltar que é mister este tipo de ação, principalmente entre os atores de ações de saúde no trabalho, pois muitos não possuem conhecimento adequado na área, trazendo, muitas vezes, o olhar arraigado no campo da Medicina do Trabalho ou ainda a total carência de informação. Entretanto, é importante ressaltar que o termo *capacitação* e *educação continuada* trazem um determinado caráter pedagógico disciplinar desprovido de escuta referente às necessidades reais dos trabalhadores, às suas atividades habituais e dificuldades, problemáticas e conflitos. O documento denota um ensino que expressa ideais sem considerar as especificidades.

- 6) **Promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em Saúde do Trabalhador.** Isto traz a necessidade de se desenvolver pesquisas e estudos no campo da Saúde do Trabalhador, que aprimorem a atuação e o cuidado neste campo, de acordo com as especificidades do sujeito e de seu contexto sócio-histórico e cultural. Nesse sentido, busca-se estimular a produção de pesquisas articuladas com centros e universidades, garantindo recursos públicos para financiá-los.

Mas após essas estratégias, pergunta-se: **a quem cabe a gestão da Política?**

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

Além disso, cada unidade terá liberdade na metodologia para formulação das normas e regulamentos, mas caberá à GEISAT analisar conflitos de interesses e superposições de áreas. A GEISAT será responsável pela construção do Plano de Ação em Segurança e Saúde do Trabalhador e pela implementação dessas ações, além da revisão periódica da própria PNSST.

Entretanto, para isso são atribuídas determinadas responsabilidades institucionais entre os membros/órgãos da União:

- Ministério do Trabalho e Emprego fica encarregado da implementação legal de normas e diretrizes no campo das Normas Regulamentadoras e da fiscalização das Delegacias Regionais do Trabalho. Nesse campo, vigora principalmente as estratégias jurídicas do disciplinamento (FOUCAULT, 1987).
- Ministério da Previdência Social fica responsável pela vigilância, fiscalização e inspeção dos ambientes de trabalho e dos possíveis nexos epidemiológicos entre os adoecimentos e os contextos laborais. Ou seja, compõe o que, segundo Foucault (1979b), poderíamos enquadrar como polícia médica, remetendo a chamada Medicina de Estado alemã.
- Ministério da Saúde apresenta como principal responsabilidade a gestão burocrática das questões relacionadas à saúde do trabalhador, enquanto gestor nacional do SUS, no sentido de apoiar e definir financiamentos, implantar a RENAST e organizar as redes de informação em saúde do trabalhador, envolvendo o acompanhamento de ações dentro do SUS e buscando a incorporação nas redes de serviços de saúde de atenção básica e de média e alta complexidade. Observamos, assim, a inserção da integralidade em saúde do trabalhador.
- FUNDACENTRO compõe a responsabilidade da produção de conhecimento e pesquisas em saúde do trabalhador, desde temáticas como a melhoria nas condições de trabalho até a elaboração e revisão de Normas Regulamentadoras.
- Sociedade civil organizada terá como papel o controle social na averiguação e participação da implementação da Política no país.

Assim sendo, observamos que a conjuntura de estratégias se compõe na formulação de ideias e propostas que norteiam o desenvolvimento futuro de planos de ação. Ou seja, recai sobre a GEISAT tal responsabilidade, mas, concomitantemente, fica em aberto o planejamento de ações integradas, uma vez que “a formulação de Normas e Regulamentos, na área de SST, seguirá as metodologias próprias de cada unidade” (p.13). 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.

Além disso, entre as estratégias de cuidado apresentadas na PNSST, novamente, há uma mescla entre concepções da Saúde Ocupacional – nos discursos de risco/agravo no trabalho, na patologização do sujeito, na monetarização da saúde – e da Saúde do Trabalhador – nas proposições de integralidade de assistência.

Mas, considerando estes aspectos acima abordados, sabemos que algumas modificações ocorreram nos últimos anos, de 2004 até agora. Porém, que rumos a Política tomou neste período? Como se encontra a vigência da PNSST na atualidade? Em que estado ela está no país? Essa pergunta pode nos aproximar ainda mais da análise da política no cotidiano de trabalho.

5.3 A REALIDADE ATUAL – COMO ESTÁ A PNSST NO BRASIL HOJE?

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 desinteresse da regulamentação da Política no país.

A 3ª CNST foi realizada onze anos depois da 2ª CNST. Mais uma vez, depois de um longo período é que vão formalizar algumas formulações dentro do campo da Saúde do Trabalhador. Para essa 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 até aquele momento. Porém, os três eixos orientadores do evento foram: 1) a garantia de integralidade e transversalidade nas ações do Estado em Saúde do Trabalhador (S.T.); 2) incorporação da S.T. nas políticas de desenvolvimento; e 3) efetivação e ampliação do controle social em S.T. Percebe-se, pela escolha desses eixos, que a temática sobre a Política de Nacional de S.T. não estava mais em foco no 3º evento. Vasconcellos (2007) afirma, inclusive, que o próprio lema da 3ª CNST já refletia isso:

A 3ª CNST, realizada em novembro de 2005, tinha como lema central *Trabalhar Sim, Adoecer Não*. A expressão adotada no tema central de pronto retira a ênfase de uma política nacional direcionada à área, ao contrário das duas conferências anteriores. Antes mais marcadamente presente, a questão da política nacional perdeu-se na estruturação temática fragmentada. A ênfase no "*adoecer não*" é de

duvidosa interpretação para a sociedade, do ponto de vista da análise do modelo de organização dos processos produtivos (VASCONCELLOS, 2007, p.215).

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.

O binômio trabalho-doença, embora protagonista em sua relevância para a vida e saúde dos trabalhadores, afunila, ainda que simbolicamente, e direciona para a medicalização da relação trabalho-saúde, cultura hegemônica de caráter antagônico ao da saúde do trabalhador. Ainda que o fato não retire o expressivo conteúdo da discussão da 3ª CNST em seus eixos diretivos, o foco na doença ("adoecer não") é um sinal considerável da atual condução da política (Ibid., p.215).

A escolha das CNSTs para compreender a formulação da PNSST se deu em razão da possibilidade de se compreender a teia de jogos de saber/poder envoltos nos debates e discussões no campo da saúde do trabalhador no país, ao longo dos anos. 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.

Mais do que isso, elas trazem a compilação dos resultados de debates desenvolvidos ao longo dos anos e processos de desenvolvimento da Saúde do Trabalhador no país, bem como englobam as tensões, normas e estratégias de cada área/órgão/setor do país (desde os Ministérios até os movimentos sindicais e centros de pesquisa). Tudo isso emaranhado num mesmo evento.

Todavia, as conferências acabam por externar abruptamente uma expectativa acumulada, por anos a fio, de (não) resolução dos problemas de todos os segmentos de trabalhadores que delas participam. E, pior, o não encaminhamento das propostas para sua efetivação pelo Estado acaba por torná-las repetitivas nas formulações. Vimos na 3ª CNST de 2005 propostas exatamente iguais às da 1ª CNST de 1986, portanto formuladas há 19 anos. A bem-vinda renovação de quadros e da militância traz oxigênio, mas não traz à cena a memória acumulada. É um dilema a ser enfrentado (Ibid., p.212).

Fazendo uma análise geral, podemos observar que após aqueles anos de debate (de 1986 a 2005), nada foi concretizado em relação às formulações propostas nas conferências. A

regulamentação de uma política nacional em saúde do trabalhador, novamente, não saiu do papel. Vasconcellos (2007) afirma, inclusive, que as conferências não terão força para modificar os rumos da política, por depender de “mecanismos inovadores de gestão participativa” (p.218).

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:

- 1) Há uma ausência do tema na agenda de discussão das publicações do Ministério da Saúde.

Realizamos um levantamento de 2005 a 2010 sobre o tema nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde, dentro da Área Temática em Saúde do Trabalhador. Entretanto, a última atualização da base de dados virtual dessa área temática foi em 15 de junho de 2009, como divulgado no próprio *site*. A partir dessa pesquisa, formulamos uma tabela abaixo, constando os dados referentes a palavra-chave “Política de Saúde do Trabalhador”.

Tabela 2: Número de referências encontradas na base de dados da área temática em saúde do trabalhador da BVS do Ministério da Saúde, no período de 2005 a 2010.

| Tipo de referência | Ano | | | | | | | TOTAL |
|---|------|------|------|------|------|-------|-----------------|-----------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010* | Anos anteriores | |
| Texto para curso | 00 | 00 | 06 | 00 | 00 | - | 00 | 06 |
| Manual | 00 | 01 | 00 | 00 | 00 | - | 00 | 01 |
| Cartilha | 00 | 01 | 00 | 00 | 00 | - | 00 | 01 |
| Documento oficial (Políticas, Relatórios) | 00 | 00 | 00 | 00 | 01 | - | 04 | 05 |
| Recursos audiovisuais | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | - | 00 | 00 |
| Teses e dissertações | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | - | 00 | 00 |
| TOTAL | | | | | | | | 13 |
| *não houve atualização da base de dados após 15/06/2009 | | | | | | | | |

Na pesquisa, constavam treze referências com a palavra-chave, sendo que somente nove estavam no período de 2005 a 2009. Observamos, portanto, a carência de discussões no campo, nos últimos anos, concluindo que o tema saiu da agenda de discussão das publicações divulgadas pelo próprio Ministério da Saúde.

Considerando tais informações, percebemos que o tema da implementação da política se torna um ponto paralelo nesse campo de discussão. Observa-se, inclusive, que a própria valorização da proposta ficou fora de questão, mais uma vez, como já pontuado por Vasconcellos (2007), por uma ausência de divulgação e publicações nesse sentido. Que estratégias de poder poderiam estar articuladas com esta não perspectiva? A mera divulgação da versão da PNSST para consulta pública seria uma estratégia de descentralizar o foco da implementação real da Política?

Talvez, nesse sentido, pudéssemos pensar as articulações possíveis no campo das racionalidades em saúde no trabalho, voltando o olhar apenas para o campo das afirmações políticas nas lutas tangenciais, dispersando o foco dos problemas concretos do cotidiano das relações de trabalho. Cabe ressaltar também a valorização financeiro-administrativa no que concerne a questão econômica do país, buscando lidar mais com os problemas que envolvem o absenteísmo dos trabalhadores nos postos de trabalhos, relacionados a doenças profissionais e do trabalho e aos acidentes. Esse ponto fica claro quando observamos as últimas regulamentações no campo da Saúde do Trabalhador, que vem sendo direcionadas apenas ao aspecto do diagnóstico e prevenção de doenças e acidentes de trabalho, formalizadas pelo próprio Ministério da Saúde, uma vez que o campo da Saúde do Trabalhador, hoje, se encontra centrado na área da Vigilância em Saúde dentro das políticas de saúde do M.S., como veremos em seguida.

- 2) As regulamentações publicadas no âmbito da Saúde do Trabalhador, principalmente nos últimos dois anos (2009 e 2010), estiveram ligadas ao campo da Vigilância em Saúde como demonstra do IV Encontro Nacional da RENAST, em 2010.

O IV Encontro Nacional da RENAST, realizado em junho de 2010 teve como tema principal a discussão da proposta da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) no SUS, ou seja, deslocando o âmbito da política para um tipo de trabalhador específico, o da saúde pública. Além disso, as temáticas abordadas no evento trouxeram o panorama da

PNSST, abordado sempre a partir de regulamentações da Vigilância em Saúde, considerando essas normatizações como parte do processo de formalização da Política no Brasil.

O coordenador geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde participou do evento expondo o “Cenário atual da Política de Saúde do Trabalhador”. Porém, traz em sua apresentação duas portarias (nº 3252/2009 e nº 2728/2009) e um decreto-lei (nº 6860/2009) do Ministério da Saúde que inserem regulamentações no âmbito da Saúde do Trabalhador a partir da Vigilância em Saúde, em que vale destacar a formalização da política de saúde do trabalhador como parte da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS (Portaria nº 3252/2009):

Art.35 – À SVS compete:

I – coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, integrado por:
f) a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (VAZ, 2010, p.02).

Compreendemos que, desde 2009, formaliza-se a absorção das discussões em S.T. para o interior do contexto de vigilância em saúde, como encontra-se na atualidade. Com isso, intensificam-se as ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador. Interessante é que, após apresentação das portarias, a discussão apresentada por Vaz (2010) parte para a formulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS. Novamente, o foco no trabalhador brasileiro em geral é esquecido e passa-se a focar somente o trabalhador de saúde. O que nos leva a pensar: por que esse processo sempre foge da implementação de uma Política Nacional em Saúde do Trabalhador geral?

A própria Saúde do Trabalhador, nesse momento, está enquadrada na Secretaria de Vigilância em Saúde, dentro do Departamento de Vigilância de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Fica bem claro que a Saúde do Trabalhador no Brasil está atualmente alocada no campo das políticas de prevenção de riscos e diagnósticos epidemiológicos, o que é facilmente observado ao visitar o *link* referente à Saúde do Trabalhador no endereço *on-line* do Ministério da Saúde.

Além disso, a Saúde do Trabalhador nem sequer se encontra entre as Ações e Programas em destaque do Ministério no *site*. O campo da Saúde do Trabalhador está dentro do item Vigilância em Saúde, onde prioritariamente encontramos diretrizes e ações ligadas a campanhas de prevenção de riscos de acidentes e epidemiológicas. Adentrando ao campo referente à legislação ligada à Saúde do Trabalhador, ainda está consta o documento preliminar – a PNSST de 2004 – e a Portaria nº 1.125 de 6 de julho de 2005 como Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. Entretanto, sabemos que esta

portaria não regulamenta o documento da PNSST, mas apenas expõe as diretrizes necessárias para as ações a serem desenvolvidas no campo da saúde no trabalho.

Onde chegamos até agora? A apresentação de que a Política continua como ponto divergente das discussões atuais e que a saúde no campo do trabalho está cada vez mais norteada pelas racionalidades da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, distanciando-se do modelo de cuidado integral já foi exposto no *Capítulo 2* e ao longo desta pesquisa. A nomenclatura permanece ligada à racionalidade da Saúde do Trabalhador, mas as propostas e ações colocadas na atualidade estão dispostas no campo da Saúde Ocupacional, sempre norteadas pelas noções de **trabalho-risco/saúde-controle**.

- 3) Não há um diálogo convergente entre os Ministérios envolvidos na implementação da Política, demonstrando uma desarticulação na formulação da mesma.

Em 28 de abril deste ano – Dia Mundial em memória às Vítimas de Acidentes de Trabalho – o Ministro do Trabalho e Emprego, Carlos Lupi, informou, pela assessoria de imprensa do MTE, a apresentação da PNSST para a presidenta do Brasil, Dilma Rousseff.

A versão apresentada no evento (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2011) já apresenta alterações, principalmente no que tange a responsabilidade da gestão da Política, que fica agora subdividida em gestão participativa e gestão executiva, em que a primeira fica a cargo da Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho “constituída paritariamente por representantes do Governo, trabalhadores e empregadores.” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2011, p.01) e a segunda sob responsabilidade dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e Emprego. A nomenclatura também foi alterada, sendo agora denominada de Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (e não do Trabalhador), o que demonstra um caráter de absorver e ampliar as racionalidades nesse campo, não restritas à já denominada racionalidade “Saúde do Trabalhador”.

A nova versão já se encontra pautada na Convenção nº 155 da OIT, bem como no Plano de Ação Global em Saúde do Trabalhador, da OMS. Entretanto, o documento apresenta apenas quatro páginas, bem mais sucinto que a versão de 2004.

Observamos também que a articulação entre os Ministérios ainda não se encontra vigente, uma vez que encontramos informações diferenciadas disponibilizadas por Ministério

da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Emprego, o que explica a carência de ações articuladas e transversais face ao que é proposto.

Além disso, a manchete da notícia afirma que a Política foi lançada, mas no corpo da reportagem informa que ainda será aprovada, tendo sido apenas apresentado o decreto que ainda será assinado pela Presidência da República.

Assim, analisando estes três pontos acerca da materialidade atual da política no campo da saúde no trabalho, podemos desenvolver algumas conclusões.

Primeiramente, ainda há um forte predomínio, por vezes dissimulado, 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 tornados 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 MS e a PNSST do MTE. Nesse sentido, apesar das diferenças, são elas que irão construir novos rumos para a saúde do trabalhador no Brasil.

Esses conflitos, no âmbito da construção de uma política em saúde do trabalhador, podem nos levar a observar as deficiências do processo, uma vez que a desarticulação entre os diversos setores políticos e sociais e a dispersão da discussão da Política de ST nos traz a preocupação com a realidade cotidiana dos trabalhadores; mas, ao mesmo tempo, permite a formulação de novas linhas de força, potentes, que se constroem exatamente nesse embate.

São nos entremeios das relações rizomáticas que se estabelecem os mecanismos de poder – ou, mais especificamente, do biopoder – que possibilitam a eclosão de pensamentos, ideias e ações que irão transformar as relações de poder na sociedade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento desta pesquisa, várias foram as tensões que se colocaram para a análise de uma política em Saúde do Trabalhador: o porquê de uma análise documental, as escolhas teóricas, a concepção de cuidado em saúde, as divergências nas diferentes racionalidades no campo da saúde no trabalho, as diversas terminologias e o que cada uma delas traz enquanto campo de disputa de poder, os documentos analisados etc. Poder-se-ia listar uma página inteira dos discursos que influenciaram o processo de construção desta pesquisa.

Obviamente, que esta pesquisa não busca cessar a questão, muito menos, a amplitude das análises que podem se desenvolver a partir do que foi apresentado. Propõe-se, inclusive, que este material possa suscitar outras pesquisas acerca do tema.

Esta pesquisa adotou como lema a perspectiva foucaultiana de que discursos são desenvolvidos para produzirmos e, por vezes, institucionalizarmos uma “verdade”. Nas palavras de Foucault (2008a, p.08-09):

Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que tem por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade.

Obviamente que enfrentarmos essa tensão, forçarmos seus limites não é tarefa fácil nem simples, uma vez que nos faz entrar em choque com os “padrões” que estamos tão habituados.

O desejo diz: “Eu não queria ter de entrar nessa ordem arriscada do discurso; não queria ter de me haver com o que tem de categórico e decisivo; gostaria que fosse ao meu redor como uma transparência calma, profunda, indefinidamente aberta, em que os outros respondessem à minha expectativa, e de onde as verdades se elevassem, uma a uma; eu não teria senão de me deixar levar, nela e por ela, como um destroço feliz.” (Ibid., p.07)

Porém, apesar de difícil, a busca pela compreensão dos entrelaçamentos, dos mecanismos de poder e construção de verdades pode nos promover o descobrimento de novas possibilidades de viver e de, principalmente, criação de outros modos de operar em prol da Saúde Coletiva e da Psicologia Social no Brasil. Esses efeitos nos chocam cotidianamente, muitas vezes nos fazendo cair nos abismos da contradição.

Este trabalho procurou dar visibilidade às lógicas relacionadas ao campo da saúde no trabalho e, assim, mostrar que, mesmo dentro da construção de uma política ou na própria retórica de cada racionalidade em saúde do trabalhador, os atravessamentos históricos e sociais que formulam estas mesmas verdades podem ser evidenciados, e concomitantemente, suscitar uma potência de vida nas lutas por meio das resistências aos mecanismos de biopoder.

Assim, buscar compreender um processo de construção e implementação de uma política por meio da análise documental denota um importante operador analítico, pois, com esse tipo de análise, encontramos tanto aquilo que foi formalizado como “norma” quanto as tensões dos documentos que levaram a sua produção, evidenciando o que foi absorvido e o que foi “esquecido” nos movimentos de formulação da mesma. Os diversos relatórios das CNST demonstraram esse movimento, bem como as regulamentações no campo da Vigilância em Saúde. Observamos que, a partir dos documentos, podemos dar visibilidade para as tensões no campo do discurso, uma vez que trazem o rizoma das formações discursivas, da produção da política e dos mecanismos de poder em nível microfísico. Isso também nos permite monitorar o percurso futuro da política, a partir dos rumos demonstrados ao longo da pesquisa. Desse modo, a análise documental também nos confronta como uma potente tecnologia de monitoramento da Política. Ou seja, realizar estudos futuros com a produção documental brasileira pode ser um importante operador de monitoramento futuro da mesma.

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 infindas terminologias dedicadas a Política – PNST, PNSST¹⁶, PNSST¹⁷. 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, de acordo com os modelos de racionalidades em saúde propostos por Luz (2007). Assim, a partir destes moldes, observamos que se desenvolveram três racionalidades no campo da saúde no trabalho – Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador – que atravessaram a compreensão de

¹⁶ Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

¹⁷ Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

trabalho, de saúde no trabalho e de sujeito-trabalhador. 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 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. Também é importante registrar que esse enfoque nos parece potente apenas para pensar a saúde na perspectiva das doenças, sejam elas reais ou potenciais (riscos). As abordagens predominantes na construção recente dessa política nos mostram uma estranha subordinação ao paradigma biomédico, ao contrário do que ocorreu no início do processo de Reforma Sanitária no Brasil, em que as relações entre saúde e trabalho, assim como entre doença mental e saúde, tiveram importância para ampliar a abrangência das discussões, das políticas, das formulações teóricas e das bandeiras de luta da sociedade por um sistema de saúde que operasse a partir de um conceito mais amplo de saúde e da saúde como direito de cidadania (LUZ, 2007; VASCONCELLOS, 2007). Em algum momento da história recente, essa associação parece ter se perdido, ou ao menos perdido sua força.

Na compreensão da importância de tais aspectos, porque eles foram “esquecidos” na formulação da PNSST nos últimos anos? Por que, atualmente, jogamos a área de Saúde do Trabalhador para o campo da Vigilância em Saúde, após tantos anos de luta no processo de Reforma Sanitária do país, deixando de lado as primeiras propostas de uma PNST debatidas na 1ª CNST?

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 (os adicionais de insalubridade e/ou periculosidade, como se estes fossem verdadeiras “cápsulas de proteção” que impedissem os trabalhadores de adoecerem ou sofrerem acidentes), 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.

Não há interface, portanto, para absorção das demandas referentes à saúde do trabalhador no SUS, inclusive em relação à capacidade que a compreensão das relações entre a saúde e o trabalho pode alocar para ampliar a abrangência e a radicalidade do cuidado em

saúde na produção de novos padrões de vida individual e coletiva. Algumas diretrizes são colocadas no papel, mas não chegam à efetivação das ações. Desde as primeiras formulações da 1ª CNST, em 1986, a Política clama por programas específicos na rede pública de atenção integral. Contudo, na transição política e social até a 2ª CNST, o discurso muda de foco e vigoram novos interesses no campo socioeconômico brasileiro. É preciso ter mão de obra operante e saudável, frente ao exponencial crescimento econômico do país com a chegada do século XXI.

Essas dispersões nos trazem a possibilidade de analisar os rumos de construção de possibilidades e concretizá-las, como nos coloca a pergunta do *Capítulo 4*: “PNST: construindo possibilidades ou consolidando propostas?”. Talvez, nenhuma das duas até agora. Observamos que a saúde no campo do trabalho é um debate complexo, que envolve questões socioeconômicas, de gestão financeiro-administrativa, políticas, de relações de poder, de exploração social, de construção de valores “morais”, de estratégias biopolíticas, de modos de subjetivação e de estéticas de existência. Nesse sentido, que possibilidade podemos traçar para construir esses novos rumos, priorizando-se a vertente do cuidado? Buscar pela integralidade.

A integralidade, como já afirmam Mattos (2004) e Ferla (2007), é a possibilidade de construirmos novos modos de gestão do cuidado em saúde norteados pela perspectiva do sujeito. É colocar o trabalhador no foco da atenção e da assistência, é transformar a própria prática em saúde, trazendo a lógica para a construção de um projeto terapêutico em conjunto com o usuário (trabalhador) a partir da sua singularidade. Porém, assim como já discutido por Mattos (2004), a integralidade continua sendo uma das diretrizes menos visíveis no SUS, e ainda mais, no campo da saúde no trabalho.

As estratégias de cuidado em saúde do trabalhador atualmente vigoram de forma dispersa, talvez para que o campo da saúde ocupacional continue efetivo, na medida em que a lógica do **trabalho-risco/saúde-controle** desenvolve processos mais simples de disciplinamento e vigilância. Porém, podemos promover estratégias que, pouco a pouco, componham a atenção integral ao trabalhador no campo da atenção básica no SUS, valorizando seu conhecimento e dando escuta aos problemas invisibilizados pelo discurso da flexibilização no trabalho e da gestão pela qualidade.

A criação de linhas de cuidado em ST em Unidades Básicas de Saúde ou mesmo a criação de Unidade de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador nos permite inserir este 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.

Mais do que isso, na medida em que uma linha de cuidados perpassa diferentes serviços. Perpassa propondo articulação entre eles e suas ofertas, mas também criando tensões entre as racionalidades vigentes, reivindicando hibridizações nos saberes que embasam as ações e na organização mesma do cuidado. Nesse sentido, sabemos que esta luta é cotidiana e intensa, pois há ainda, desde a construção do SUS, uma lógica de acumulação de bens materiais e bens simbólicos, no que compete disputas e lucros diferenciados (FEUERWERKER, 2005), mas que é possível inverter essa lógica e criar novos rumos, novas linhas nos campos rizomáticos da produção em saúde.

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 ao invés de se lutar pelos acordos coletivos relativos aos planos de saúde e adicionais de insalubridade. Esse caminho se esvaiu ao longo do tempo, principalmente nas práticas cotidianas do trabalho, em que os trabalhadores (e seus “representantes”, no caso, os sindicatos) brigam com os donos das empresas pelo pagamento de planos privados de saúde e no aumento salarial a partir da monetarização dos riscos.

Isso fortalece a ausência da inserção da saúde do trabalhador na agenda política nacional, uma vez que os próprios sujeitos inseridos no processo não estão interessados por uma política que inclua o direito de atenção integral dos trabalhadores nos serviços públicos do Brasil, no caso, no SUS. Com isso, há uma crescente desmobilização de atores que poderiam fazer frente a esse processo, desenvolvendo mecanismos de resistência e linhas fuga, mas o que se vê é uma absorção cada vez maior das práticas ligadas a necessidade de seguros privados de saúde em vez de ações articuladas com diferentes políticas públicas de saúde gratuita ao trabalhador brasileiro.

Considerando todos esses aspectos, é importante ressaltar que o processo de desenvolvimento de uma política nacional de saúde do trabalhador deve considerar os preceitos da gestão do cuidado em saúde e estar pautado na autonomia do usuário, colado as especificidades do sujeito em questão, tendo a saúde como uma expressão de seu processo de subjetivação e arte de viver. E para isso, é preciso promover mudanças, corroer o imutável e sacudir o que está estabelecido.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2000.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001.

BRASIL. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

_____. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria Interministerial nº 800, de 03/05/2005**. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

_____. **Legislação em Saúde**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Portaria nº 1.125**, de 6 de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>> Acesso em: 25 mai. 2010

BUCHILLET, Dominique. Tuberculose, cultura e saúde pública. **Série Antropologia**, Brasília, n.273, 2000.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. **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. 151p. Dissertação (Mestrado em Saúde do Trabalhador) – Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA, Alcindo Antonio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.6, n.3, p.443-456, fev.2009

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

DEJOURS, Christopher; DESSORS, Dominique; DESRIAUX, François. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, n.3, p.98-104, mai./jun. 1993.

DEJOURS, Christopher; ABDOUCHELI, Elisabeth. Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1 ed. – 8. reimpr - São Paulo: Atlas, 2007. p.33-43

DIAS, Elizabeth Costa e HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e saúde coletiva**. v.10, n.4, p. 817-827, 2005.

FERLA, Alcindo A. **Clínica em movimento**: cartografia do cuidado em saúde. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

_____. **Incorporação da tecnologia de linhas de cuidado na Saúde Suplementar como revisitação do conceito de integralidade na ordem do sistema de saúde**: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil. Projeto de Pesquisa. Porto Alegre, mar. 2009.

FERLA, Alcindo A.; OLIVEIRA, Paulo de Tarso R.; LEMOS, Flávia C. S. **Medicina, ciência moderna e Estado: o hospital e a biopolítica**. Belém, 2008. No prelo.

FEUERWERKER, L. M. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2011.

FIGUEIREDO, Napoleão. Os “bichos” que curam: os animais e a medicina de “folk” em Belém do Pará. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, Série Antropologia**, v.10, n.1, p.75-91, 1994.

FORRESTER, Viviane. **O horror econômico**. São Paulo: Editora UNESP, 1997.

FOUCAULT, Michel. A verdade e as formas jurídicas. **Cadernos da PUC/RJ**. Rio de Janeiro: n.16, p.05-102, 1979a.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979b.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. 15.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. (1971) **A ordem do discurso**. 17.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008a.

_____. **Segurança, território e população**: Curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008b

GRISCI, Carmem Ligia I. e LAZZAROTTO, Gislei Romanzini. Psicologia Social no Trabalho. In: JACQUES, Maria das Graças (org.) **Psicologia Social Contemporânea**. 10a. ed. São Paulo: Vozes, 2007.

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

_____. **Saúde do Trabalhador**: vinte anos de história e trajetória. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, 2005.

LAPIS, Naira Lima; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.61-68, jan./abr., 2007.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LE GOFF, Jacques. Documento/Monumento. In: **História e memória**. Campinas: Editora da Unicamp, 1996.

LE MOS, Flávia Cristina Silveira. A genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia & Sociedade**, 2008. No prelo.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MAENO, Maria e CARMO, José Carlos do. **Saúde do Trabalhador no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MANUAL de Segurança e Medicina do Trabalho. **Lei Nº 6.514**, de 22 de dezembro de 1977. 60ª Edição. Ed. Atlas. 2007.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set./out., 2004.

MAUÉS, Raymundo Heraldo. **A Ilha Encantada**: medicina e xamanismo numa comunidade de pescadores. Belém: Universidade Federal do Pará, 1990

_____. Três formas de cura espiritual: na pajelança cabocla amazônica, na renovação carismática e na biomedicina. **26ª Reunião Brasileira de Antropologia**, Porto Seguro, jun.2008.

MAUÉS, Raymundo Heraldo e MOTTA-MAUÉS, Angélica. O modelo da “reima”: representações alimentares em uma comunidade amazônica. **Anuário Antropológico**, Rio de Janeiro, v.77, n.2, p.120-147.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.305-314, 1999.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. **IV Congresso da Rede Unida**. Belo Horizonte, 2005.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson; FRANCO, Tulio Bastista; MAGALHÃES JR, Helvécio Miranda. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado: movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde**. Texto para curso. Linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

MINAYO-GOMES, Carlos e THEDIM-COSTA, Sonia M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.21-32, 1997.

MINAYO-GOMES, Carlos e LACAZ, Francisco A. de Castro. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.797-807, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=928>. Acesso em: 28 set. 2008.

_____. **1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf>. Acesso em 12 out. 2009.

_____. **2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Anais. Brasília: Ministério da Saúde/Divisão de Saúde do Trabalhador, (1994) 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/Arquivos/Sala203.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010

_____. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Textos de Apoio: coletânea nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/crest/downloads/Coletanea.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2010.

_____. **Trabalhar Sim, Adoecer Não!** O processo de participação social em Saúde do Trabalhador: da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador à 13ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <portal.saude.gov.br/.../relatorio_3_cnst_com_capa_para_consulta_publica_090408.doc>. Acesso em: 25 nov. 2010.

_____. **IV Encontro Nacional da RENAST**. Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://189.28.128.179:8080/pisast/informacoes-do-trabalhador/eventos/iv-encontro-nacional-da-renast>>. Acesso em: 14 fev. 2011.

_____. **Base de dados.** Área Temática em Saúde do Trabalhador, Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pub_bases.php>. Acesso em: 08 abr. 2011.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Normas Regulamentadoras.** Disponível em: <http://www.mte.gov.br/seg_sau/leg_normas_regulamentadoras.asp>. Acesso em: 30 set. 2008.

_____. **Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_ctssp_proposta.pdf> Acesso em: 31 mai. 2011.

_____. **Lançada a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.** Assessoria de Imprensa do Ministério do Trabalho e Emprego. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/imprensa/lancada-politica-nacional-de-seguranca-e-saude-no-trabalho.htm>>. Acesso em: 31 mai. 2011.

NARDI, Henrique Caetano. **Ética, Trabalho e Subjetividade.** Porto Alegre: UFRGS, 2006.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lúgia (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

PRADO FILHO, Kleber e MARTINS, Simone. A subjetividade como objeto da(s) Psicologia(s). **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.19, n.3, p.14-19, set./dez., 2007.

RIGOTTO, Raquel. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. In: I ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. **Anais...** 1999. p.49-62.

RUFFEIL, Neide Regina Sampaio. **Ergo(trans)formação: curtos circuitos entre o trabalhar e os processos de subjetivação.** Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro, 2009.

SATO, Leny e SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Psicologia do Trabalho e Psicologia Clínica: um ensaio de articulação focalizando o desemprego. **Estudos de Psicologia**, v.9, n. 2, p.365-371, 2004.

SATO, Leny; LACAZ, Francisco Antonio de Castro e BERNARDO, Márcia Hespanhol. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.281-288, 2006.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, out 1997.

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo.** Rio de Janeiro: Record, 2007.

SOUSA FILHO, Alípio. Foucault: o cuidado de si e a liberdade ou a liberdade é uma agonística. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de; VEIGA-NETO, Alfredo;

SOUSAFILHO, Alípio. (orgs). **Cartografias de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p.13-26.

SPINK, Mary Jane P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.1, p.18-27, jan-abr 2007.

SPINK, Peter. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004.

TONELLI, Maria José; LACOMBE, Beatriz Maria; CALDAS, Miguel. Desenvolvimento histórico do RH no Brasil e no mundo. In: **Manual de gestão de pessoas e equipes: estratégias e tendências**. v.1. São Paulo: Editora Gente, 2002, p.59-84.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

VAZ, Carlos. **Cenário da Política Nacional de Saúde do Trabalhador**. IV Encontro Nacional da RENAST. Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador. Brasília, 2010.