



As Políticas Sociais de Saúde do Trabalhador no Brasil

Andréa Maria Giannico de Araújo Viana Consolino¹

Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão²

Resumo

Este estudo teve como objetivo conhecer as diretrizes nacionais relacionadas ao tema saúde do trabalhador, estabelecidas pelas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST), atreladas à grande área de saúde (Conferência Nacional de Saúde-CNS). Foi realizada uma pesquisa documental na base de dados do Ministério da Saúde, entre os meses de julho e agosto de 2012. Os resultados apontam a realização de quatorze CNS, entre os anos de 1941 e 2011, e três CNST, entre 1986 e 2005. Há indicativos de que muitas diretrizes dessas conferências não se tornaram realidade, somente se estruturando ao término do período da ditadura militar e culminando com a VIII CNS. Conclui-se que, no Brasil, a questão da saúde do trabalhador, embora discutida desde 1904 com o Projeto de Regulamentação dos Acidentes de Trabalho e intensificada com o movimento da Reforma Sanitária, na década de 80, apresenta muitas lacunas e tem muito a avançar.

Palavras-chave: Conferências de Saúde. Saúde do Trabalhador. Intersetorialidade.

The Social Policy Occupational Health in Brazil

¹ Mestranda em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté – Rua Visconde do Rio Branco, 210 - Centro - 12020-040 - Taubaté/SP, E-mail: andejair@uol.com.br.

² Docente do Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté (UNITAU). E-mail: marluce@unitau.br.
Recebimento: 17/03/2013 • Aceite: 10/06/2013

Abstract

This study aimed to meet the national guidelines related to the topic of the health worker, established by the National Conference of Occupational Health (CNST), linked to major health (National Health Conference-CNS). Documentary research was conducted in the database of the Ministry of Health, between the months of July and August 2012. The results show the performance of fourteen CNS, between the years 1941 and 2011, and three CNST, between 1986 and 2005. There are indications that many of these conferences guidelines have not come true, only if structuring the end of the military dictatorship period and culminating in the CNS VIII. We conclude that, in Brazil, the issue of health worker, although discussed since 1904 with Project Regulation of Occupational Accidents and intensified with the Sanitary Reform movement in the 80s, has many gaps and has much to advance .

Introdução

Com a emergência do movimento da reforma sanitária no contexto brasileiro da década de 1970, o tema saúde do trabalhador passou a compor um campo de conhecimento, propondo-se a ampliar a compreensão das inter-relações saúde-trabalho, anteriormente tratadas pelo campo da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (LACAZ, 1997; VASCONCELLOS, 2007).

A primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS) no País foi em 1941, desenhando as diretrizes e competências dos órgãos que deveriam implementar as ações relacionadas a essa questão. Mas foi com a Constituição Federal de 1988, a Lei 8080/1990 e as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST) que tais atribuições e competências ficaram mais definidas.

No início, os atores envolvidos eram oriundos do Ministério da Educação (I e II CNS). Mais tarde, houve a participação de representantes dos governos estadual e federal, professores universitários e profissionais de saúde. A partir da VIII CNS é que a sociedade civil, os diferentes grupos profissionais e os partidos políticos, entre outros segmentos sociais, passaram a participar das pautas desses fóruns de discussão.

Observa-se, assim, nas conferências, um aumento da participação da sociedade civil, garantindo uma definição de políticas de saúde cada vez mais democráticas. (BRASIL, 2012).

Entretanto, no que diz respeito ao lugar da saúde do trabalhador no sistema de saúde nacional, os avanços ainda indicam haver, “[...] em seu bojo vícios e conflitos que nem sempre são compatíveis com a prática do Sistema Único de Saúde (SUS)”. (PINHEIRO; RIBEIRO; MACHADO, 2005, p.169).

Segundo esses autores, foi necessário trabalhar a importância da intersectorialidade para concretizar uma relação entre o Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência, Ministério da Saúde e demais setores da sociedade, sob pena de não alcançar as metas estabelecidas nas conferências.

Para Pereira (2012, p.1), a intersectorialidade pode ser considerada “[...] uma nova lógica de gestão, que transcende um único setor da política social e estratégia política de articulação entre setores sociais diversos e especializados”.

Todavia, Lourenço e Bertani (2008) assinalam que a questão da intersectorialidade ainda não está clara no campo da saúde do trabalhador.

A Intersectorialidade e as Conferências Nacionais de Saúde

A palavra intersectorialidade ultrapassa os limites de um único setor social, pressupondo:

A articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social e superando a exclusão social. Visa a promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24).

A intersectorialidade está relacionada à ideia de integração, de território, de equidade e dos direitos sociais. É uma nova maneira de abordar os problemas sociais. (JUNQUEIRA, 2004).

Nesse sentido, torna-se uma estratégia para diminuir os problemas que recaem sobre o processo saúde – doença, constituindo-se um dos eixos das políticas públicas e articulando os diversos ministérios, para consolidar as diretrizes da reforma sanitária.

Em relação às CNS, a intersectorialidade é fator fundamental, tendo em vista seu principal objetivo de “[...] avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão” (BRASIL, 2012) municipal, estadual e nacional e a elaboração dos planos de saúde,

A partir da XII CNS, em 2004, o papel da intersectorialidade passou a ficar mais claro em suas diretrizes, conforme consta no item 4:

Assegurar políticas sociais amplas que garantam alimentação saudável e adequada, emprego, moradia, saneamento básico, segurança, cultura, acesso à ciência, à tecnologia, a um meio ambiente saudável, educação e lazer, articulando-as com as políticas de saúde, assistência social e previdência por meio de ações e projetos intersectoriais que reduzam as iniquidades. (BRASIL, 2004, p. 24).

Em um dos seus eixos temáticos, a XII CNS apresenta diretrizes para assegurar a garantia de vida saudável, com planejamento e implantação, de forma articulada, de projetos intersectoriais nas três esferas de governo; incluir a universalidade e a integralidade como princípios norteadores das políticas intersectoriais; e reconhecer as políticas de ação afirmativa como estratégicas para o alcance da universalidade.

Nesse sentido, a XIII CNS passou a destacar que as Conferências Nacionais, a partir daquele momento, deveriam ser intersectoriais.

Este estudo teve como objetivo conhecer as diretrizes nacionais relacionadas à saúde do trabalhador, estabelecidas pelas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST), atreladas à grande área de saúde (CNS).

Metodologia

Entre os meses de julho e agosto de 2012, foi realizada uma pesquisa documental na base de dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2011), utilizando na busca, os termos Conferência Nacional de Saúde e Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, procedendo-se à sistematização e análise dos materiais acessados.

Resultados

Entre os materiais encontrados, constam quatorze CNS entre os anos de 1941 e 2011, e três CNST dos anos de 1986, 1994 e 2005. Sumarizamos, de forma cronológica, a evolução dos acontecimentos documentados.

No Brasil, a discussão do tema Saúde do Trabalhador sugere ter se intensificado por ocasião do movimento da Reforma Sanitária, mas, entre seus antecedentes, há o registro, em 1904, do primeiro projeto de regulamentação dos acidentes de trabalho. (FALEIROS, 2010).

Em 1915, um projeto de autoria de Adolfo Gordo, após várias modificações, tornou-se lei em 1919, sendo considerada a primeira legislação social nessa área, de alcance nacional. Essa lei estabelecia uma indenização para os trabalhadores com danos causados por acidentes de trabalho.

Porém, foi na década de 30, com o governo de Getúlio Vargas, que essa legislação sofreu modificações e deu os primeiros passos para “uma política de reinserção do trabalhador na produção”. (FALEIROS, 2010, p. 22).

Constata-se que, em 1986, com a realização da VIII CNS, introduziu-se uma marcante e fundamental discussão sobre a questão da saúde no Brasil, com maior participação das entidades representativas da população, como moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, entre outros. Na análise de Bravo (2007, p. 9), essa conferência “[...] ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a reforma sanitária”.

Em consonância ao espírito democrático dessa conferência, nesse mesmo ano, foi realizada a 1ª CNST, cujo escopo contempla a área da saúde dos trabalhadores, “[...] iniciando o processo de elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o país”. (BRASIL, 1994).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 conspirou favoravelmente para o advento do SUS, que, por sua vez, defendeu em seu lema “Saúde é direito de todos e um dever do Estado”. A abrangência conferida à questão da saúde e à responsabilidade do Estado é indicada no artigo 200:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...] VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).

Sobre a Saúde do Trabalhador, a Portaria 3.908, de 30/10/1998, conhecida como Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS), passou a tratar das ações referentes à saúde do trabalhador, norteadas pelos princípios do SUS, isto é, pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações:

[...] tanto em termos do planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais/curativas com ações coletivas de vigilância da saúde, uma vez que os agravos à saúde advindos do trabalho são essencialmente preveníveis. (BRASIL, 2001, p. 108)

Em 1990, a Lei 8080, no seu art. 6º, § 3º, define a saúde do trabalhador como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...]. (BRASIL, 1990 b).

A II CNST foi realizada em 1994, com o lema “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”. Fez um balanço da saúde do trabalhador desde a 1ª CNST e das estratégias de avanço na construção da política nacional de saúde do trabalhador.

Dentre as propostas dessa conferência, destaca-se a “[...] unificação de todas as ações de saúde do trabalhador no SUS” (BRASIL, 1994, p. 3):

Propõe como estratégia para alcançar a plena cidadania, o envolvimento e um novo compromisso de classes (trabalhadora e empresarial) que se colocariam como um dos determinantes das próprias possibilidades de avanço da referida área. Para tal, preconiza a consolidação de novas parcerias “governo - capital - trabalho” num movimento de estabelecimento de reformas sociais, que abrangeriam a legislação vigente, as estruturas e órgãos de representação de classes e a própria

forma da produção, onde a Saúde seria elemento fundamental, em direção a um Novo Estado. (BRASIL, 1994, p. 7)

Em 2005, foi realizada a III CNST com o lema “trabalhar, sim! Adoecer, não!”. Os Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social realizaram uma discussão por melhores condições de vida do trabalhador, cuja proposta foi pautada em três eixos temáticos:

O eixo um discutiu como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos trabalhadores; o eixo dois discutiu como efetivar a saúde dos trabalhadores nas Políticas de Desenvolvimento Sustentável no País; e, por último, o eixo três discutiu como efetivar e ampliar o controle social em saúde do trabalhador. (BRASIL, 2005, p. 4).

Observa-se, assim, segundo Sodré (2002), o estabelecimento da intersectorialidade entre atores importantes, como o Ministério da Previdência, o Ministério do Trabalho e o Ministério da Saúde.

Discussão

Pela análise das três CNST e quatorze CNS, constata-se que ao longo dos 71 anos entre a primeira e a última CNS (1941-2011), a evolução dos acontecimentos parece ter concorrido, mesmo que tardiamente, para a emergência do movimento da Reforma Sanitária, a Constituição de 1988 e a criação do SUS, entre outros eventos sociais importantes.

Esses acontecimentos constituem-se marcos importantes na história nacional, especialmente no que tange à ampliação do direito social à saúde de toda a população, pois, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Contudo, muitas diretrizes estabelecidas nessas conferências ainda não se tornaram realidade.

Os primeiros documentos estabeleceram que as CNS deveriam ser realizadas de dois em dois anos, o que na prática não ocorreu. Tampouco as CNST, que foram em número de três, em 26 anos.

Sobre esse quesito, a Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990 a) passou a estabelecer que as conferências fossem realizadas de quatro em quatro anos, com a participação de vários segmentos sociais.

A questão da intersetorialidade, discutida desde a VI CNS (1977), somente se fortaleceu com a XII CNS (2004). É importante lembrar que as duas primeiras CNS foram realizadas pelo Ministério da Educação e que o Brasil passava pelo regime de ditadura militar até a VII CNS.

Em relação às CNST, a história não foi diferente, pois, segundo Lacaz (2005, p.146), esta integração intersetorial deveria ter sido implementada a partir dos princípios e diretrizes do SUS, “[...] particularmente a universalidade, a integralidade e o controle social, algo muito longe de ser incorporado pela prática dos órgãos do setor Trabalho e Previdência Social”.

Conforme já relatado, a partir da II CNST, todos os setores, especialmente os do governo, deveriam trabalhar de forma intersetorial, porém, a maioria das diretrizes nunca ‘saiu do papel’, conforme afirma Lacaz (2005, p. 146), sob a alegação de que não saíram por “[...] resistência dos órgãos do Trabalho e da Previdência Social assim como pela inexistência de vontade política do setor saúde em assumir o papel nucleador do processo de unificação das ações de saúde do trabalhador no Ministério da Saúde”.

Na avaliação ainda de Lacaz (1997, p.13), a II CNST, em 1994, “[...] assumiu um caráter defensivo e de resistência no sentido de se impedir que as conquistas conseguidas”, até então, fossem aniquiladas pelo projeto político neoliberal.

É possível supor que esse contexto político, marcado pela ênfase na reestruturação produtiva dos processos de trabalho, também tenha exercido reflexos sobre a III CNST, pois seu lema “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” aponta para uma representação simbólica que subtrai sua inter-relação com a política de saúde. Segundo Vasconcellos (2007), ao contrário das duas conferências anteriores, deixa de dar destaque a uma política nacional direcionada a saúde:

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. 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. (VASCONCELLOS, 2007, p. 215).

Outro fato digno de nota é que, a partir da XIII CNS, de 2008, deveriam ter sido convocadas conferências temáticas como as da saúde do trabalhador, saúde mental, saúde indígena, entre outros temas, mas foi objeto de trabalho apenas a da saúde do trabalhador.

Enquanto isso, as estatísticas oficiais sobre os acidentes de trabalho não refletiam a realidade no País, pois apenas os trabalhadores celetistas constavam nessas estatísticas, ficando de fora os servidores públicos e trabalhadores informais. (OLIVAR, 2010).

No pacto de gestão do Ministério da Saúde, a saúde do trabalhador, atualmente, não foi estabelecida como prioridade pelo Estado. As ações, segundo Olivar (2010), ainda estão fragmentadas, cabendo ao Ministério da Saúde e Previdência Social, as ações assistenciais, e ao Ministério do Trabalho e do Emprego, as de fiscalização dos ambientes de trabalho, na contramão do que preconiza a Constituição Federal.

Por outro lado, foi possível observar que, mesmo de forma incipiente, as conferências foram se estruturando ao longo dos últimos setenta anos. É importante realçar que a última conferência (XIV CNS, ocorrida em 2011) evidencia um único eixo de discussão, contemplando a política de saúde na seguridade social e a participação da comunidade no controle social e gestão do SUS, o que pode ser avaliado como um avanço nas políticas brasileiras de saúde.

Conclusão

A pesquisa realizada possibilitou identificar e compreender a trajetória de formação da área da saúde e sua subárea saúde do trabalhador, por meio das diretrizes brasileiras para a saúde estabelecidas na realização das CNS e das conferências temáticas como a CNST, envolvendo as três esferas governamentais (municipal, estadual e federal).

Constatou-se que, no decorrer dos anos, foi intensificada a participação de muitos atores sociais, como as universidades, partidos políticos, sociedade civil, diferentes grupos

profissionais, entre outros, na luta pelas políticas de promoção, proteção e garantia da saúde, especialmente a saúde do trabalhador, que requer um olhar e uma prática multidimensional e interdisciplinar.

Conclui-se que é de suma importância conhecer as diretrizes dessas conferências, para um balanço dos rumos das políticas de saúde no Brasil, nas quais todos os segmentos da sociedade devem se envolver e requerer o papel do Estado, para avanços e concretude dos dispositivos reunidos nesses documentos.

Uma ampla divulgação das pautas desses documentos sobre as temáticas relacionadas à área da saúde e suas especificidades, como a saúde do trabalhador, é que torna possível à população discutir e praticar o controle social necessário a sua implementação.

Referências

BRASIL. História das Conferências Nacionais de Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde.

2011. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>> Acesso em: 23 ago. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e do Emprego, Ministério da Previdência e da Assistência Social. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3º CNST: “**Trabalhar, sim! Adoecer, não!**”: coletânea de textos, Brasília-DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 12., 2004, Brasília. **Relatório Final**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. COSTA, Leticia Coelho da (Org.). **Caderno de saúde do trabalhador**: legislação. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de saúde do trabalhador. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 2., 1994, Brasília. **Relatório final**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relat_final.pdf> Acesso em: 12 ago. 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília – DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990 b.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição Federal do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/constituicaotexto_atualizado_ec69.pdf> Acesso em: 25 maio 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

FALEIROS, V. P. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**. v. 13, n.1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

_____. INOJOSA, R. M; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. XI Concurso de Ensayos del CLAD, Caracas, 1997.

LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: Conferência Nacional de **Saúde do Trabalhador: Trabalhar, sim! Adoecer, não!**, 3., 2005, Brasília. Coletânea de textos. Brasília-DF: Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e do Emprego, Ministério da Previdência e da Assistência Social, 2005.

_____.Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.13, sup. 2, p. 7-19,1997.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador em pauta. **Serviço Social & Realidade**, Franca-SP, v. 17, n. 2, p. 172-201, 2008.

OLIVAR, M. S. P. O campo político da saúde do trabalhador e o serviço social. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 102, p. 314-338, abr./jun. 2010.

PEREIRA, P. A. P. **A intersectorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética**. Disponível em:< <http://www.violes.unb.br/matriz2011/acervo/artigos/Texto%20Potyara%20-%20intersectorialidade.pdf>> Acesso em: 25 ago. 2012.

PINHEIRO, T. M. M.; RIBEIRO, F. S. N.; MACHADO, J. M. H. Vigilância em saúde do trabalhador. In: Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: **“Trabalhar, sim! Adoecer, não!”**, 3., 2005, Brasília. Coletânea de textos. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2005.

SODRÉ, F. **O campo político da saúde do trabalhador**. 2002. 133 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de estado**. 2007. 421 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.