

# **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST): possíveis estratégias rumo à implementação à pluralidade de categorias de trabalhadores<sup>1</sup>**

*Catharina Lopes Scodro (FDRP USP)*

*Maria Hemília Fonseca (FDRP USP)*

**Resumo:** Na Constituição, o meio ambiente do trabalho foi incluído no rol de atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2012, a Portaria 1.823 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), a qual possui a finalidade de definição de estratégias para o SUS e abrange a pluralidade das categorias de trabalhadores. Com o fito de propor e firmar diretrizes para sua implementação, foi convocada a Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (IV CNST), em 2014. O objetivo do presente estudo é analisar se há estratégias no Relatório Final da IV CNST que possibilitem a implementação da PNST à pluralidade de categorias de trabalhadores e, em caso afirmativo, quais são, dando-se ênfase na forma como os próprios interlocutores compreenderam tais estratégias. Para sua realização, partindo-se de uma abordagem jurídico-antropológica, valeu-se do método dedutivo e das técnicas de pesquisa bibliográfica e documental.

**Palavras-Chave:** Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST); Saúde do Trabalhador; Meio ambiente do trabalho; Meio ambiente; Relações de trabalho.

## **Introdução**

De acordo com o art. 225, *caput* da Constituição Federal (1988), o meio ambiente ecologicamente equilibrado é um direito de todos e contempla as suas diferentes dimensões, a saber: natural, urbano, cultural e do trabalho. Percebe-se que o meio ambiente do trabalho foi reconhecido formalmente e incluído no rol de atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a compreensão de sua relação intrínseca com os aspectos da saúde do trabalhador.

---

<sup>1</sup> *Paper* submetido para apresentação no *Grupo de Trabalho (GT) 20 – Relações de trabalho, justiça do trabalho e sindicalismo* do VII Encontro Nacional de Antropologia do Direito (ENADIR), em agosto de 2021.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.823, responsável por instituir a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST). A PNST possui a finalidade de definição de princípios, diretrizes e estratégias para o Sistema Único de Saúde no que concerne à saúde do trabalhador, abrangendo a pluralidade de categorias, a despeito de gênero, localização, forma de inserção no mercado e vínculo.

Com o fito de propor e firmar diretrizes para a implementação da PNST, foi convocada a Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a qual foi realizada em 2014. Anteriormente, foram realizadas a Primeira, a Segunda e a Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, respectivamente, em 1986, 1994 e 2005, que originaram os respectivos Relatórios Finais.

O presente estudo possui, como objetivo geral, analisar se há estratégias no Relatório Final da Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (IV CNST) que possibilitem a implementação da PNST à pluralidade de categorias de trabalhadores e, em caso afirmativo, quais são, dando-se ênfase na forma como os próprios interlocutores compreenderam tais estratégias. Os objetivos específicos são: investigar os Relatórios Finais de 1986, 1994 e 2005 para compreender a percepção do campo da saúde do trabalhador e os antecedentes da articulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST); compreender a PNST, bem como suas possibilidades e desafios; e, por fim, verificar como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e o Relatório Final da IV CNST se propõem a contemplar diferentes categorias de trabalhadores.

Para sua realização, partindo-se de uma abordagem jurídico-antropológica, valeu-se do método de pesquisa dedutivo (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 91) e das técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, com destaque para a consulta do Relatório Final da Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2014). Salienta-se que, para a concretização dos objetivos, será realizada uma análise documental, na qual se pretende tratar o documento de forma científica, considerando que resulta da construção dos atores envolvidos na IV CNST e pode ser reconhecido como uma fonte de pesquisa empírica (REGINATO, 2017, p. 189).

## **1. A saúde do trabalhador e os antecedentes da articulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (I, II e III CNST)**

A discussão relativa à relação saúde-trabalho pode ser compreendida pela perspectiva de “etapas” (OLIVEIRA, 2010, p. 52), das quais se destacam, nomeadamente: (i)

*medicina do trabalho*, (ii) *saúde ocupacional* e (iii) *saúde do trabalhador*<sup>2</sup>. Tais etapas se relacionam ao cenário produtivo à época, bem como a percepção das fatalidades – acidentes, lesões, amputações e mortes – no meio ambiente do trabalho e a conduta perante elas.

A partir de 1830, a saúde e segurança do trabalhador ganhou relevo no cenário fabril. À época, R. Dernham, proprietário de uma indústria do seguimento têxtil e orientado por um médico inglês, inseriu um médico no interior de sua fábrica para analisar as condições de trabalho e, eventualmente, se responsabilizar pelas fatalidades ocorridas (OLIVEIRA, 2010, p. 49). Esse fato e, seguidamente, a regulação sobre o tema na Inglaterra, como o Factory Act de 1833, foram responsáveis por modelar a *medicina do trabalho* (OLIVEIRA, 2010, p. 49-52).

Reconhecida didaticamente como a primeira “etapa”, o cenário da *medicina do trabalho* contava com um médico no interior da fábrica, que “representava, ao mesmo tempo, um esforço em detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador” (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 22). Tal figura era responsável pela “busca” das causas das doenças, dos acidentes e enfermidades que acometiam os trabalhadores, sob uma perspectiva pautada na teoria da unicausalidade (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 23).

Percebe-se que o médico, na qualidade de indivíduo externo ao contexto industrial, agia pontualmente sobre os elementos que eram considerados as causas de enfermidades e atraía, por conseguinte, a responsabilidade pelo que viesse a ocorrer (MENDES; DIAS, 1991, p. 341-342). Ainda, durante a *medicina do trabalho*, as alterações relacionadas à produção em série – pautada, principalmente, no taylorismo e no fordismo – importavam nas expectativas de produtividade dos trabalhadores (OLIVEIRA, 2010, p. 52).

Não obstante representar um avanço no que concerne à proteção à saúde do trabalhador, a *medicina do trabalho* não logrou o êxito esperado pela forma de gerir as fatalidades no meio ambiente do trabalho (OLIVEIRA, 2010, p. 52). No século XX, o cenário de industrialização e elevados índices de acidentes do trabalho, bem como sob influência da criação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde e da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, na década de 1940, foi se consolidando uma nova “etapa” na relação saúde-trabalho (OLIVEIRA, 2010, p. 52-53).

---

<sup>2</sup> Para Sebastião Geraldo de Oliveira (2010, p. 61), é possível se falar na etapa da qualidade de vida do trabalhador, em nível internacional. Contudo, a literatura específica no Brasil se direciona, sobretudo, à *saúde do trabalhador*.

Assim, na década de 1950, a atuação de médicos que se deslocavam às indústrias e fábricas cedeu espaço à ação integrada de profissionais especializados e interdisciplinares. Nessa “etapa”, conhecida como *saúde ocupacional*, a análise das causas das doenças, dos acidentes e enfermidades passou a se pautar na perspectiva multicausal e por indicadores ambientais e biológicos de exposição (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 23).

Nesse sentido, foram definidos os limites da tolerância de exposição dos indivíduos e estabelecido o uso de equipamentos de proteção (OLIVEIRA, 2010, p. 54). Ainda, a preocupação com controle dos riscos – que se amparou na “higiene industrial/ocupacional” – propunha tornar o local de trabalho salubre e não apenas se direcionar ao trabalhador enfermo (OLIVEIRA, 2010, p. 54).

A despeito de se diferenciar da *medicina do trabalho*, conjuntamente, a *saúde ocupacional* não logrou o êxito esperado (OLIVEIRA, 2010, p. 54). O insucesso pode ser identificado, dentre outros: pela permanência do referencial mecanicista da *medicina do trabalho*; pela ausência de efetiva interdisciplinaridade; e pelo tratamento do trabalhador como “objeto” das ações de saúde (ALMEIDA; SOUZA, 2014, p. 151; MENDES; DIAS, 1991, p. 344).

Nesse contexto, surgiu uma nova abordagem relativa à discussão da relação saúde-trabalho considerando os índices de acidentes do trabalho: a *saúde do trabalhador*. Essa “etapa”, pautada na exigência dos próprios industriários por melhores condições de trabalho, foi influenciada por movimentos ocorridos na Itália, no qual os operários questionaram a monetização do risco em Turim, na década de 1960; nos Estados Unidos da América, pela criação dos comitês de higiene e segurança, por volta de 1970; e, dentre outros, na Bélgica, no qual o médico da fábrica deveria gozar da confiança dos trabalhadores para ser aceito pelo seu representante, desde meados de 1970 (OLIVEIRA, 2010, p. 56-57).

A *saúde do trabalhador* se amparou em uma nova percepção dos trabalhadores, os quais “assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade” (MENDES; DIAS, 1991, p. 347). Considerando o protagonismo dos trabalhadores, sobretudo nas frentes pela saúde, foram questionados os fatores de risco que levaram à ruptura com a concepção que relacionava isoladamente a doença ao agente etiológico (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Nessa “etapa”, o manejo com as questões de saúde e trabalho perpassaram a assessoria técnica especializada e os serviços públicos estatais de saúde (MENDES; DIAS, 1991, p. 347). No Brasil, a *saúde do trabalhador* avançou durante o início da década de 1980,

acompanhando o cenário político e social vivenciado no período de transição democrática pós Ditadura Civil-Militar (1964-1985), no qual foram questionadas as concepções, as políticas públicas e a atuação insuficiente do sistema de saúde (MENDES; DIAS, 1991, p. 348; GOMEZ, 2011, p. 24).

O discurso da *saúde do trabalhador* provém da saúde coletiva e, portanto, se desvencilha das concepções anteriores de causa e efeito (unicausal e multicausal) (GOMEZ, 2011, p. 24). Tal “etapa” dialoga com a premissa de “saúde como direito” e possui, como objeto, “o processo de saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho” (GOMEZ, 2011, p. 25-26).

Nessa perspectiva, os trabalhadores revelam-se “sujeitos políticos coletivos” com um conhecimento proveniente da experiência e uma capacidade de atuação (GOMEZ, 2011, p. 27). Salienta-se que, no Brasil, a “etapa” foi influenciada pelo avanço da produção nas áreas relacionadas à medicina preventiva e social e à saúde pública; pelo movimento pela Reforma Sanitária; o fortalecimento do movimento dos trabalhadores, robustecendo a atuação sindical, as reivindicações por melhores condições de trabalho e a reformulação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs); a criação de Programas de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; e a realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991, p. 348).

A I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (I CNST) foi sediada em Brasília (Distrito Federal), nos dias 01 a 05 de dezembro de 1986, contando com a presença de representantes de trabalhadores, do Estado, das Universidades, de políticos, de empresas e de outras categorias (CNST, 1989). Considerando delegados, observadores, convidados e membros da comissão organizadora, a I CNST chegou a contar com a participação de, pelo menos, 700 pessoas (CNST, 1989).

A Conferência foi precedida por pré-conferências no âmbito de vinte estados e dos municípios, de sorte que as resoluções propostas foram incorporadas nos temas: 1. *Diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores*; 2. *Novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores*; e 3. *Política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores* (CNST, 1989). Salienta-se que, na apresentação, foram trazidas importantes percepções sobre a saúde dos trabalhadores, a qual “extrapola os limites da saúde ocupacional possibilita[ndo] conceitua-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica” (CNST, 1989). Em acréscimo, “no plano do direito, o DIREITO À SAUDE precisa expressar, também, DIREITO AO TRANBALHO [sic], DIREITO À INFORMAÇÃO, DIREITO À PARTICIPAÇÃO, DIREITO AO LAZER” (CNST, 1989).

No tema 1. *Diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores*, compreendeu-se que “O conceito de saúde do trabalhador não pode ser limitado apenas ao âmbito da fábrica, nem tão pouco à sua formulação estritamente biológica”, a qual é determinada “simultaneamente pelas condições de vida e pelas condições de trabalho” (CNST, 1989). Assim, foram reportadas, dentre outros, as condições de vida e trabalho (taxas de mortalidade infantil, doenças transmissíveis, intoxicações por agrotóxicos, acidentes do trabalho e do adoecimento dos trabalhadores por exposição a agentes físicos e químicos, por exemplo); as jornadas extensas de trabalho; a situação sindical; a fiscalização do trabalho “inoperante”; e a monetização do risco (CNST, 1989).

Destacam-se as seguintes propostas ao tema 1: criar o sistema único de saúde; assegurar a participação dos trabalhadores (urbano e rural) na fiscalização; garantir ao trabalhador o direito de recusar aos trabalhos com exposição a riscos; obrigar as empresas a informarem as substâncias utilizadas e seus riscos; garantir a estabilidade do acidentado, quando ao seu retorno à atividade; e responsabilizar civil e criminalmente o empregador por condições (insalubres e perigosas) de trabalho (CNST, 1989).

Enfatizaram-se, no tema 2. *Novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores*, as seguintes propostas: estruturar um sistema único de saúde “assegurando-se aos trabalhadores a participação na formulação da política, administração e gestão do sistema de saúde, em todos os seus níveis”; obrigar os órgãos/serviços responsáveis pela saúde do trabalhador a fornecer informações (ambiente, riscos, doenças, acidentes, prontuários, dados etc.) aos representantes dos trabalhadores; e criar bancos de dados regionais para centralizar as informações sobre o tema (CNST, 1989).

Por fim, no tema 3. *Política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores*, focaram-se nas seguintes propostas: direito à participação dos trabalhadores nas decisões relativas à saúde; direito à estabilidade no emprego, condições dignas de vida e moradia; direito de recusar aos trabalhos em ambientes insalubres ou perigosos; direito de alimentação nos locais de trabalho; ampliação da duração das licenças; inserção do direito do trabalhador a ambientes de trabalho salubres na Constituição; e reconhecimento da profissão de empregada doméstica (CNST, 1989).

Após a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, foram realizadas a Segunda, a Terceira e Quarta Conferência, respectivamente, em 1994, 2005 e 2014. A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (II CNST) ocorreu em Brasília, entre os dias 13 a 16 de março de 1994. Com o tema central “Construindo uma política de saúde do trabalhador”, a II CNST compreendeu a “I Conferência como o momento que iniciou o

processo de elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o país [sic]” e contou com a participação de representantes dos trabalhadores, do Estado, dos empregadores e de outros participantes, envolvendo aproximadamente 900 pessoas (BRASIL, 1994).

De acordo com o Relatório Final (BRASIL, 1994), os trabalhos resultantes denotaram que “a saúde constitui uma das prioridades para a classe trabalhadora”. Salienta-se que, dentre os princípios enumerados, foi afirmado que “o direito à saúde no trabalho implica a democratização das relações nos ambientes e processos de trabalho, com pleno respeito às garantias e direitos individuais e coletivos” (BRASIL, 1994). Tal democratização perpassa pelo “reconhece[m]ento d]os ambientes de trabalho como espaços públicos, mesmo nas empresas privadas, ficando abertos, portanto, à intervenção regulamentadora do poder público, onde o cidadão exerce seu direito ao trabalho” (BRASIL, 1994).

Ainda, no rol de princípios, identificaram-se: a incorporação das ações de saúde do trabalhador ao SUS; e a prioridade nas ações de promoção e de prevenção em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1994). Na sequência, a II CNST se ocupou de conceituar e construir um “modelo de sistema para operar na área de Saúde do Trabalhador”, o qual possibilitasse a garantia de direitos, a implantação de ações e a efetivação (BRASIL, 1994).

Já a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (III CNST) foi realizada em Brasília, nos dias 24 a 27 de novembro de 2005, no qual se reconheceu que “os paradigmas baseados fundamentalmente no operariado industrial e nos modelos tayloristas-fordistas se tornaram insuficientes para responder e contemplar as mudanças no âmbito das relações de trabalho” (BRASIL, 2011). Na temática central, a III CNST se pautou na máxima “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” e nos seguintes eixos: I. *Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos(as) trabalhadores(as)?* II. *Como incorporar a saúde dos(as) trabalhadores(as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País?* III. *Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos(as) trabalhadores(as)?* (BRASIL, 2011).

Para sua realização, foi disponibilizado o material construído nas edições anteriores da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da 12ª Conferência Nacional de Saúde, bem como foram realizadas as etapas estaduais (BRASIL, 2011). Ao final, a III CNST possuiu “caráter deliberativo e consultivo” e aprovou 344 resoluções, nos níveis federal, estadual e municipal e nas diferentes áreas (agricultura e pesca, direitos humanos, educação, emprego e renda, desenvolvimento social, indústria e comércio etc.) (BRASIL, 2011).

Destacam-se as seguintes resoluções: garantir a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde aos trabalhadores; garantir o desenvolvimento de

políticas universais, intersetoriais e integradas – Saúde, Trabalho e Emprego e Previdência Social – pelo Estado; assegurar que os empregadores sejam obrigados a prover condições salubres de trabalho, alcançando a eliminação da monetarização dos riscos e possibilitando aos trabalhadores o direito à recusa de submeter-se a ambientes insalubres; ampliar as ações em saúde do trabalhador, incluindo o setor informal; promover a intersetorialidade e a transversalidade nas ações de políticas públicas em saúde do trabalhador; elaborar protocolos de atenção à saúde dos trabalhadores, definindo os fluxos de atendimento na promoção, prevenção e recuperação da saúde; e criar uma coletânea de “protocolos” e um “manual” com foco nos fatores de risco dos ambientes de trabalho e das comunidades vizinhas (BRASIL, 2011).

## **2. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: possibilidades, desafios e estratégias**

A Primeira, Segunda e a Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foram realizadas, respectivamente, em 1986, 1994 e 2005. Nesse período, o cenário normativo brasileiro pertinente à saúde do trabalhador vivenciou profundas alterações, sobretudo com a Constituição Federal (1988).

A Constituição prevê, inicialmente, no art. 225, *caput*, o meio ambiente ecologicamente equilibrado como um direito de todos, cuja defesa e preservação são deveres do Poder Público e da coletividade. Salienta-se que o texto constitucional não possui restrições quanto à dimensão ambiental abrangida, do que se depreende que contempla as suas diferentes dimensões, a saber: natural, urbana, cultural e do trabalho (FELICIANO, 2002).

Em relação ao meio ambiente do trabalho, a Constituição o reconheceu expressamente ao incluir, no rol de atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) do art. 200, a colaboração “na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (inciso VIII). Ainda, no rol, foi incluída a execução de “ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (inciso II).

Tais ações dialogam com o reconhecimento da saúde como direito social de todos e dever do Estado, o qual deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas” (art. 196, Constituição). Ainda, como ação, é possível visualizar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST).

A PNST resultou de discussões prévias e, sobretudo, das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador que a precederam. Percebe-se que, nos relatórios, foi possível identificar menções expressas à Política e ao seu processo de elaboração.

Instituída em 2012, pela publicação da Portaria 1.823 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora<sup>3</sup> se propõe a “definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador” (art. 2º, Portaria 1.823/2012) e se direciona a “todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado” (art. 3º, Portaria 1.823/2012).

A Portaria 1.823/2012 foca no tratamento prioritário dos trabalhadores que sejam “pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção” (art. 7º, Portaria 1.823/2012). Tal tratamento será delineado com base na “análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais” (art. 7º, parágrafo único, Portaria 1.823/2012).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora possui, dentre outros, os seguintes objetivos: fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), que compreende questões como a identificação das atividades produtivas, das situações de risco à saúde e das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores; garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador; e assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS (art. 8º, Portaria 1.823/2012).

Observa-se que os objetivos se dirigiram à saúde do trabalhador de forma geral, o que, com base no art. 7º, leva à compreensão de que se referiu à saúde de todos os trabalhadores. Abrange, portanto, a pluralidade de categorias, a despeito de gênero, localização, forma de inserção no mercado e vínculo. ]

---

<sup>3</sup> A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) não se confunde com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), a qual é de responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social e possui os seguintes objetivos: “[...] a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho [...]” (BRASIL, 2011).

Quanto à pluralidade de todos os trabalhadores, a PNST apresentou estratégias relacionadas, sobretudo, à análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, bem como mencionou a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)<sup>4</sup> no contexto da Rede de Atenção à Saúde, com ações que realizem reconhecimento, mapeamento e identificação de atividades produtivas, da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional e dos potenciais riscos e impactos (art. 9º, Portaria 1.823/2012).

A contemplação da pluralidade de trabalhadores pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora pode ser vista como possibilidade, para torná-la exequível e universal, e como desafio, sobretudo ao se pensar que as estratégias se relacionam às especificidades e à necessidade de uma abordagem direcionada às diferentes categorias de trabalhadores. Tal abordagem – que pode ser expressa em protocolos e medidas, por exemplo – se relaciona diretamente à sua efetividade, considerando que a integralidade e a qualidade da atenção à saúde do trabalhador devem permear, por exemplo, os riscos, as condições e os agravos mais comuns para cada grupo de trabalhadores.

Após a instituição da PNST, foi convocada a Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (IV CNST) com a finalidade de propor e firmar diretrizes para a sua implementação. A IV CNST foi realizada em Brasília, nos dias 15 a 18 de dezembro de 2014, contou com cerca de 1.400 participantes e possuiu, como tema central, a “SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, DIREITO DE TODOS E TODAS E DEVER DO ESTADO” e, como objetivo, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2015).

Precedida por etapas macrorregionais e estaduais, que culminaram na etapa nacional, a Quarta Conferência possuiu quatro subeixos, a saber: *i. O Desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora; ii. Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora; iii. Efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo; e iv. Financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos municípios, Estados e União* (BRASIL, 2015).

---

<sup>4</sup> A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é responsável por ações em saúde do trabalhador (atenção primária em saúde; urgência e emergência; atenção especializada [ambulatorial e hospitalar]; etc.) (BRASIL, 2012).

Inicialmente, na programação da Conferência, foi possível verificar os “diálogos temáticos” e os “diálogos transversais” sobre temas como: Trabalho nos setores públicos e privados; Saúde da mulher trabalhadora; Saúde dos trabalhadores da saúde; Saúde e Trabalho no campo, floresta e águas; Trabalho em turnos e noturno nos diversos ramos; e saúde do Trabalhador em transportes e categorias com maior mortalidade no trabalho. Tais diálogos foram organizados no Relatório Final da IV CNST, que trouxe as “questões que nortearam o debate” e as “principais conclusões e encaminhamentos” (BRASIL, 2015).

A Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador contou com o processo de votação de propostas, que resultaram, principalmente, das etapas que precederam à nacional. Ao final, foram apresentadas 224 propostas, das quais 219 foram aprovadas e sistematizadas nos quatro subeixos (BRASIL, 2015).

Destacam-se as propostas aprovadas no subeixo *i. O Desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora*: “Garantir a análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, bem como, tornar obrigatório em todo território nacional a construção dos perfis produtivos, e o grau de risco do trabalho, considerando: os trabalhadores formais e informais, os seus impactos ambientais [...]” e “regulamentar a jornada de trabalho, com redução da carga horária, sem redução de salário [...] em conformidade com a natureza do trabalho, as peculiaridades de cada equipe e as lutas específicas dos (as) trabalhadores (as) em todos os setores econômicos, públicos e privados [...]” (BRASIL, 2015).

Em relação aos demais subeixos, frisam-se as seguintes propostas: “Criar um Programa Nacional de Saúde Vocal para os trabalhadores e trabalhadoras que tem a voz como principal instrumento de trabalho” (subeixo *iii*); “Garantir a participação democrática dos trabalhadores rurais e urbanos, incluindo as comunidades tradicionais (quilombolas e indígenas) os mesmos direitos dos setores público e privado quanto a acidentes de trabalho, invalidez e aposentadoria, com equiparação, para fins de cálculo previdenciário” (subeixo *iii*); “Criar em todo o âmbito do SUS um programa de saúde do trabalhador e da trabalhadora (PSTT)” (subeixo *iii*); e “Combater toda e qualquer forma de violência de gênero, respeitando as identidades de gênero em ambientes de trabalho, sindicais e entidades a fins, buscando romper com as desigualdades de oportunidades e direitos entre homens e mulheres” (subeixo *iii*) (BRASIL, 2015).

No encerramento da Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, propôs-se a discussão da “Implantação da PNST com ações estruturantes a partir das propostas da 4ª CNSTT e sua inserção no Plano Nacional de Saúde 2016-2019” na 15ª Conferência Nacional

de Saúde, com base em propostas como, por exemplo, “garantir a análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, bem como, tornar obrigatório em todo território nacional a construção dos perfis produtivos, e o grau de risco do trabalho, considerando: os trabalhadores formais e informais, os seus impactos ambientais” [...] (BRASIL, 2015).

Percebe-se, portanto, que a Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador não se propôs a esgotar as discussões pertinentes à implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, mas servir como foro inicial – após a publicação da Portaria 1.823/2012 – para discussão e construção de propostas e diretrizes.

Esse foro inicial, na sequência de Conferências com um número crescente de participantes, representou a possibilidade protagonismo e reivindicação pelos atores sociais envolvidos, a partir do seu conhecimento, experiência e atuação. Assim, a IV CNST se mostrou uma ação direta para viabilizar a promoção e a garantia do direito à saúde à pluralidade de trabalhadores – isto é, a todos.

Valeu-se de estratégias como identificação da atividade, mapeamento de perfis e reconhecimento de riscos, de forma geral a fim de se aplicar às diferentes especificidades. Contudo, pode-se perceber o silêncio quanto às ocupações específicas que integram o rol da Portaria 1.823/2012, como autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico e aposentado.

Tal silêncio pode implicar em possíveis situações quanto à aplicação da PNST: desnecessidade de uma abordagem específica e suficiência das estratégias apresentadas; e/ou manutenção do referencial da PNST em certos grupos de trabalhadores e exclusão de outros. Inclusive, pode suscitar debates quanto à representatividade dos atores sociais presentes, à defesa dos interesses dos que não são representados por sindicatos (por exemplo, aposentados e estagiários), e dos que são representados por sindicatos que não participaram diretamente (por exemplo, trabalhadores domésticos).

## **Conclusão**

O presente estudo propôs analisar se há estratégias no Relatório Final da IV CNST que possibilitem a implementação da PNST à pluralidade de categorias de trabalhadores e, em caso afirmativo, quais são, dando-se ênfase na forma como os próprios interlocutores compreenderam tais estratégias. Para sua realização, partindo-se de uma abordagem jurídico-antropológica, foi realizada uma análise documental.

Com seu avanço durante o início da década de 1980, a *saúde do trabalhador* possuía, no seu discurso, a premissa de “saúde como direito” e foi influenciada por, dentre outros, a realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, em 1986.

Após a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, foram realizadas a Segunda, a Terceira e Quarta Conferência, respectivamente, em 1994, 2005 e 2014. Salienta-se que, em 2012, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST). Percebe-se que, nos relatórios, foi possível identificar menções expressas à Política e ao seu processo de elaboração.

Os objetivos da PNST se dirigiram à saúde do trabalhador de forma geral e abrangeram, portanto, a pluralidade de categorias, a despeito de gênero, localização, forma de inserção no mercado e vínculo. Nesse sentido, a Política apresentou estratégias relacionadas, sobretudo, à análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores e ao reconhecimento, mapeamento e identificação de atividades produtivas, da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional e dos potenciais riscos e impactos.

Nota-se que contemplar a pluralidade de trabalhadores pela PNST pode ser vislumbrado como possibilidade, para torná-la exequível e universal, e como desafio, sobretudo ao se pensar que as estratégias se relacionam às especificidades e à necessidade de uma abordagem direcionada às diferentes categorias de trabalhadores.

Após a instituição da PNST, foi convocada a Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (IV CNST), que intentou constituir um foro de discussão e construção de propostas e diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Inclusive, nos “diálogos temáticos” e “diálogos transversais”, foi possível identificar discussões relacionadas a diferentes especificidades, como setor de prestação de serviço (público e privado), local (campo, floresta e águas), gênero e área (transportes, por exemplo).

Ainda, a IV CNST contou com o processo de votação de propostas, das quais, destacam-se, nas propostas aprovadas: a análise da situação de saúde dos trabalhadores e a construção dos perfis produtivos e do grau de risco do trabalho, bem como a criação de um Programa Nacional de Saúde Vocal. Tais propostas podem ser identificadas como estratégias para garantir a abordagem direcionada e a implementação da PNST à pluralidade de categorias de trabalhadores, considerando seus perfis, riscos e instrumento de trabalho (no caso, a voz).

Contudo, pode-se perceber o silêncio quanto às ocupações específicas que integram o rol da Portaria 1.823/2012, como autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico e aposentado. Tal silêncio pode implicar em possíveis situações quanto

à aplicação da PNSST e suscitar debates quanto à representatividade dos atores sociais presentes, à defesa dos interesses dos que não são representados por sindicatos (por exemplo, aposentados e estagiários), e dos que são representados por sindicatos que não participaram diretamente (por exemplo, trabalhadores domésticos).

Não obstante, a construção e a aprovação de propostas não importam na sua efetivação, a qual se relaciona aos múltiplos fatores que envolvem uma política pública – como, por exemplo, recursos financeiros para executá-la. Ainda, percebe-se que a proposta – em conjunto com as demais, como a garantia à participação democrática de trabalhadores – pode levar à abertura de novos foros de diálogo social para a construção conjunta rumo à abrangência da pluralidade de categorias de trabalhadores.

### **Referências**

ALMEIDA, Victor Hugo de; SOUZA, André Evangelista de. O direito à saúde na perspectiva labor-ambiental. In CORREIA, Henrique; MIESSA, Élisson (orgs.). *Temas atuais de Direito e Processo do Trabalho*. Salvador: JusPODIVM, 2014.

BRASIL. *4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2015. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-final-4a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 05 jun. 2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988*. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 05 jun. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011*. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm). Acesso em: 30 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2015. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-final-4a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-2a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Trabalhar, sim! Adoecer, não!:* o processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-3a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 20 jul. 2021.

CNST. 1 a 5 de dezembro de 1989, Brasília. *Relatório Final*. Relator geral: Austregésio Barbosa. Relatores: Amélia Cohn, Antonio Alves de Souza, Cristina Albuquerque Possas, Everardo Duarte Nunes, Paulo Roberto Gutierrez e Vicente de Paula Faleiros. Brasília: CNST, 1989. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-1a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>. Acesso em: 20 jul. 2021.

FELICIANO, Guilherme Guimarães. Meio ambiente do trabalho: aspectos gerais e propedêuticos. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região*, Campinas, SP, n. 20, p. 160-203, jul./set. 2002.

GOMEZ, Carlos Minayo. Introdução: Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (Orgs.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 23-34.

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13, p. 21-32, 1997.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2003.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012*. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html). Acesso em: 30 jul. 2021.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. *Proteção jurídica a saúde do trabalhador*. São Paulo: LTr, 2010.

REGINATO, Andréa Depieri de A. Uma introdução à pesquisa documental. In: MACHADO, Máira Rocha (Org.). *Pesquisar empiricamente o direito*. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017. p. 189-224.