

Uma reflexão sobre as políticas públicas na saúde do trabalhador

A reflection on public policy in worker health

Maria Iderlânia de Freitas Sousa¹⁷
Diego Coelho do Nascimento¹⁸
Suely Salgueiro Chacon¹⁹

Artigo recebido em para publicação em abr/2013 e aceito para publicação em mai/2013

RESUMO

O trabalho é um dos fatores contribuintes no processo de adoecimento dos indivíduos, interferindo no processo saúde-doença. O objetivo do estudo foi fazer uma reflexão sobre as políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa, realizada nas bases de dados LILACS, SciELO e Periódicos CAPES. Foram encontrados 61 artigos dos quais 13 estiveram propícios a análise. O estudo mostra que as políticas de saúde do trabalhador são pontuais e fragmentadas, sem clareza quanto às competências do SUS, da Previdência Social e do Ministério do Trabalho. Os CERESTs promovem ações para melhorar as condições trabalhistas e a qualidade de vida, mas o pequeno número de estabelecimentos e a distribuição desigual entre Estados e Municípios geram pouca resolubilidade. O contexto atual requer atuação efetiva das políticas de saúde no reconhecimento dos agravos, na intensificação das investigações e na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.

Palavras-chave: Saúde. Trabalho. Políticas Públicas.

ABSTRACT

The work is one of the contributing factors in the disease process of individuals, interfering in the process health and disease. The study objective was to reflect on the public policies related to health worker. This is a research bibliographic of nature qualitative, held in the data bases LILACS, SciELO and Periodicals CAPES. 61 articles were found of which 13 were amenable to analysis. The study shows that health policies worker are punctual and fragmented, without clarity as to the powers of the SUS, Social Security and the Ministry of Labour. The CERESTs promote actions to improve working conditions and quality of life, but the small number of establishments and uneven distribution between states and municipalities generate little solvability. The current context requires activeness of health policies in recognition of injuries, the intensification of investigations and the prevention of accidents and occupational diseases.

Keywords: Health. Work. Public Policy.

¹⁷ Fisioterapeuta. Bióloga. Especialista em Saúde da Família (FIP). Mestranda em Desenvolvimento Regional Sustentável pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Desenvolvimento de pesquisas em Saúde e Desenvolvimento Sustentável. iderbio@hotmail.com; ider.ufc@hotmail.com

¹⁸ Licenciado em Geografia e Bacharel em Fisioterapia. Especialista em Geografia e Meio Ambiente (URCA) e Mestre em Desenvolvimento Regional Sustentável pela Universidade Federal do Ceará – Campus Cariri. Docente da disciplina de políticas públicas no curso de Administração Pública da UFC Cariri. diegocn_jua@yahoo.com.br.

¹⁹ Graduada em Ciências Econômicas (UFC), Mestre em Economia Rural (UFC) e Doutora em Desenvolvimento Sustentável (UnB). Docente e Vice-diretora do Campus Cariri da Universidade Federal do Ceará (UFC), e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável (PRODER). Bolsista de Produtividade do CNPq. suelychacon@ufc.br; suelychacon@yahoo.com

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde no Brasil acompanham o processo de democratização da sociedade brasileira, inserida em um contexto de profundas transformações políticas, sociais e econômicas.

De acordo com Roncalli (2003), a saúde de uma população é a nítida expressão das suas condições concretas de existência e resulta, entre outras ocorrências, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade, porém a saúde nunca esteve no centro da atenção da política brasileira.

A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio da formulação e execução de políticas públicas setoriais. No grupo de políticas voltadas para a proteção social se encontram as Políticas de Saúde do Trabalhador.

As políticas públicas no campo da saúde e segurança no trabalho constituem ações implementadas pelo Estado visando garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental (BRASIL, 2004).

Segundo Gadelha e Costa (2012), a saúde tem importância para a seguridade social como fator básico de cidadania, configurando-se como parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento que guarda relação direta entre as práticas de promoção da saúde e as condições ou relações de trabalho. Esse último caso é entendido como eixo temático no qual se deve intervir na busca por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania.

Durante décadas a saúde do trabalhador foi um meio de exclusão social. As novas políticas trazem um contexto de inserção e integração desses trabalhadores embora com ações ainda pontuais e com grande distanciamento entre o SUS constitucional e a realidade que os trabalhadores enfrentam. Existe uma grande dificuldade de implementação das políticas no campo da saúde ocupacional em razão de que as políticas formuladas geralmente não resultam em ações concretas, diferentemente de outras políticas como a saúde da mulher ou os programas voltados ao controle de hipertensão e diabetes.

Cabe ressaltar que é grande o número de óbitos, doenças e incapacidades decorrentes dos riscos no trabalho e para uma melhor compreensão acerca da relação entre a saúde e o trabalho torna-se necessário analisar diversos aspectos envolvidos nesta relação, tendo-se em vista a importância do trabalho e sua influência sobre a qualidade de vida. Dessa forma, este estudo tem por objetivo refletir sobre as políticas públicas voltadas a saúde do trabalhador.

MÉTODO

Esta investigação foi desenvolvida por meio de uma pesquisa bibliográfica de natureza exploratória-descritiva através do método qualitativo.

As informações foram colhidas nas bases de dados LILACS, SciELO, Leis e Portarias publicadas no Diário Oficial da União e Periódicos CAPES, no período compreendido entre janeiro e março de 2013. Para tanto, utilizaram-se os descritores para a língua portuguesa: "políticas públicas, saúde, SUS e trabalho".

Como critérios de inclusão elegeram-se publicações em português na forma de artigos (ensaios, revisões, leis e portarias referentes às políticas de saúde para o trabalhador).

Foram excluídos textos que apresentaram apenas o resumo, artigos escritos integralmente em língua estrangeira, publicações que não abordaram a relação saúde-trabalho e artigos que não trouxeram como objeto de estudo as políticas públicas para o trabalhador.

Foram encontrados 61 artigos no banco de dados, destes 23 foram excluídos mediante leitura dos resumos por não atenderem aos critérios de inclusão, 10 estudos embora abordando a saúde do trabalhador estavam totalmente em língua inglesa, sendo assim retirados da análise, 8 textos foram recusados por descrever apenas o contexto saúde-doença num ambiente particular, 4 artigos por abordarem métodos específicos de análise do posto de trabalho e 3 por não apresentarem o trabalho na íntegra, portanto, restaram apenas 13 artigos propícios a análise.

A avaliação inicial do material bibliográfico ocorreu mediante a leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo. Após a análise dos resumos e constatação do enquadramento dos artigos na temática foi realizada uma leitura minuciosa do estudo na íntegra, visando

ordenar e sistematizar as informações para posterior análise e discussão dos dados para construir a pesquisa atendendo ao seu objetivo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados 13 artigos publicados entre 2003 e 2013, a partir dos quais foi traçada uma discussão reflexiva acerca das políticas de saúde para o trabalhador.

Com a análise bibliográfica foi possível o delineamento acerca do processo histórico de democratização do Brasil em consonância com o nascimento das políticas de saúde para o entendimento das políticas voltadas ao trabalhador na atualidade, abordando avanços e desafios.

O nascimento do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira.

A constituição Federal de 1988 foi reflexo do clima político e econômico do processo de redemocratização do país. Dispõe como uma de suas conquistas do direito a saúde e forma o SUS constitucional (BRASIL, 2006).

O artigo 196 trata do direito a saúde. A partir desse momento independente da possibilidade de contribuição previdenciária ou da condição socioeconômica todo cidadão brasileiro tem direito a saúde garantido pelo Estado.

O artigo 200 que trata sobre as competências do SUS, estabelece a ampliação do atendimento além das intervenções no corpo físico e evolui para intervenção nas causas e nos ambientes de trabalho. O inciso II deste artigo refere “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e é complementado no inciso VIII ao afirmar que também é de sua competência “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 1988).

A saúde do trabalhador tem como pressuposto a participação do mesmo no processo de avaliação e controle dos acidentes laborais, restringe a identificação de fatores de risco físicos, químicos, ergonômicos e biológicos, mas reconhece outras

questões voltadas ao aspecto organizacional e psicossocial do trabalho e sua relação com o processo produtivo. Premissa reconhecida a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (I CNST) que abordou a assistência universal ao trabalhador acompanhada da prevenção e da intervenção nos ambientes de trabalho (LOURENÇO E BERTANI, 2007).

O SUS é concebido sob princípios doutrinários e organizacionais, tendo como princípios doutrinários a universalidade, integralidade, equidade e destes derivaram princípios organizacionais como a descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular (BRASIL, 1990).

No artigo 6º da Lei 8.080/90 que se refere ao campo de atuação do SUS, o inciso III define a saúde do trabalhador como:

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

O relatório final da II CNST, em 1994, garantiu à unificação no SUS de todas as ações de saúde do trabalhador. O SUS passou a fazer a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, foi editada uma nova lista de doenças relacionadas ao trabalho e adotada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, regulamentando o conceito de doença profissional e de doença adquirida pelas condições em que o trabalho é realizado. Deste modo à doença relacionada ao trabalho para fins de benefícios pode ser equiparada ao acidente de trabalho (BRASIL, 1999).

Embora o SUS passe a incorporar a saúde do trabalhador, um árduo caminho se projetava para fazer cumprir as leis e implantar as ações de saúde do trabalhador no SUS. Os avanços advindos da mobilização e da organização social são constatados a partir de debates das Conferências Nacionais de Saúde, porém a saúde do trabalhador no SUS só foi definida pela Portaria nº 3.908, através da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS – NOST/SUS em 1998.

Esta norma tem como objetivo estabelecer procedimentos para orientar e instrumentalizar estados e municípios na implantação das ações de saúde do trabalhador no SUS, em busca de melhores condições de saúde para os trabalhadores (BRASIL, 2006).

Tradicionalmente a atenção à saúde do trabalhador no mercado formal e a inspeção das condições e assistência médica foram atribuições do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, mesmo com conflitos entre setores. A saúde do trabalhador foi formalmente incorporada ao Ministério da Saúde e seguiu um processo descentralizado. Ao longo desses 23 anos a saúde do trabalhador tem sido colocada ora no âmbito de vigilância, ora na assistência dependendo do formato institucional vigente.

Em 1991 foi apresentada pelo Ministério de Saúde a primeira proposta de um plano de trabalho em saúde do trabalhador, que privilegiava a organização das ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), como uma alternativa para potencializar os recursos escassos, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais.

A participação política de trabalhadores e dos demais sujeitos sociais foi responsável, tanto econômica como ideologicamente, pela implantação concreta da saúde do trabalhador que passa a ter condições concretas de efetivação a partir da publicação da Portaria 1.679/2002, que normatiza o convênio entre os municípios, o estado e o ministério da saúde para a implantação dos CERESTs em âmbito regional (BRASIL, 2004).

Nos anos 90, a elaboração de protocolos, normas e diretrizes representaram grandes avanços, entre eles, destacam-se a Norma Operacional em Saúde do trabalhador, a lista de doenças relacionadas ao trabalho e o manual de procedimentos para orientar as ações em saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, além do desenvolvimento de indicadores de saúde para os sistemas de informação em saúde e da proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, colocada em consulta na sociedade em 2001 (DIAS E HOEFEL, 2005).

Políticas em saúde do trabalhador: A atualidade

O mundo do trabalho passou por diversas mudanças e transformações, numa fase de grande avanço tecnológico, a automação, a robótica e a microeletrônica invadiram o universo fabril, novas formas de trabalho e novas profissões foram e são criadas inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital.

Os modelos fordistas e tayloristas já não respondem tão bem às necessidades dos processos produtivos que emergem e novos padrões de busca por produtividade e de força de trabalho se estabelecem. A intensificação nos processos de produção e de modernização tecnológica gera profundas transformações acompanhadas de múltiplas necessidades.

Para Mendes *et al.* (2005), o trabalhador de hoje é uma classe mais heterogênea, mais complexa e mais fragmentada, necessitando que a saúde pública atenda a esse novo contexto trabalhista e diferentes políticas que abordem a atenção primária, secundária e terciária com resolubilidade inclusive no controle e prevenção de agravos à saúde. Concernente à relação entre saúde e trabalho expõe-se o seguinte ponto de vista:

A saúde tem sua importância social como elemento estruturante do estado de bem-estar social e condição básica de cidadania para a população, e também tem seu papel na geração de emprego, renda e riqueza para o País (GADELHA E COSTA, 2012).

No governo LULA ocorreu a reforma da previdência e continuou a implantação do SUS, este governo buscou o financiamento estável do SUS e inserir a saúde no contexto da política social, houveram mudanças na saúde, ampliação de acesso aos serviços; tratou da qualidade, humanização e controle social, aumentou a cobertura da atenção básica para 94% em 2010 (MENICUCCI, 2011).

Este governo destacou-se como o mais inovador na sua atuação sobre os condicionantes da saúde, levando a saúde a um contexto social. Ações deixaram de ser um plano de governo para assumir seu papel como estratégia de promoção da saúde em uma mistura de continuidade e mudança. Embora tenha sofrido críticas, o governo LULA se destacou e fortaleceu as ações para a Saúde do trabalhador, buscando implantar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) através da Portaria nº 1.679 do Ministério da Saúde (DIAS E HOEFEL, 2005).

Essa rede de abrangência nacional atua como ferramenta estratégica para a disseminação dos princípios e práticas do campo da Saúde do Trabalhador no SUS, em todos os níveis de atenção (JACQUES E COLABORADORES, 2012).

A RENASt tem entre seus componentes os 201 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e uma rede sentinela de mais de 3.500 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade

responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho e por registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Responde também pela execução de ações de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação à saúde do trabalhador brasileiro (JACQUES E COLABORADORES, 2012).

A rede de unidades sentinela faz parte dos dispositivos da RENAST para a realização de diagnósticos e notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho e é composta por unidades de saúde que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho. São definidas em nível local e regional por gestores e técnicos dos municípios. Qualquer unidade de saúde, desde as unidades de atenção primária à saúde até as referências especializadas, pode ser constituída como unidade sentinela, entretanto, de acordo com informações colhidas em via eletrônica da RENAST no estado do Ceará, são apenas 5 redes sentinela credenciadas, número insuficiente para atender a população acometida por agravos provenientes do trabalho.

Os CERESTs promovem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância, foram criados em 2002 pela portaria GM/MS nº 1.679/2002. Os Centros dão suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da saúde do trabalhador, em 2011 a portaria GM/MS nº 2.978, ampliou para 210 a quantidade de centros de referência no Brasil. Existem dois tipos: os estaduais e os regionais (JACQUES E COLABORADORES, 2012).

Percebe-se neste contexto uma oposição entre a lógica do CEREST enquanto unidade regionalizada e o SUS que tem o foco das suas ações voltadas aos municípios, ou seja, embora seja um avanço a criação dessas unidades, não se torna eficaz, pois há uma sobrecarga do sistema, enquanto a atenção básica através das unidades básicas de saúde que funcionam como porta de entrada não executam atividades efetivas referentes a saúde laboral.

O trabalho do CEREST contribuiu para uma atenção diferenciada, no entanto grandes dificuldades podem ser identificadas como o pequeno número de estabelecimentos e a distribuição desigual dos mesmos entre estados e municípios; baixa cobertura de ações que não alcançam um número expressivo de

trabalhadores além de pouca resolubilidade. As ações permanecem a margem das estruturas políticas do SUS, sendo exclusiva dentro do próprio sistema de saúde (VASCONCELLOS *ET AL.*, 2010).

Cavalcante e colaboradores (2008, p. 248) complementa essa problemática, discorrendo que:

A vigilância em saúde do trabalhador vem se firmando como uma área de atuação da saúde pública e necessita atentar para as mudanças em curso no processo saúde/doença e na atuação da saúde pública em geral, a fim de poder dar respostas efetivas aos problemas e agravos vivenciados pelos trabalhadores, problemas estes de ordem bastante complexa e de difícil resolução, mediante unicamente ações curativas e preventivas.

O país enfrenta novas formas de adoecimento que convivem com as já conhecidas doenças profissionais, como a pneumoconiose, as intoxicações por metais pesados, por agrotóxicos, as DORTs, entre outras. Inovações tecnológicas têm contribuído para a redução da exposição aos riscos ocupacionais em determinados ramos de atividade, tornando o trabalho menos perigoso. Porém, existem aqueles serviços que pouco se modificaram como a agricultura familiar e o trabalho na construção civil ambas, áreas extremamente carentes da saúde ocupacional efetiva e somente o setor Saúde é capaz de alcançar os trabalhadores informais.

Percebe-se, infelizmente, no que se refere às políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador ações pontuais e fragmentadas, isoladas das demais ações de saúde, desenvolvidas de modo desigual nos estados e municípios onde a maioria dos trabalhadores sequer conhece a existência física do local (CEREST). Esses trabalhadores, geralmente, também não têm conhecimento das políticas públicas voltadas ao atendimento de sua saúde, afirmação confirmada pelos altos índices de acidentes e doenças laborais.

Segundo o INSS (2011), ocorreram no Brasil mais de 700 mil acidentes de trabalho e 15.000 doenças ocupacionais foram notificadas, números referentes apenas ao trabalho com carteira assinada. A temática em discussão mostra que a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação, como afirmaram Assis e Jesus (2012, p. 2866):

Não se cria igualdade por Lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a Lei. Apesar da Carta Magna Brasileira de 1988 assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS.

A Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, instituída pela Portaria Interministerial nº 152 em 2008, representa um marco na construção de uma política para a segurança e saúde no trabalho, um direito social básico. É composta paritariamente por representações de governo, trabalhadores e empregadores, vem atuando no sentido de definir diretrizes para uma atuação coerente e sistemática do Estado na promoção do trabalho seguro e saudável e na prevenção dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho.

Tal publicação marca o lançamento do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, construído a partir do diálogo e da cooperação entre órgãos governamentais e representantes dos trabalhadores e dos empregadores. Este plano articula ações dos mais diferentes atores sociais em busca da aplicação prática da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e tem por 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, 2012).

A construção do campo da Saúde do Trabalhador é uma alternativa à prática da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, pois tem como referência principal a figura do trabalhador como pólo central e sujeito ativo no processo saúde/doença, aludindo à participação efetiva do mesmo nas ações de saúde, quando deixa de ser objeto para assumir a instância de sujeito dessa ação. O que se constata então é uma modificação no modo de intervenção na saúde dos trabalhadores, antes centrada no conhecimento específico do médico e agora compartilhada por outros profissionais, que contribuem com seu saber para garantir as condições de saúde e bem-estar do funcionário.

Em 2012 pela portaria nº 1.823 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção, a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Um avanço nesta nova política é a inclusão de todos os trabalhadores, do gênero masculino ou feminino, do setor público ou privado, da área rural ou urbana, trabalhadores assalariados, autônomos, temporários, cooperativados, aprendizes, estagiários, domésticos, aposentados ou desempregados como sujeitos desta política. É baseada em princípios constitucionais do SUS. Cabe salientar que:

Deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, 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 (BRASIL, 2012 p. 47).

As políticas em saúde do trabalhador enfrentam várias dificuldades como a subnotificação ou os sub-registros, onde não são considerados aqueles casos que não foram diagnosticados ou que são considerados acidentes menos graves (KARINO ET AL., 2011).

A fragmentação das ações em saúde do trabalhador também é evidente diante da literatura analisada, não existe uma definição clara das ações e de quem as executa, assim as políticas tem grande dificuldade em atingir as propostas estabelecidas pela RENAST e pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador, de um lado o mercado exige novos postos de trabalho, do outro a saúde enfrenta obstáculos por não estar adaptada as novas configurações do trabalho e, portanto não consegue dar uma resolução aos agravos seja no nível primário, secundário ou terciário, e ainda a Previdência Social, através do INSS acumula cada vez mais doentes e incapacitados por falha no mecanismo de reabilitação profissional.

O trabalho é um dos fatores contribuintes no processo de adoecimento humano e, conseqüentemente, de interferência no processo saúde-doença. O direito à saúde representa uma consequência constitucional indissociável do direito à vida, não se constituindo uma proteção ao trabalhador em si mesmo, mas sim uma proteção ao cidadão que continua sob riscos ocupacionais tradicionais: físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos, além dos psicossociais (GUIZARDI, 2009).

A Saúde laboral tem por objetivos a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada no SUS, mas indaga-se até onde de fato, se tem saúde para o trabalhador? Até 1988 a saúde era exclusivamente um benefício

previdenciário, hoje o SUS constitucional e a realidade de saúde neste setor são bastante distintas.

A política de saúde no Brasil, teoricamente, foi concebida e deve ser ofertada para todos em atendimento ao princípio de universalidade, porém a mesma não se apresenta de forma integral e tampouco atende aos princípios de equidade, pois na realidade os mais necessitados são os que têm menor acesso, continuam sob riscos ocupacionais tradicionais; não existindo na prática uma promoção à saúde do trabalhador, o proletário nem mesmo reconhece que existe uma política com atenção voltada para ele.

As configurações do trabalho mudaram e o país enfrenta antigas e novas formas de adoecimento, a saúde ocupacional deve se aproximar das condições de trabalho não apenas do mercado formal, mas, sobretudo, dos autônomos, das produções independentes, familiares ou de cooperativas.

É necessário ressaltar que fica evidente nos textos consultados a falta de treinamento dos profissionais de saúde ocupacional principalmente daqueles atuantes nas unidades sentinela, como também há uma fragmentação de responsabilidades, numa política com diversas instituições, mas com resultados pouco eficientes.

Conflitos de setores são estabelecidos envolvendo o SUS, o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Previdência Social nas ações de vigilância epidemiológica e sanitária. A indefinição de papéis gera políticas pouco integradas e dificultam os avanços no campo de saúde do trabalhador (CHIAVEGATTO E ALGRANTI, 2013).

O que se entende é que as políticas públicas têm dimensões sociais e técnicas indissociáveis, a política de saúde expressa as tensões geradas pelo contexto adverso, sendo observados tanto avanços como dificuldades nos diversos âmbitos estratégicos para a implementação da saúde do trabalhador no SUS.

Sendo a saúde um direito humano, é necessário que este seja efetivado na sua forma mais ampla, no sentido de que os riscos de acidentes sejam reduzidos à menor incidência possível, sem se perder de vista que a reparação dos danos ao trabalhador e a penalidade às empresas é apenas um meio para cumprir a norma constitucional, mas não é a melhor, nem a adequada, na verdade, as políticas públicas preventivas contra riscos no ambiente laboral, abordando a proteção à

saúde de maneira integral incluindo os aspectos organizacionais do trabalho bem como o componente psicossocial envolvido seriam muito mais eficazes, pois não basta a criação de normas e políticas é necessário a real execução das mesmas, visando não só reparar os danos causados mais principalmente evitar que eles ocorram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde do Trabalhador se constitui em um novo campo de práticas, de competências e de atribuições. Nesse contexto, a saúde está vinculada ao processo produtivo de maneira complexa por seus aspectos socioculturais, políticos e econômicos, o que leva à necessidade de construção de interfaces institucionais diversas e têm colocado as três esferas de governo em embates importantes, a caminho da consolidação da área no SUS.

O SUS possui as bases políticas e sociais para melhoria da qualidade de vida do trabalhador brasileiro, no entanto enfrenta grandes dificuldades, como a fragmentação e a dificuldade de implementação das ações de saúde para o trabalhador.

Apesar dos avanços, são nítidos os desafios, como a definição dos papéis em âmbito estadual e municipal, necessidade de articulação e integração entre o trabalhador e diferentes áreas do conhecimento, porém progressos como estes não poderão ser alcançados sem um planejamento estratégico e harmônico entre o Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social, que devem atuar de modo complementar.

A intensificação das investigações referentes às condições de segurança no trabalho e o treinamento dos profissionais de saúde são medidas que podem contribuir para o aumento das notificações e ao mesmo tempo reduzir os agravos relacionados ao trabalho.

Agradecimentos

À CAPES pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do (a) Trabalhador (a)-COSAT Política Nacional de Saúde do (a) Trabalhador (a). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1339/GM EM 18 DE NOVEMBRO DE 1999**. Lista de doenças relacionadas com o trabalho do Ministério da Saúde - (elaborada em cumprimento da Lei 8.080/90 - inciso VII, parágrafo 3º do artigo 6º - disposta segundo a taxonomia, nomenclatura e codificação da CID-10). Disponível em: <http://www.renastonline.org/recursos/portaria-n%C2%BA-1339gm-18-novembro-1999> Acesso em 10 fev 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf Acesso em 13 mar. 2013.

BRASIL. **LEI Nº 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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm Acesso em 23 mar. 2013.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da união** Nº 165, p. 46. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em 13 dez 2012.

CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alves; NÓBREGA, Jussara Azevedo Bezerra da; ENDERS, Bertha Cruz; MEDEIROS, Soraya Maria de. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10(1):241-248. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>

CHIAVEGATTO, Claudia Vasques; ALGRANTI, Eduardo. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4):817-828, 2005.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Rev Saúde Pública**, 2012. Artigo disponível em português e inglês em: www.scielo.br/rsp

GUIZARDI, Francini Lube. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 9-34, mar./jun.2009.

Instituto Nacional do Seguro Social. INSS. Anuário estatístico da previdência social – 2011 - AEPS: disponível em <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-trabalhador/acidentes-de-trabalho>. Acesso em 28 fev. 2013.

JACQUES, Camila Corrêa; MILANEZ, Bruno; MATTOS, Rita de Cássia Oliveira da Costa. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(2):369-378, 2012.

KARINO, Márcia Eiko; MARTINS, Julia Trevisan; BOBROFF, Maria Cristina Cescatto. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. **Cienc Cuid Saude** 2011 Abr/Jun; 10(2):395-400.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 32 (115): 121-134, 2007.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MENDES, Jussara Maria Rosa; OLIVEIRA, Paulo Antônio Barros; ALMEIDA, Rosângela da Silva; SANTOS, Fabiane Konowaluk. A política de saúde do trabalhador e as transformações no mundo do trabalho. **II jornada internacional de políticas públicas**. São Luís – MA, 23 a 26 de agosto 2005.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; ALMEIDA, Carmen Verônica Barbosa de; GUEDES, Dimitri Taurino. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 445-462, nov.2009/fev. 2010.

even under the natural appearance of limits, they are natural references (geographic forms), don't let pass as a socio historical translation.

We could also affirm that the reality here is the expression and the translation of who live in the studied territory, study that developed by collective methodologies that aimed to break, or even attenuate, the vertical relation that characterize the science in its dichotomy, between the research object and the subject. We worked to elaborate a study in which the construction/translation of 'reality' was not only produced by the researchers (dominant perspective), but like a conjunction of perspectives, represented by the researchers together with the people that participated as subject of their own process.

Our simple experience to produce science in a participative way, in our point of view, try to dialog with the Bruno Latour (2001) observations, principally breaking the knowledge perception funded into the dualism represented in the expressions: subject/object and watcher/watched. This duality should be thought as necessary to the science rationality, because should be as corollary for the whole translation of one reality. Contrarily, our work tried to break this duality, but even doing so, could we get the whole reality translation, or the closest from what we could call of truth?

Bruno Latour (2001) comments about the use of maps in scientific researches, and how the scientist dominate the world; however this same world has to be translated into concepts and forms: yes, the scientists dominate the world – but since the world came until them in the form of bidirectional inscriptions, super posts and combined. If this happens with the science production, we perceive that the same happen with the ethno maps, since the references that constitute the drawn and the map are social representations that the Pataxó people do of their territory, there are codes, concepts and inscriptions that mean the living world and its spatiality.

However we find out that the ethno map Pataxó produced (even elaborated from the Pataxó point of view), was favored by the knowledge and instruments elaborated from other disciplines areas represented on the use do GPS and GIS. So, the georeferenced positions are well accepted because the precision that the equipments are known to have, but even in face of this aspect of precision available in the market, they don't spoken about the world, but build representations that sometime are pushed far way, other time approached. In the same way occur with the Pataxó's representation about their territory, when they draw their community,

their representation, they don't talk about the own world, but about the world as a stage of a theater where those representation are realized.

CONCLUSIONS

In this sense, we also observed the difference of the maps made without the participation of its actors, which consists in a representation of certain space determined by the community as important and not the whole space or the space determined for someone else. The confection of the ethno maps and the discussion of them generated reflections regarding the local reality. Were thought situations from current time, that deviate of the old scenario, as change in the cultivation system, the growth number of the families, and the amount and water quality.

The reflections about the space, in turn, facilitated the perception of vulnerability factors and of measures that are, or are not being taken to regarding them. In that sense, was possible to meditate as expected, the cultural, social, political and environmental aspects for the social technology construction.

In this context the digital technology is indispensable and the resources, limited. Still, the used resources were understood by the community that participated in the whole process. However, although it is still restricted the access to instruments (GPS) and to computer programs for mapping, the activity is viable for indigenous communities. The indigenous, like most Brazilians, have easiness using cell phones or devices like music and video players, that don't differ a lot in commands and handling, such like a standard GPS.

We noticed that is possible to promote the exercise of political power by local traditional people, to lead their cultural diversity and biodiversity conservation. It is important to point out that the community development in this process can be stimulated by the construction of autonomy and empowerment of those traditional people.

Acknowledgements

To the all Imbiruçu indigenous for the support in this study. Especially to the Cacique Romildo Pataxó and the Pataxó students Keyla Francis de Jesus da Conceição and Wakey Silva dos Santos (Junior Scientific Initiation Scholarship, UFVJM). To the Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) and to the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq), for the scholarships.

REFERENCES

ANGTHICHAY, ARARIBY, JASSANÃ, MANGUAHÃ, & KANÁTYO. **O povo Pataxó e suas histórias**. 6.ed. São Paulo: Global, 47p., 2002.

BLACK, J. **Mapas e história: construindo imagens do passado**. 1.ed. Bauru, SP: EDUSC, 428p., 2005.

CAMPOS, R.C. **Movimentos indígenas por educação: novos sujeitos socioculturais na história recente do Brasil**. In: Reunião Anual da ANPED, n.23, Caxambu, 2000.

CARVALHO, A. **O geoprocessamento na gestão ambiental em Terras Indígenas: uma experiência com etnomapeamento junto à Comissão Pró-Índio do Acre**. Science Master Dissertation (Physical Geography). Geography Department, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, São Paulo, 127p., 2006.

CEDEFES. Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva. **A luta dos índios pela terra: Contribuição a história indígena de Minas Gerais**. 1.ed. Contagem, 120p., 1987.

CEDEFES. Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva. (2006). **Pataxó: Quem é esse povo?** Disponível em: <<http://www.cedefes.org.br/new/index.php?conteudo=materias/index&secao=1&tema=53&materia=1774>> Acesso em: 15/06/2010.

CHAMBERS, R. **The origins and practice of participatory rural appraisal**. World Development, v. 22, n. 7, p. 953-969, 1994.

CHAVES, A. S.; COLLI, F. **Processos educativos Revista Terra Viva: estratégias, ações, resultados e desafios na disseminação agroflorestal**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente. Série Sistematização v. 1, p. 22-33, 2006.

CORREIA, C. S. **Etnozoneamento, etnomapeamento e diagnóstico etno ambiental: representações cartográficas e gestão territorial em Terras Indígenas no Estado do Acre**. PhD Thesis (Anthropology) – Anthropology Department, UnB, Brasília, 420p., 2007.

FARIA, A. A. C. **O uso do diagnóstico rural participativo em processos de desenvolvimento local: um estudo de caso**. Dissertation (Master Science) Universidade Federal de Viçosa, UFV, Viçosa, 111p., 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia - Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 37 ed., 148p., 1996.

HARLEY, J. B. Maps, knowledge, and power. In: Cosgrove, Denis & Daniels, Stephen (org.). **The iconography of landscape: Essays on the symbolic representation, design and use of post environments**. Cambridge University Press, 1 ed., 162p, 1988.

HERLIHY, P. H.; KNAPP, G. Maps of, by, and for the peoples of Latin America. In: Human organization. **Journal of the Society for Applied Anthropology**, v. 62, n. 4, p. 303-314, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2007). <<http://www.ibge.gov.br>>

LATOUR, B. **A esperança de Pandorra**: Ensaio sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru, SP : EDUSC, 2001, 372p.

LAURIOLA, V. Ecologia global contra diversidade cultural? Conservação da natureza e povos indígenas no Brasil. O Monte Roraima entre Parque Nacional e a Terra Indígena Raposa-Serra do Sol. **Revista Ambiente & Sociedade**, v. 5, n. 2, p. 165-189, 2003.

LITTLE, P. **Gestão territorial em Terras Indígenas**: definição de conceitos e proposta de diretrizes. Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Recursos Naturais – SEMA-AC, Secretaria Extraordinária dos Povos Indígenas – SEPI-AC e Agência de Cooperação Técnica Alemã (GTZ) no Brasil – GTZ, Rio Branco, Acre, 2006.

MELO, W. F., SILVA, S. S., TAVARES, R. A., FRESCHI, J. M., GAVAZZI, R. A., SILVA, J. F. M., PIYANKO, B., APIWTXA, C. A., BROWN, I. F. Aplicação de dados SRTM, sensoriamento remoto e SIG em etnomapeamento: o caso da Terra Indígena Kampa do Rio Amônia na fronteira Brasil-Acre/Peru-Ucayali. In: **Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto**, INPE, n.13, Florianópolis, SC, 2007. Disponível em: <<http://marte.dpi.inpe.br/col/dpi.inpe.br/sbsr@80/2006/11.15.23.05/doc/59495956.pdf>> Acesso em 15/06/2010

ORLOVE, B. **Mapping reeds and reading maps**: the politics of representation in Lake Titicac. *American Ethnologist*, v. 18, n. 1, p. 3-38, 1991.

PATAXÓ, R. **Encontro com o povo Pataxó de Carmesia**. Grupo de Estudos dos Povos Indígenas de Minas Gerais. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Campus I Diamantina, Brazil, 2008.

SCHWARTZMAN, S., ZIMMERMAN, B. **Conservation alliances with indigenous peoples of the Amazon**. *Conservation Biology*, v. 19, n. 3, p. 721-727, 2005.

SMITH, D. A. Participatory mapping of community lands and hunting yields among the bugle of Western Panama. Human Organization. **Journal of the Society for Applied Anthropology**, v. 62, n. 4, p. 332-343, 2003.

THE NATURE CONSERVATION. **Etnomapeamento nas comunidades indígenas da Amazônia**. Belém: TNC, 2006. <<http://www.nature.org/wherewework/southamerica/brasil/work/art16607.html>>

VERDEJO M. E. **Diagnóstico Rural Participativo**. Guia Prático. 1.ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 62 p., 2006.

VIRGILIO H, BARROS M. V. Z SIG aplicado à caracterização sócio ambiental da reserva indígena Apucarana (PR). **Estudos Geográficos**, v. 5, n. 1, p. 47-62, 2007. Disponível em: <<http://cecemca.rc.unesp.br/ojs/index.php/estgeo>>. Acesso em 15/06/2010.