

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

INSTITUTO DE GEOGRAFIA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

MIRNA DE MELO MACEDO

**PERFIL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES NOS TERRITÓRIOS DA
ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO SANITÁRIO SUL, EM UBERLÂNDIA/MG**

UBERLÂNDIA

2017

MIRNA DE MELO MACEDO

**PERFIL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES NOS TERRITÓRIOS DA
ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO SANITÁRIO SUL, EM UBERLÂNDIA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, (PPGAT/UFU), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dra. Rosuita Fratar Bonito.

UBERLÂNDIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M141p
2017

Macedo, Mirna de Melo, 1963-
Perfil de saúde dos trabalhadores nos territórios da atenção básica
do distrito sanitário sul, em Uberlândia/MG / Mirna de Melo Macedo. -
2017.

122 f. : il.

Orientadora: Rosuila Fratari Bonito.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Inclui bibliografia.

1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3. Pessoal
da área médica - Teses. 4. Saúde pública - Uberlândia (MG) - Teses. I.
Bonito, Rosuila Fratari, 1957-. II. Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

MIRNA DE MELO MACEDO

**PERFIL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES NOS TERRITÓRIOS DA
ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO SANITÁRIO SUL, EM UBERLÂNDIA/MG**

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia, (PPGAT/UFU), pela banca examinadora formada por:

Uberlândia, 30 de março de 2017.

Profa. Dra. Rosuila Fratari Bonito, UFU/MG

Profa. Dra. Leila Bitar Moukachar Ramos, UFU/MG

Prof. Dr. Walber Carrilho da Costa, POLITÉCNICA/MG

Com muito carinho, dedico este trabalho aos meus queridos familiares, pelo apoio constante e principais responsáveis por minhas conquistas. Aos profissionais do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e a Atenção Primária à Saúde do Distrito Sul, que permitiram a realização da pesquisa com dados secundários, sem a qual não teria sido possível o reconhecimento das reais potencialidades do CEREST no apoio matricial das equipes da Atenção Básica, particularmente sobre temas do universo da Saúde do Trabalhador.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em agradecimento por tão grande bênção concedida, pois a Tua mão poderosa esteve sobre mim, em todos os momentos, me guiando e fortalecendo nessa caminhada. Receba meu louvor e gratidão... que eu nunca me esqueça de que, Aquele que me deu a vitória, é infinitamente maior e mais importante do que a vitória em si. Dedico a Ti, em primeiro lugar, esta graça alcançada. “Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas”. Rom.11:36 a.

À família agradeço pelo amor, apoio, confiança e motivação em meio às lutas e desafios, o que tem me impulsionado a prosseguir em direção às metas planejadas. Em especial, agradeço a minha mãe Ruth de Melo Rodrigues, pelo incentivo e ao meu cunhado André Teles Rodrigues, pela consultoria na tabulação dos dados e o aprendizado.

Aos colegas do CEREST, agradeço as várias colaborações importantíssimas ao acesso de dados secundários, no planejamento e realização das atividades de coleta de dados.

A minha amiga Roseli Aparecida Muniz, pela presença constante ajudando, contribuindo e incentivando a não desistir.

À minha orientadora, Rosuita Fratar Bonito, agradeço pelos ensinamentos, orientações e contribuições. Também pelas palavras de incentivo e superação, em momentos difíceis desta caminhada, que tiveram importância fundamental para o renovo das forças e prosseguimento da jornada.

Ao professor Andre Luis Teles Rodrigues pela contribuição na consolidação dos dados estatísticos.

Aos professores membros da banca de qualificação, agradeço pelas sugestões e correções na fase tão importante da pesquisa; e da banca examinadora, por terem atendido ao convite de desempenhar este papel, dispondo de seu tempo e conhecimento para analisar este trabalho.

Aos queridos professores, amantes da saúde do trabalhador, que diariamente contribuem para o fortalecimento da PNSTT no Brasil. Quão grande privilégio foi vivenciar riquíssimos momentos de aprendizado. Agradeço a oportunidade.

Colegas do mestrado, agradeço pelo companheirismo e amizade e declaro minha alegria em tê-los conhecido. Em especial, Rafael Lemes de Aquino, por me ouvir sempre nas demandas e necessidades, me orientando e compartilhando suas experiências acadêmicas. Por nos representar no colegiado com muito compromisso e responsabilidade.

Àqueles que colaboraram com os resultados desta pesquisa, agradeço pela responsabilidade, comprometimento e envolvimento com que abraçaram esta causa. Que os frutos desses esforços possam ser refletidos na melhoria da qualidade de vida da população trabalhadora, inicialmente do território pesquisado, e quem sabe, ultrapassando suas fronteiras.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram com a realização desta pesquisa e do mestrado profissional, meus sinceros agradecimentos.

“Peça a Deus que abençoe os seus planos e eles darão certo”.

Provérbios 16:3

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar o perfil de saúde dos trabalhadores e os processos produtivos nos territórios das Unidades Básicas de Saúde da Família, em Uberlândia. Trata-se de uma análise epidemiológica transversal do tipo descritivo e quantitativo. O universo de Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família é de 74 Equipes de Saúde da Família da Rede SUS do Município de Uberlândia, urbana e rural e são responsáveis por uma cobertura de 43% da população. Os dados desse estudo referem-se a 05 Unidades de Atenção Primária do Distrito Sanitário Sul. A fonte de dados foi o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST Regional, localizado em Uberlândia nos relatórios de Consolidado do Perfil Ocupacional da ESF/PACS, das Unidades de Saúde objeto deste estudo. O diagnóstico situacional trouxe informações do território em estudo relativas aos dados de atividades produtivas e indicadores de saúde, sendo identificado a prevalência de atividades domiciliares informais nos vários ramos de atividade (Comércio/vendas, Cabeleireira/Manicure/Salão de beleza, Costureiras e atividades domiciliares no ramo de Alimentos). Com relação à ocupação individual e sua conseqüente relação com a saúde, pode-se destacar que as principais ocupações são os Serviços Gerais e as Domésticas e considerou-se prioritária a intervenção nestas ocupações devido aos riscos e agravos relacionados à atividade. Desta forma, identificados os principais fatores de riscos e agravos e discutidas as propostas de possíveis soluções aos problemas relacionados aos agravos ocupacionais, considerados prioritários. Conclui-se que a análise do perfil produtivo e epidemiológico no território é uma poderosa ferramenta de planejamento e execução das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: Atenção Primária. Saúde do Trabalhador. Perfil Produtivo.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the health profile of workers and the productive processes in the territories of the Basic Units of Family Health, in Uberlândia. This is a cross-sectional epidemiological analysis of the descriptive and quantitative type. The universe of Primary Care Units in Family Health is 74 SUS Family Health Teams, urban and rural and are responsible for a coverage of 43% of the population. Data from this study refer to five Primary Care Units of the Southern Sanitary District, in the city of Uberlândia. The data source was the Reference Center on Occupational Health - CEREST Regional, located in the Municipality, in reports of Consolidated Occupational Profile of the ESF / PACS, of the Health Units object of this study. The situational diagnosis provided information on the territory under study related to the data of productive activities and health indicators. The prevalence of informal household activities in the various branches of activity (Trade / sales, Beauty salon, Dressmakers and domiciliary activities in the Branch of Food). With regard to individual occupation and its consequent relation with health, it is possible to highlight the main occupations are the General and Domestic Services, it was considered a priority the intervention in these occupations due to the risks and injuries related to the activity. In this way, the main risk factors and aggravated and discussed the proposals of hypotheses for solutions to the problems related to occupational diseases, considered as priority have been identified. It is concluded that the analysis of the productive and epidemiological profile in the territory is a powerful tool of planning and execution of the actions of promotion, prevention and integral attention to the health of the workers.

Keywords: Primary attention. Worker's health. Productive Profile.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar el perfil de salud de los empleados y los procesos de producción en los territorios de las Unidades Básicas de Salud Familiar en Uberlândia. Este es un análisis epidemiológico transversal de tipo descriptivo y cuantitativo. El universo de unidades de atención primaria de salud de la familia es de 74 equipos de salud SUS Red Familia, urbano y rural, y son responsables de una cobertura de población del 43%. Los datos de este estudio se refieren a 05 Unidades de Atención Primaria de la Salud del Sur Distrito, la ciudad de Uberlândia. La fuente de datos fue el Centro de Referencia de Salud del trabajador CEREST-regional, con sede en Uberlândia en los informes consolidados de la FSE Perfil Ocupacional / PACS, el objeto de las Unidades de Salud de este estudio. diagnóstico de la situación provocó la zona de estudio en relación con los datos de las actividades productivas y los indicadores de salud, identificó la prevalencia de las actividades del hogar informales en los diversos campos de la actividad (comercio / ventas, Peluquería / Manicura / Salón de belleza, Costureras y actividades en el hogar en industria alimentaria). En cuanto a la ocupación individual y su consecuente relación con la salud, se pueden destacar las principales ocupaciones son los Servicios Generales y de inicio, se consideró una intervención prioritaria en estas ocupaciones debido a los riesgos y peligros relacionados con la actividad. Por lo tanto, cómo los principales factores de riesgo y enfermedades identificadas y discutidas las soluciones hipótesis propuestas a los problemas relacionados con las enfermedades profesionales, la prioridad. Llegamos a la conclusión de que el análisis de la producción y el perfil epidemiológico en el territorio es una potente herramienta de planificación y ejecución de la promoción, la prevención y los trabajadores de atención integral de la salud.

Palabras- clave: Atención primario. Salud Ocupacional. Perfil productivo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AED – Atividade Econômica Domiciliar

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

ATG – Acidente de Trabalho Grave

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CGSAT – Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIST – Comissão Inter-setorial de Saúde do Trabalhador

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COPESA – Comissão Permanente de Saúde, Ambiente, Produção e

Desenvolvimento Sustentável

CRST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CTNBIO – Comissão Nacional de Biossegurança

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DIESAST – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho

DSAT – Diretoria de Saúde do Trabalhador

DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESF – Equipe de Saúde da Família

FASTMEDIC – Sistema de Gestão em Saúde

GEISAT – Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LER/DORT – Lesão por Esforços Repetitivos/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NEA/SEMAD – Núcleo de Emergência Ambiental/ Secretaria do Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIA – População em Idade Ativa

PNDA – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RTM-ST – Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador

SAT – Seguro Acidente do Trabalho

SES/MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINDAG – Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Agrícola

SMS/DAIS – Secretaria Municipal de Saúde - Diretoria de Atenção Integral à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

VS – Vigilância em Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Ações da área de Saúde do Trabalhador contempladas nos elencos do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde.

Quadro 2. Distribuição dos Distritos Sanitários segundo números de equipes, números de micro áreas, números de ACS e população - Uberlândia-MG, 2015.

Quadro 3. Distribuição das UBSFs do Distrito Sanitário Sul, segundo nome das equipes, número das áreas, quantidade de micro áreas, população e o número de Agentes Comunitários de Saúde, Uberlândia-MG, 2015.

Quadro 4. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde, do Distrito Sanitário Sul, segundo data de implantação, população, número de micro áreas e número de Agentes Comunitários de Saúde, Uberlândia-MG, 2015.

Quadro 5. Distribuição de famílias e pessoas cadastradas nas UBSFs no ano de 2013.

Quadro 6. Distribuição de famílias entrevistadas e número de pessoas em idade ativa nas UBSFs no ano de 2013.

Quadro 7. Distribuição de atividade domiciliar formal e informal nas UBSFs, no ano de 2013.

Quadro 8. Número de manipulação de produtos químicos, de beleza e de alimentos no domicílio nas UBSFs, no ano de 2013.

Quadro 9. Distribuição de plantações no terreno do domicílio nas UBSFs, no ano de 2013.

Quadro 10. Distribuição das principais atividades domiciliares nas UBSFs, no ano de 2013

Quadro 11. Distribuição das principais ocupações individuais dos trabalhadores do território nas UBSFs, no ano de 2013.

Quadro 12. Doenças segundo a CID – 10 das cinco Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Sul- listadas em 2013 e 2014.

Quadro 13. Classificação das Doenças Segundo sua Relação com o Trabalho.

Quadro 14. Riscos à saúde dos trabalhadores dos salões de beleza do território da Região Sul do município de Uberlândia – MG

Quadro 15. Riscos à saúde dos trabalhadores de Serviços Gerais do território da região sul do município de Uberlândia-MG

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	16
1	INTRODUÇÃO.....	19
2	MARCO TEÓRICO.....	21
2.1	Histórico da Saúde do Trabalhador.....	28
2.2	O modelo de Atenção à Saúde do Trabalhador.....	32
2.3	A Política Nacional de Saúde do Trabalhador.....	37
2.4	A Saúde do Trabalhador na Atenção Básica.....	39
2.5	Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	45
2.6	O perfil produtivo ocupacional familiar	47
2.7	Fortalecimento da Vigilância em Saúde	51
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	57
3.1	Tipo de estudo.....	57
3.2	Cenário do estudo.....	58
3.3	População/amostragem.....	59
3.4	Coleta de dados.....	61
3.5	Aspectos éticos.....	62
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	64
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
	REFERÊNCIAS.....	112
	ANEXO A- Instrumento de Consolidado do Perfil Ocupacional.....	122

APRESENTAÇÃO

A pesquisa intitulada “Perfil de saúde dos trabalhadores nos territórios da atenção básica do distrito sanitário sul, em Uberlândia – MG”, surge a partir do conhecimento das diretrizes e ações desenvolvidas pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST Regional, situado no município de Uberlândia, sendo inspirada pelo Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia.

Pretende contribuir com a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, a partir do debate sobre a importância do diagnóstico estratégico situacional entendido como perfil produtivo e epidemiológico, o qual subsidia o planejamento das ações em Saúde do Trabalhador.

Com o intuito de contribuir com o avanço da organização dessas ações, no Programa Saúde da Família, e sobre as diretrizes do Fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador e a integração dos demais componentes da Vigilância em Saúde, destacados nos objetivos da Política Nacional de Saúde do trabalhador (PNST-SUS), em sintonia com a Portaria 3.252/2009, que se torna importante este debate no campo da Saúde do Trabalhador.

A Vigilância em Saúde é na atualidade um dos grandes desafios do SUS, e deve ser articulada com a Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e da Saúde do Trabalhador. Uma das ações que deve ser incorporada pelas equipes da Atenção Primária em Saúde, é o mapeamento dos processos produtivos do território e assim identificar os riscos e perigos à saúde associados às atividades laborais, bem como situações de vulnerabilidade da população.

Baseando-se nesse contexto, esta pesquisa pretende debater a importância da categoria “território” no planejamento das ações de saúde do trabalhador, a fim de compreender o processo saúde-trabalho-doença no território, contribuindo com a sensibilização das equipes envolvidas e com o adequado planejamento das ações de saúde. Tal pretensão surge considerando que a proposta de territorialização é um mecanismo poderoso no

planejamento das ações de promoção e de atenção integral à saúde, uma vez que os projetos nascem das necessidades identificadas no território estudado, com a participação da comunidade.

Percebe-se na análise de identificação do usuário trabalhador e o estabelecimento da relação entre o agravo e o adoecimento e o trabalho, uma poderosa ferramenta de contribuição para o planejamento e execução das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Inicialmente apresenta-se uma breve contextualização teórica e histórica sobre a Saúde do Trabalhador enquanto um campo em movimento, a seguir é descrito sobre a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast, criada em 2002, por meio da Portaria no 1.679/GM, com objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde, SUS.

Com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, a Renast passou a ser a principal estratégia da organização da Saúde do Trabalhador- ST no SUS, sob a responsabilidade da então Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde.

Abordamos sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a qual tem como finalidade 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, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Abordamos também, a Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, descrevendo a importância da Atenção Básica como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado na Saúde do Trabalhador, bem como os desafios da Atenção Primária frente às novas questões e novas demandas relacionadas a saúde e ao trabalho.

Fizemos um breve relato sobre o conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), como um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos

agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Finalizando uma reflexão teórica sobre o Perfil Produtivo Ocupacional e sobre o projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde – Estratégias de Ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde.

Apresentamos uma discussão e análise dos dados, dividida nas seguintes partes: (1) Número de famílias e pessoas cadastradas em Equipe de Saúde da Família, (2) Número de famílias entrevistadas e número de pessoas em idade ativa, (3) Número de atividade domiciliar formal e informal, (4) Número de locais de manipulação de produtos químicos, de beleza e de alimentos no domicílio, (5) Número de plantações em terreno do domicílio, (6) Principais atividades domiciliares nas UBSFS no ano de 2013, (7) Principais ocupações individuais dos trabalhadores do território das cinco Unidades de Saúde da Família do Distrito Sul no ano de 2013, em Uberlândia, (8) Doenças segundo a CID – 10 das cinco Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Sul- listadas em 2013 e 2014.

Ao final, algumas considerações que sintetizam as principais conclusões extraídas do estudo, incluindo indicações de outros possíveis desdobramentos a fim de aprofundar sobre a Saúde do Trabalhador na Atenção Primária e a contribuição das equipes, a partir do conhecimento do perfil de saúde dos trabalhadores e dos processos produtivos, bem como os principais agravos e situações de riscos relacionados ao trabalho formal e informal nos territórios das Unidades e a sua incorporação no planejamento das ações.

1. INTRODUÇÃO

A determinação da Saúde da Família como estratégia de reorganização da Atenção Primária em Saúde, remete a desafios, entre os quais o de implantar e/ou implementar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Essa necessidade tem sido valorizada por gestores, e no caso no município de Uberlândia o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) tem um grande papel enquanto suporte nas ações de supervisão aos profissionais da rede de serviços e de práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a Vigilância em Saúde.

Este estudo busca aprofundar sobre a Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde (APS), haja visto que é a porta de entrada preferencial do usuário do SUS, bem como apresentar o modelo de organização da Saúde do Trabalhador a partir do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, com o elenco da Saúde do Trabalhador, o qual tem como uma das metas a identificação das necessidades da população adscrita no território e relacioná-las às atividades produtivas para planejar e executar as ações de saúde.

A Resolução nº 3.152 de fevereiro de 2012, descreve que o planejamento é essencial para a gestão do SUS, propiciando resposta oportuna e efetiva às demandas e necessidades da população. Esta programação realizada é um processo contínuo e deve ser feito de acordo com a capacidade instalada do município e necessidades do campo de Saúde do Trabalhador.

Ainda segundo esta resolução, o diagnóstico estratégico situacional, entendido como perfil produtivo e epidemiológico, permite conhecer quantos são, quem são, o que fazem e de que adoecem e morrem os trabalhadores. Este subsidia o planejamento das ações em Saúde do Trabalhador no município.

Considerando a importância de se estabelecer o elenco de ações de Saúde do Trabalhador que deverão ser desenvolvidas e definidas a partir do diagnóstico da situação de saúde baseada no perfil produtivo e epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho, justifica-se a realização de uma

pesquisa que pode contribuir para o mapeamento do território de atuação das equipes, identificando as atividades produtivas desenvolvidas e os agravos, ocorrências de risco e perigos à Saúde do Trabalhador no território das Unidades de Atenção Primária em Saúde.

Os resultados deste estudo poderão possibilitar maior compreensão do problema em questão e, posteriormente, subsidiará o planejamento de ações em Saúde do Trabalhador, visando o aprimoramento da assistência e atendimento às medidas sugeridas pela Política de Saúde do Trabalhador.

A hipótese que norteou este estudo é a de que predomina nos territórios de atuação das equipes por distritos sanitários, riscos potenciais em relação às atividades produtivas domiciliares e às ocupações. Estas ações produtivas, bem como os riscos para a saúde delas decorrentes e o perfil epidemiológico da população trabalhadora, devem ser consideradas no planejamento das ações de vigilância e assistência à saúde, pelas Unidades de Saúde.

Com base nisto, buscou-se responder ao longo deste estudo às seguintes questões: Quais são as atividades produtivas/econômicas desenvolvidas na região? Quais são os possíveis riscos e perigos à saúde dos trabalhadores relacionados às atividades profissionais?

Com esta perspectiva posta, o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil de saúde dos trabalhadores e os processos produtivos, bem como os principais agravos e situações de riscos relacionados ao trabalho formal e informal nos territórios das Unidades Básicas de Saúde da Família.

2. MARCO TEÓRICO

O conceito de Atenção Primária nos leva a entender que a mesma ocupa um papel de grande resolutividade, pois organiza ações e serviços de saúde com base nas necessidades da população, com atenção integral, respeitando o sujeito em sua singularidade, dando um enfoque na promoção e prevenção de doenças.

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.” (STARFIELD, 2002, p. 28).

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais, segundo Mendes (2002), a *resolução*, que visa solucionar a grande maioria dos problemas de saúde da população, a *organização*, que objetiva sistematizar os fluxos e contra fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde e a *responsabilização*, que se compromete pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) a Atenção Primária é:

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidades. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve

considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.” (CONASS, 2004, p. 7)

Starfield (2002) ressalta que a Atenção Primária à Saúde – APS deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário. Para a autora, o princípio do primeiro contato refere-se à APS como a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde.

Para Donabedian (1973), o acesso pode ser classificado em sócio organizacional e geográfico. O primeiro diz respeito aos recursos que facilitam ou atrapalham (barreiras) os esforços dos cidadãos de chegarem ao atendimento. O segundo envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços.

A acessibilidade pode ser analisada através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários. A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade (DONABEDIAN, 1973).

Além disso, a comodidade pauta-se no tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros. A aceitabilidade é concernente à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, à aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (DONABEDIAN, 1973).

Contudo, a definição da APS como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS muda, na essência, o modelo de organização do SUS. Nessa perspectiva, a APS deixa de ser o primeiro nível da rede para assumir a responsabilidade pela coordenação do cuidado integral à saúde da população adscrita em um dado território. Para se entender o alcance dessa

afirmação é importante resgatar a definição de modelos de atenção, que contempla a organização de redes de atenção à saúde, no que concerne à soma dos equipamentos e os agentes que auxiliam dentro deste processo (MENDES, 2002).

Assim como as combinações tecnológicas, na concepção de Mendes (2002), incluem o uso de recursos das tecnologias duras (equipamentos), as leve dura (saberes disciplinares) e as leves (relações humanas). Pode-se dizer que o modelo de atenção está relacionado à forma de organização dos recursos tecnológicos para identificação e resposta aos problemas de enfermidade da população nos serviços de saúde.

Nesse sentido, não cabe mais a classificação de baixa complexidade atribuída à APS. Conceitualmente, considerar a APS enquanto centro ordenador da atenção à saúde no SUS significa atribuir-lhe grande complexidade e pressupõe estreita articulação com os níveis do sistema que incorporam mais recursos tecnológicos, anteriormente denominados “de média e alta complexidade”, de modo a garantir a integralidade e respostas adequadas às necessidades dos usuários.

Mendes (2009) destaca que esta visão equivocada de complexidade contribui para que os gestores, políticos e profissionais de saúde valorizem mais as práticas desenvolvidas nos níveis secundários e terciários da atenção à saúde.

Em outras palavras, a proposta de articulação entre os níveis de cuidado caracteriza a organização da atenção à saúde em redes, que podem ser entendidas como a interligação entre vários agentes envolvidos na questão relacionada à saúde de modo colaborativo.

Dessa maneira, a substituição do modelo hierárquico piramidal tradicional, pela formatação das redes de atenção à saúde na forma poliárquica pressupõe que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, guardadas as diferenças quanto às densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2009).

A concepção do sistema vigente no SUS se pauta no nível hierárquico, piramidal e formatado segundo níveis de complexidades, no qual a atenção básica ocupa posição de menor complexidade, muda-se para a concepção das

redes de atenção à saúde. Esta rede se estrutura em torno de um conjunto de pontos de atenção contínua e integral a uma população definida, tendo como centro coordenador a APS.

Para prover atenção integral, a rede se organiza em vários componentes, dentre eles: o centro de comunicação (a própria APS); os pontos de atenção à saúde, secundários e terciários; os sistemas de apoio (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (prontuário de família, cartão de identificação dos usuários, central de regulação e sistemas de transporte sanitário) e o sistema de governança, exercido pelos gestores e pelo controle social (MENDES, 2009, p.125).

Nesse entendimento, a APS dentro das redes de atenção à saúde assume o papel de centro de comunicação, coordenador dos fluxos e contra fluxos de toda a rede e deve ser entendida como: “uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população” (MENDES, 2009, p. 163).

Sobretudo, a organização da atenção à saúde dos trabalhadores a partir da Atenção Primária à Saúde reveste-se de especial importância, quando se considera a capilaridade do sistema e a possibilidade de fazer a atenção integral à saúde chegar o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham e o potencial desses serviços para identificar as necessidades de saúde da população adscrita no território e relacioná-las às atividades produtivas para planejar e executar as ações.

Entretanto, observa-se que no cotidiano da APS, o papel do trabalho enquanto determinante do processo saúde-adoecimento-cuidado dos indivíduos e do coletivo e dos impactos no meio ambiente não está incorporado de forma sistemática nas práticas de saúde.

Estudos sobre a Saúde do Trabalhador demonstram que, apesar de os profissionais compreenderem a importância desta temática, a abordagem deficiente de temas relacionados à área saúde e ao trabalho na formação profissional, a falta de suporte técnico para o desenvolvimento das ações e a dificuldade de encaminhamento para os serviços especializados em Saúde do Trabalhador são fatores que limitam a atenção à saúde dos trabalhadores na APS (CHIAVEGATTO, 2010).

Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2006), a Atenção Básica tem como fundamentos efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; sendo assim espera-se que os serviços da APS desenvolvam ações de Saúde do Trabalhador, o que é um desafio.

A rigor, o papel do trabalho, enquanto determinante do processo saúde-doença-cuidado deve ser considerado em qualquer ponto da rede de atenção à saúde. Em cada nó de rede ou ponto de atenção, o trabalhador que demanda o serviço deve ser reconhecido como tal e deve ser considerada sua inserção no processo produtivo, ou seja, a possibilidade ou o modo como seu trabalho afeta sua saúde.

Nas ações de vigilância busca-se o aumento das notificações, melhoria da qualidade das informações, a análise do perfil de agravos à saúde relacionados ao trabalho, em articulação com a Vigilância Epidemiológica e Ambiental e o reconhecimento dos riscos para a saúde, gerados nos processos de trabalho, em articulação com a Vigilância Sanitária e Ambiental.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Renast, foi criada em 2002, por meio da Portaria no 1.679/GM, com objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do SUS. Com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005 (Brasil, 2005), a Renast passou a ser a principal estratégia da organização da ST no SUS, sob a responsabilidade da então Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, hoje Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador, [CGSAT](#).

A Renast compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de [vigilância](#), prevenção, e de promoção da saúde, na perspectiva da ST. Em sua atual formatação institucional prevista na Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009, a Renast deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador ([CEREST](#)). Além disso, elaboram protocolos, linhas de cuidado, e instrumentos que favorecem a integralidade das

ações, envolvendo a atenção básica, de média e alta complexidade, serviços e municípios sentinela. Essa Portaria também estabelece que a Renast seja implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Saúde dos estados, o Distrito Federal, e os municípios, com o envolvimento de outros setores também participantes da execução dessas ações. Definida dessa forma, a Renast se constitui em uma complexa rede que se concretiza com ações transversais, que incluem a produção e gestão do conhecimento, e todos os níveis e ações definidas. Grandes esforços e avanços têm sido feitos para a institucionalização da rede, e para a formalização de mecanismos de funcionamento, bem como a relação entre seus componentes (BRASIL, 2005, p.225).

Considerando a importância da melhoria da informação sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho, foi publicada a Portaria nº. 777, em 28 de abril de 2004, definindo a notificação compulsória de um conjunto de 11 agravos, a partir da rede de serviços sentinela, que teria a capacidade presumida de diagnosticar e estabelecer a relação com o trabalho e registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do SUS. Para apoiar estas ações foram preparados protocolos para o cuidado diferenciado aos Agravos mencionados na Portaria, porém estes não contemplam de forma satisfatória, as ações a serem desenvolvidas na APS (BRASIL, 2004).

Outro marco para instituir uma política de Saúde do Trabalhador foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 2005, envolvendo ampla participação social, que discutiu avanços e dificuldades encontrados para consolidação do campo de Saúde do Trabalhador no SUS.

E entre as recomendações da Conferência está a incorporação nas agendas de saúde, em nível nacional, estadual e municipal, das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde e nos serviços de Urgência e Emergência enquanto portas de entrada do sistema e no cuidado de média e alta complexidade (BRASIL, 2005).

Apesar das muitas dificuldades e contradições, observa-se o movimento bem definido na direção de se desenvolver ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária a Saúde. Assim, os CEREST Regionais têm desenvolvido atividades de matriciamento das equipes de Saúde da Família para a notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e o apoio aos

processos de descentralização da assistência em Saúde do Trabalhador do CEREST para a APS (POÇO, 2008).

O CEREST é um ponto de atenção da rede que possui como principal atribuição o matriciamento das ações de Saúde do Trabalhador. A rede sentinela está organizada a partir dos pontos de atenção considerados sensíveis para identificação dos agravos relacionados ao trabalho.

Em 2012, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) publicizou a todo Estado, a 1ª edição do “Instrutivo para a Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde”, o objetivo era de que este fosse um guia para as equipes municipais na qualificação das ações assumidas perante o edital SES-MG 01/2012. Em 2013, foi publicada a segunda edição do Instrutivo para execução e avaliação das ações de Vigilância em Saúde, o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais, resolução SES no 3.717/2013 (LAGUARDIA, 2014).

Certamente, tal documento configura-se como importante ferramenta norteadora das rotinas e processos de trabalho das áreas de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Promoção da Saúde, Vigilância da Situação de Saúde e Vigilância à Saúde do Trabalhador. Como parte deste documento, foi desenvolvido um importante instrumento de cadastro das atividades produtivas efetuadas nos domicílios, com a identificação de possíveis riscos para a saúde relacionados ao trabalho (LAGUARDIA, 2014).

Ademais, o objetivo de tal registro é identificar as atividades produtivas existentes na área de abrangência de cada ESF e PACS, tanto de estabelecimentos comerciais formais e informais quanto de atividades domiciliares (atividades realizadas dentro do domicílio), além de identificar a ocupação dos membros das famílias cadastradas de cada Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Por fim, espera-se que entre as ações a serem implementadas em médio prazo, uma delas é de estabelecer o elenco de ações de Saúde do Trabalhador que deverão ser desenvolvidas e definidas a partir do diagnóstico da situação de saúde baseado no perfil produtivo e epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho, inserindo-as nos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.

2.1. HISTÓRICO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Antes do advento do SUS, a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos *indigentes*, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada.

Em termos objetivos, a política do Estado brasileiro para a saúde era oferecida, individualmente, de forma compensatória, para os beneficiários da Previdência Social ou, coletivamente, por meio de campanhas e programas específicos para controle de doenças endêmicas (BRASIL, 2005).

A estrutura de atenção à saúde existente desde o final do século XIX, através das Caixas de Assistência, foi unificada no governo Vargas, que criou a estrutura previdenciária dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) por categorias de trabalhadores, com a participação das empresas e dos trabalhadores, representados por seus sindicatos na sua administração. Esses institutos possuíam volumosos recursos e proviam a assistência médica por meio de hospitais próprios. Porém, aos poucos, o Estado passou a influenciar cada vez mais na administração previdenciária, inclusive nomeando seus presidentes. O seu controle, inclusive o financeiro, foi transferido ao Estado. A concessão de benefícios passou a obedecer a critérios cada vez mais rígidos e seus valores foram reduzidos. Esses vultuosos recursos acumulados, sob o controle do Estado, foram destinados ao processo de industrialização brasileira. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001, p. 30).

Até o final da década de 50, a assistência médica previdenciária não era importante, mas passou a consumir recursos cada vez mais significativos, devido à industrialização e novas formas de adoecimento. Esse sistema tornou-

se deficitário no início dos anos 60 e, em 1967, o governo militar unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, excluindo os trabalhadores e empregadores da sua gestão (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001, p. 31).

Ainda para os autores, este modelo de atenção à saúde, também chamado de modelo médico-assistencial privatista, persistiu hegemônico dos anos 60 até meados dos anos 80. Grande parte da população foi excluída e isso se refletiu nos altos índices de mortalidade infantil, perinatal, materna e por acidentes de trabalho e na baixa capacidade diagnóstica e de registro de doenças relacionadas ao trabalho.

Na década de 70, no contexto da Ditadura Militar (1964-1985), o modelo de saúde hegemônico era centrado nas ações de âmbito federal, no qual o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), junto com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) dividiam a responsabilidade nas ações na área da saúde, ao ficar, o primeiro responsável pelas ações preventivas de saúde, enquanto o segundo ficava responsável pelas ações curativas de diagnósticos, tratamento e reabilitação (VIANA, 2000).

Também nesta década, conforme Paim (2009) o que se percebia quanto ao sistema de saúde brasileiro é que este era semelhante ao norte-americano, sendo excludente, pois apenas os trabalhadores pertencentes ao mercado formal de trabalho podiam fazer parte da clientela dos serviços de saúde. Estes serviços eram prestados por uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas, por meio de um modelo médico-assistencial privatista que privilegiava a cura da doença ao invés da promoção e prevenção da saúde.

Na conjuntura em que vivia o país, marcada pela crise econômica e pelo processo de redemocratização política, gesta-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, também conhecida como Movimento Sanitário ou Movimento pela Democratização da Saúde. Por conseguinte, o Movimento Sanitário Brasileiro questiona a intervenção estatal na saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001).

Todavia, este movimento se iniciou na década de 70, mas foi apenas em 1980, mais precisamente em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se obteve avanços significativos, pois foi aí que se levantou a bandeira da Reforma Sanitária. Mendes (1995) conceitua a Reforma Sanitária como:

(...) um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. (MENDES, 1995, p. 42).

A Constituição Federal de 1988 então irá inaugurar o conceito de Seguridade Social no Brasil, tendo como base o tripé composto pela: Saúde, Previdência e Assistência Social. A Saúde, nesta Carta Magna, passa a ser direito de todos e dever do Estado, já a Previdência Social é para quem contribui e a Assistência Social para quem dela necessitar. Inaugura-se um novo conceito ampliado de saúde, o qual a define não apenas como ausência de doenças, enfocando seu aspecto biológico, mas como resultante de todo um contexto sanitário, social, político, cultural e econômico.

Conforme Bravo (2007), a Constituição Federal de 1988 é a mais progressista e nela, à Saúde coube cinco artigos (Art. 196-200), que determinam que esta é um direito de todos e dever do Estado e estatuem a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único. Portanto, na Constituição de 1988, foi estabelecida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se pautava nos princípios básicos da Reforma Sanitária, a saber: a equidade, a universalidade, a integralidade e a participação social.

Por certo, no Brasil, a política de Saúde do Trabalhador começou a ser pensada a partir da década de 80 em conjunto com o Movimento da Reforma Sanitária. A aproximação da medicina preventiva e social com as ciências sociais trouxe novos conceitos para saúde pública, incorporando categorias do marxismo, que contribuíram para modificar a interpretação do processo saúde-

adoecimento-cuidado, agregando o papel do trabalho e do trabalhador enquanto sujeito deste campo de atuação, em meio a uma sociedade que viviam mudanças nas relações políticas e econômicas, no contexto de grande investimento na industrialização que gerou um grande aumento nos acidentes de trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A classe operária industrial teve um importante papel nas discussões junto ao Movimento da Reforma Sanitária. A partir dos sindicatos, foram criados mecanismos de reivindicação dos direitos trabalhistas, dentre eles o direito à saúde com a exigência da implementação de ações voltadas para saúde dos trabalhadores. Neste sentido, cabe destacar o importante papel do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), órgão suprapartidário e intersindical voltado para produzir conhecimento técnico para subsidiar as ações dos sindicatos (LACAZ, 1997).

As primeiras propostas específicas de intervenção na saúde dos trabalhadores surgiram a partir da Conferência de Alma Ata, em 1978, e no início dos anos 80, organismos internacionais como a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) lançaram diretrizes e recomendações que reforçaram a importância da temática (LACAZ, 1997).

Respalado por esta movimentação internacional, o movimento da Reforma Sanitária propôs uma política nacional voltada para saúde dos trabalhadores que tivesse como foco os determinantes sociais do processo saúde-adoecimento-cuidado e durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) a Saúde do Trabalhador foi amplamente debatida, tendo como desdobramento a realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), realizada no mesmo ano (LACAZ, 2007).

Desta forma, a luta conjunta do movimento sindical com o Movimento da Reforma Sanitária fez com que em 1988 a Saúde do Trabalhador fosse incluída na Constituição Federal no escopo das ações do SUS, posteriormente desenvolvida na Lei 8080/90 (HOELFEL, DIAS, SILVA, 2005).

2.2. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR – A CRIAÇÃO DA RENAST

A construção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho e a assistência integral à saúde caracterizam a denominada Atenção Integral à Saúde. Pressupõe-se a adequação e a ampliação da capacidade institucional de modo a permitir que este conjunto de ações seja desenvolvido com competência e resolutividade pela rede de serviços de saúde, em ação coordenada de diversos setores do governo e da sociedade civil.

Mas também, a articulação intra-setorial envolve todas as instâncias do SUS. No Ministério da Saúde, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador é o ponto focal dessa articulação e abrange, no campo da assistência, a Atenção Básica, a Média e Alta Complexidade e os programas e ações direcionadas a grupos populacionais específicos, entre eles: as mulheres, os idosos, as crianças e os adolescentes e os portadores de necessidades especiais.

A priori, tendo o histórico e cronologia de toda temática, em setembro de 2002 foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, através da Portaria MS 1679/02, que se trata de uma rede hierarquizada em três níveis de gestão - Ministério da Saúde, Secretarias de Estado, Distrito Federal e Secretarias Municipais de Saúde - visando romper a fragmentação e marginalidade da Saúde do Trabalhador e criando uma cultura institucional sanitária frente aos problemas decorrentes da relação saúde, trabalho e meio ambiente (HOEFEL, DIAS, SILVA, 2005).

Para as autoras, a RENAST é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. A compreensão do processo saúde-adoecimento-cuidado dos trabalhadores, que norteia a RENAST, está baseada no enfoque das relações Trabalho-Saúde-Doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas, desenvolvida pela epidemiologia social.

Por certo, ela integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRSTs. Estes centros deixam de ser porta de entrada do Sistema e assumem papel de suporte técnico e científico e de núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho e da produção social do adoecimento no SUS.

Além disso, tais centros são o *lócus* privilegiado de articulação e pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência, que pode ser a capital, as áreas metropolitanas, municípios pólos de assistência das regiões e microrregiões de saúde.

Assim, entre as tarefas a serem cumpridas pelos CRST estão: prover suporte técnico adequado às ações de assistência e vigilância da Saúde do Trabalhador; recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância, facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e o controle social (HOEFEL, DIAS, SILVA, 2005).

Os princípios e diretrizes que norteiam a RENAST são coincidentes com os da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e podem ser resumidos em:

I) atenção integral à Saúde dos Trabalhadores; II) articulação intra e intersetoriais; III) informações em Saúde do Trabalhador; IV) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; V) capacitação permanente em Saúde do Trabalhador e VI) participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012, p.59).

Também é estratégica a articulação das ações das Secretarias de Vigilância em Saúde, em especial com a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM), de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, de Gestão Participativa, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, além da Anvisa e Funasa. Entre os fóruns estratégicos para a *pactuação* intra-setorial, estão: o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Inter-setorial de Saúde do Trabalhador (CIST), o Colegiado de Secretários do Ministério da Saúde, a Comissão Permanente de Saúde, Ambiente, Produção e Desenvolvimento Sustentável (Copesa), o Conselho Nacional de Secretários

de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A articulação inter-setorial tem como interlocutores privilegiados os Ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência Social e Meio Ambiente e está sob a responsabilidade direta do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador (GEISAT).

Por exemplo, temos outros fóruns de articulação intersetorial como: o Fórum Permanente de Erradicação do Trabalho Infantil, o Conselho Nacional de Segurança Química (Conasq), o Conselho Nacional de Direitos Humanos, a Comissão Nacional de Biossegurança (CTNBIO), os Movimentos Sociais e as Organizações Sindicais de trabalhadores.

Considerando a importância da produção de conhecimento para o desenvolvimento da atenção à Saúde do Trabalhador, particularmente nesse cenário de mudanças assinalado anteriormente, ela deve estar orientada por critérios epidemiológicos, relevância social e capacidade das instituições de pesquisa e envolver todos os equipamentos da rede de serviços do SUS, em particular os CRST. A capacitação dos profissionais, outra prioridade para a implementação da RENAST, deve contemplar a diversidade e especificidades regionais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multiprofissional e a experiência acumulada pelos Estados e municípios (HOEFEL e DIAS, 2005).

A participação dos trabalhadores é considerada essencial para a identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e das repercussões destes sobre o processo saúde-adoecimento-cuidado. Também é fundamental para a transformação das condições geradoras de acidentes e doenças. Na atualidade, o crescimento das relações informais e precárias de trabalho exige a criação ou a identificação de novas modalidades de representação dos trabalhadores, para além das organizações sindicais tradicionais (SILVEIRA; RIBEIRO; LINO, 2005).

Sobre o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador, Hoefel, Dias (2005) ressaltam que a utilização da informação produz conhecimento para que os profissionais atuem de forma eficiente e com eficácia para que possam alcançar melhoria nos processos de trabalho.

A rigor não se pode falar de um "modelo de atenção da RENAST", uma vez que este é o próprio modelo de atenção do Sistema Único de Saúde, organizado segundo os princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção com equidade e controle social, em um dado território, de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando a estratégia da Atenção Básica de Saúde e o enfoque da Promoção da Saúde (HOEFEL; DIAS, 2005).

Inegavelmente, os trabalhadores sempre foram usuários do sistema de saúde. A proposta da RENAST é qualificar esta atenção, fazendo com que o sistema como um todo, entenda e funcione na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Para o trabalhador, na qualidade de indivíduo, ainda que os procedimentos diagnósticos e o tratamento da doença que apresenta sejam os mesmos, independentemente, de o agravo estar ou não relacionado ao seu trabalho atual ou pregresso.

Por outro lado, é importante que esta relação seja estabelecida e sejam feitos os encaminhamentos adequados. Somente a partir do estabelecimento da relação entre o agravo ou a doença com o trabalho e do registro no sistema de informação é possível coletivizar o fenômeno e desencadear procedimentos de vigilância que levem à mudança nas condições e ambientes de trabalho geradoras de doença.

Além disso, a identificação de situações ou de fatores de risco para a saúde nas situações de trabalho, originada nas ações de vigilância, permite o encaminhamento dos expostos e doentes à assistência adequada. Também, as ações de Saúde do Trabalhador são desencadeadas a partir da identificação de um agravo à saúde ou de uma situação de risco, relacionados ao trabalho. A indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância da saúde constitui uma pedra angular da Saúde do Trabalhador (HOEFEL E DIAS, 2005).

Nesta identificação dos pilares que orientam o desenho e a atuação da RENAST, é importante destacar a ideia-proposta ou conceito de Desenvolvimento Humano Sustentável. Apesar das controvérsias que envolvem o termo e as formas como essa expressão tem sido apropriada por distintos setores sociais, a realidade tem apontado, de modo consistente, a necessidade de inclusão das questões relacionadas às relações Trabalho-Ambiente e Saúde, de modo especial a Saúde do Trabalhador, nas agendas de

discussão do modelo de desenvolvimento a ser adotado no país (HOEFEL e DIAS, 2005).

Na atualidade, as políticas públicas setoriais que enfocam a produção e distribuição de bens oriundos da transformação da natureza e prestação de serviços, na agricultura, comércio, indústria, desenvolvimento e ciência e tecnologia, não têm, via de regra, levado em consideração as consequências sobre as condições de vida e os perfis de adoecimento relacionados ao trabalho. A mesma fragmentação se reproduz nas políticas setoriais na esfera da Previdência Social, Meio Ambiente e Trabalho.

Para a mudança desse quadro, Hoefel e Dias (2005) ratificam que é necessário que as políticas públicas privilegiem a construção de processos produtivos limpos e saudáveis, de modo a diminuir os riscos de adoecimento e a degradação do ambiente e garantir uma distribuição equitativa e justa dos benefícios e problemas gerados nos processos produtivos.

Apesar dos percalços, pode-se considerar que a estratégia da RENAST, para prover uma atenção diferenciada aos trabalhadores no SUS tem sido bem-sucedida. Hoefel e Dias (2005, p.169) destacam que entre as dificuldades a serem superadas estão:

(...) a) que a lógica do modelo da RENAST, centrada na atuação regionalizada dos CRSTs, não corresponde à organização do SUS centralizada na municipalização; b) há uma frágil articulação intra-setorial uma vez que a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal; c) existe uma confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência; d) há falta de orientação clara quanto aos processos de *pactuação* dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, uma vez que, com frequência, as áreas de atuação dos CRSTs não coincidem com as Regionais de Saúde; e) existe o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com o trabalho e definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados; f) que o controle social está fragilizado, em decorrência das mudanças na organização sindical e do grande número de trabalhadores no mercado de trabalho formal, que ainda não se organizaram para participar dos fóruns sociais; g) há desvio dos recursos

destinados à implantação da RENAST para cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde; h) que apesar dos avanços regionais, ainda se observa o predomínio da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações; i) que as ações intersetoriais ainda são tímidas e localizadas.

Ainda assim, após mais de 20 anos da regulamentação da atribuição constitucional da atenção integral à saúde dos trabalhadores pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e das experiências implementadas na rede pública de serviços de saúde, pode-se dizer que o SUS ainda não incorporou de forma efetiva, em suas concepções os paradigmas e as ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e as suas relações com o espaço sócio ambiental.

Em outras palavras, ainda é frágil o papel do trabalho na determinação do processo saúde-adoecimento-cuidado dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, da população em geral e nos impactos ambientais que essas atividades produzem (HOEFEL e DIAS, 2005).

2.3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), pelo Decreto Presidencial n.7.602, de 07 de novembro de 2011, pode ser considerada um marco histórico na abordagem das relações entre trabalho, saúde e doença e no cuidado à saúde dos trabalhadores no Brasil (BRASIL, 2011).

Ela busca superar a fragmentação e superposição das ações desenvolvidas pelo governo, por meio de articulações das ações governamentais, com participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores (BRASIL, 2011).

A PNSST tem como princípios norteadores a universalidade, o diálogo social e a precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência e reabilitação, com objetivo de promover a saúde e a melhoria de qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à

saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele. Entre os aspectos positivos, explicitados no documento, destaca-se o conceito de atenção integral, que se aproxima da proposta historicamente construída pelo movimento da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012).

A integralidade da atenção pressupõe a indissociabilidade das ações de promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, a proteção da saúde e prevenção de agravos e do adoecimento, a vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho e ações assistenciais, que incluam a reabilitação física e psicossocial, em nível individual e coletivo, considerando os aspectos biológicos, sociopolíticos e culturais envolvidos (DIAS, 2013, p.29)

O documento ainda prevê que a política deve atender a todos os trabalhadores, independentemente de sua localização (urbana ou rural), de sua forma de inserção no mercado de trabalho (formal ou informal) e de seu vínculo empregatício (público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado).

A Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), a qual surge para consolidar e legitimar o que vem sendo construído, ela explicita as ações a serem desenvolvidas pela rede SUS e reitera a indissociabilidade das práticas preventivas e curativas, a transversalidade das ações e seu caráter transdisciplinar e interinstitucional, em sintonia com as mudanças nos processos produtivos e com participação dos trabalhadores como sujeitos das ações de saúde (BRASIL, 2012).

Entre os objetivos da Política ressalta-se: a) o de fortalecer a Vigilância em [Saúde do Trabalhador](#), com a identificação das atividades produtivas da população e das situações de risco à saúde; b) análise das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores; c) intervenção nos processos e ambientes de trabalho; d) produção de tecnologias de intervenção e monitoramento, e controle; e) avaliação da qualidade dos serviços e programas de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012).

Para promover ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o documento prevê a adoção de parâmetros de proteção da saúde dos trabalhadores, identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo ou de trabalho infantil. Já nas estratégias definidas no documento da PNSTT, para implantação da atenção integral à Saúde do Trabalhador compreendem (BRASIL, 2012):

a) a integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da vigilância em saúde e com a APS; b) a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; c) a estruturação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS); d) o fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial; e) o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; f) o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos e g) o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (DIAS, 2013, p.30)

Deve ser garantido também o acesso do trabalhador à [Rede de Atenção à Saúde do SUS](#), desde a atenção primária em saúde, passando pela atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação, atenção pré-hospitalar de urgência e emergência, rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico, e assistência farmacêutica.

2.4. A SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA

Nos termos da política nacional recentemente definida, as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços, devem ser assumidas por todo o sistema, tendo como porta de entrada a rede básica de saúde e como retaguarda técnica os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e os níveis mais complexos desse Sistema.

De certo, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), que regulamentou as competências no campo da Saúde do Trabalhador, considera o trabalho como importante fator determinante/condicionante da saúde.

O campo Saúde do Trabalhador é definido, no artigo 6º da Lei nº 8.080/90 como o

[...] conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 2012, p.111).

Tudo isto é considerado como atribuição do SUS. De acordo com o princípio da universalidade, trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e/ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formal e informal da economia (BRASIL, 2004).

Portanto, o parágrafo 3º do o art. 6º determina que a realização das ações de Saúde do Trabalhador siga os princípios do SUS. O princípio da universalidade pressupõe a responsabilidade do SUS sobre todos os trabalhadores, independentemente de seu grau de inserção na economia ou tipo de vínculo trabalhista.

Segundo Dias e Hoefel (2005), a atenção primária é a principal referência para o reordenamento da atenção à saúde, constitui-se a porta de entrada dos serviços de saúde e apresenta-se como a melhor estratégia para otimizar a saúde da população e minimizar as desigualdades entre os grupos populacionais, de modo a alcançar a equidade.

Da mesma forma, ela propicia atenção qualificada e com resolutividade, coordena ou integra a referência a níveis mais complexos. É organizada a partir de uma base territorial e critérios epidemiológicos, priorizando os problemas mais comuns em uma comunidade, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, visando maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas.

Por ser porta de entrada do SUS, reforça-se neste setor o papel da atenção primária no acolhimento dos trabalhadores, a investigação do processo de trabalho como fator determinante do processo saúde-doença-cuidado, bem como a avaliação e manejo das situações de risco

no trabalho, incorporando o saber do trabalhador, sob o controle social, ações efetivas da atenção primária.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, esta se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Contudo, tal política é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Ainda assim, utilizam-se, neste setor, tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, “ observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2012, p.19).

Logo, a Atenção Básica apresenta limitações para desenvolver estas ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, necessitando de apoio permanente do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Estes Centros são instâncias que são especializadas, com caráter de referência secundária para a rede básica e que buscam incorporar maior densidade tecnológica em seu quadro de profissionais, de apoio diagnóstico e de vigilância (LACAZ, 1996).

Faz-se mister discutir o papel dessas instâncias, pois elas não se tornaram referência, uma vez que a rede do SUS ficou alheia à problemática da saúde-adoecimento-cuidado relacionada ao trabalho e, por priorizarem a assistência, apresentam um impacto pequeno na intervenção sobre os ambientes e processos de trabalho nocivos à saúde (LACAZ, MACHADO, PORTO, 2002).

Para contribuir para este debate, o presente estudo analisa a Atenção Básica como principal referência para estruturação da atenção integral à Saúde do Trabalhador prescrita na PNSTT, considerando o seu papel ordenador e coordenador que lhe é atribuído, bem como avalia também a importância de se considerar as relações produção-consumo, ambiente e saúde como determinantes do processo de saúde-adoecimento-cuidado dos trabalhadores.

Segundo Barbara Starfield (2002), a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só se referindo aos casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção.

Como já foi dito anteriormente, Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Em revisão bibliográfica conduzida por Mendes (2009), esses atributos podem ser interpretados da seguinte maneira:

O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. (MENDES, 2009, p. 57-58).

Em relação aos trabalhadores, há de se priorizar 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.3).

Assim, as ações de Saúde do Trabalhador devem ser incluídas formalmente na rede de atenção básica. Ampliando desta forma a assistência já ofertada aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeitos de adoecimento específico que exige estratégias também específicas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Nesta perspectiva, há de se valorizar outro conceito de referência na APS: o território. Tal localidade permite a delimitação e caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculo e a avaliação do impacto das ações. Também facilita o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco à saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho (DIAS E SILVA, 2013).

Por outro lado, a identificação dos processos produtivos instalados no território é uma das atividades prioritárias para se atuar na atenção integral à Saúde do Trabalhador, pois permite inferir alguns fatores organizacionais e ambientais associados às atividades produtivas, que influenciam no processo de adoecimentos. Estas informações fazem parte de um diagnóstico em Saúde do Trabalhador (DIAS E SILVA, 2013).

Certamente, o mapeamento dos processos produtivos é essencial para o planejamento e a execução de ações pelas equipes, considerando como já dito anteriormente, que as atividades produtivas interferem na condição de vida e saúde.

A APS também tem investido na realização de ações com predominância de capacitações, destinadas a sensibilizar os profissionais sobre as questões de saúde relacionadas ao trabalho, fornecer instrumentos para a investigação e notificação de acidentes graves, fatais e com crianças e adolescentes, as intoxicações por agrotóxicos, qualificar a assistência aos trabalhadores portadores de agravos relacionados ao trabalho, incluindo a discussão dos protocolos e a orientação sobre questões trabalhistas e previdenciárias e o preparo dos Agentes Comunitários de Saúde para a realização do mapeamento das atividades produtivas (DIAS E SILVA, 2013).

Sem dúvida, a ação de atenção primária requer, ainda, maior enfoque da promoção da saúde, no que diz respeito à concretização da intersetorialidade

em suas práticas, buscando um maior diálogo com organizações sociais e governamentais.

Percebe-se que essa atribuição veio como ganho para os trabalhadores que, na grande maioria, procuram a Unidade de Saúde para seu atendimento, por tê-la como referência em seu território. Assim, a equipe deve garantir o acesso a uma atenção qualificada para estabelecer o nexo causal entre o quadro de morbimortalidade, verificado no âmbito dos processos de trabalho de um determinado território.

Assim, ao se pensar em desenvolver ou fomentar ações de Saúde do Trabalhador na APS são necessárias mudanças nos processos de trabalho das equipes e sólido investimento na educação permanente e no suporte técnico das ações. Outra questão a ser enfrentada é o fortalecimento dos mecanismos de participação dos trabalhadores, particularmente do setor informal de trabalho (DIAS E SILVA, 2013).

Finalizando essas reflexões sobre a importância e as possibilidades das ações de Saúde do Trabalhador na APS, pode-se dizer que essas são possíveis e já existem, apesar de assistemáticas e descontínuas. Para inserir as ações de vigilância nas práticas cotidianas das equipes de saúde de Atenção Básica/ Saúde da Família, os profissionais necessitam desenvolver habilidades, utilizar as ferramentas de investigação, registro, análise, programação e planejamento de modo a organizar ações previstas e de atenção à demanda espontânea a fim de mudar a qualidade de vida das pessoas do território onde atuam (DIAS E SILVA, 2013, p. 124).

Entre as dificuldades a serem superadas para sua ampliação e real institucionalização nas práticas cotidianas das equipes, a mais urgente a ser equacionada se refere à sobrecarga de trabalho das equipes submetidas a exigências de produzir um conjunto de ações prescritas, às quais devem responder para garantir o cumprimento das metas estabelecidas (CHIAVEGATTO, 2010; DIAS, 2010).

Neste sentido, a consolidação do cuidado integral à saúde dos trabalhadores na APS requer algumas ações, entre elas a incorporação, no cotidiano das equipes, do conceito de que os processos produtivos

desenvolvidos no território e as suas relações com o ambiente e a saúde das pessoas determinam necessidades de saúde que devem ser abordadas por meio da articulação de ações intra e intersetoriais, de processos sólidos de educação permanente, além da adoção da metodologia de apoio matricial das ações, conforme previsto na Portaria nº 3.252/09 (BRASIL, 2009).

Por fim, faz-se mister ressaltar a importância do apoio matricial do trabalho das equipes da APS, cabendo ao CEREST o suporte técnico e pedagógico por meio de oficinas de capacitação e educação permanente, a fim de potencializar e promover habilidades de gestão do cuidado com os usuários trabalhadores.

2.5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, publicada pela Portaria nº 3.120/98 do Ministério da Saúde, passou a regular a VISAT no âmbito do SUS e estabeleceu que, embora preservando suas peculiaridades regionais, tais ações deveriam manter linhas mestras de atuação compatibilizando instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências. Segundo essa Portaria, para as ações de VISAT, devem ser desenvolvidos mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho. A Portaria conceitua a VISAT como:

[...] uma atuação contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. (BRASIL, 1998, p.32)

Segundo as Portarias nº 3.120/98 GM/MS (BRASIL, 1998) e nº 3.252/09 GM/MS (BRASIL, 2009), a VISAT não é uma área desvinculada ou independente da Vigilância em Saúde como um todo, mas, ao contrário, ela acrescenta ao conjunto de ações da Vigilância em Saúde, estratégias de

produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando as práticas sanitárias da relação entre o trabalho e a saúde (BRASIL, 1998; 2009).

O fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde são destacados nos objetivos da PNST-SUS, em sintonia com a portaria 3.252/2009. O decreto prescreve que as ações de Vigilância em Saúde são condições essenciais para que se institua uma região de saúde e orienta que sejam, também, desenvolvidas no âmbito da APS. (BRASIL, 2009, p.3).

A VISAT surge com o intuito de promover e proteger a Saúde do Trabalhador, evitando situações e condições geradoras de sofrimento, de doenças profissionais e de acidentes de trabalho. Para alcançar tais objetivos, deve-se incorporar sistemática e criteriosa avaliação e planejamento da demanda e do alcance das ações desenvolvidas (MACHADO, 1996; VILELA, 2003).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que incluem o monitoramento dos expostos e dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, bem como a supervisão de fatores de risco presentes nos ambientes e processos de trabalho com a finalidade de avaliar e inspecionar a situação de saúde e articular as ações de promoção e de proteção da saúde (BRASIL, 2012).

Segundo Dias, Silva e Almeida (2012), são exemplos de ações da VISAT que devem ser incorporadas de forma organizada e sistemática no processo de trabalho das equipes da APS: o mapeamento dos processos produtivos do território e identificação dos riscos e perigos à saúde associados às atividades laborais, a identificação do perfil ocupacional e dos trabalhadores mais vulneráveis (desempregados, trabalho infantil, trabalho domiciliar, dentre outros), a notificação de agravos relacionados ao Sistema Nacional de Notificações (SINAN), a análise da situação saúde da população trabalhadora que vive no território de abrangência das equipes e definição de ações prioritárias e a articulação intra e intersetorial para a vigilância dos processos e ambientes e trabalho.

A atenção especial deve ser dada à vigilância de ambientes de trabalho realizado no domicílio e no peridomicílio, buscando conhecer como as atividades produtivas desenvolvidas impactam a saúde dos trabalhadores e suas famílias e propor ações de intervenção, com a participação dos trabalhadores (DIAS, SILVA, 2013).

Porto, Lacaz e Machado (2003) apontam, entre as dificuldades para garantir a participação ativa dos trabalhadores nas intervenções, as encontradas nas ações que envolvem pequenas e médias empresas e o setor informal da economia. Nesse último, a precariedade de vínculos dificulta a presença de interlocutores e a própria configuração de redes de apoio.

Para Santorum (2006), a VISAT deveria poder proporcionar um espaço para a interlocução com os trabalhadores valorizando o olhar deles sobre a atividade que realizam e facilitando-lhes um processo de apropriação de seus saberes e de seu poder de transformação/ação.

2.6. O PERFIL PRODUTIVO OCUPACIONAL FAMILIAR

Na contemporaneidade os modos produtivos estão cada vez mais sendo reestruturados e estes definem o novo perfil dos trabalhadores com relação aos processos de adoecimento, sendo estes os novos desafios do Sistema Único de Saúde.

Dentre as características dos processos produtivos contemporâneos, o crescimento do trabalho informal e domiciliado e o aumento da vulnerabilidade, da desproteção social e da degradação ambiental podem ser encontrados mesmo nas cadeias produtivas mais complexas de setores da economia considerados mais fortes e/ou tradicionais, como, por exemplo, a indústria metalúrgica, do vestuário, calçadista, de alimentos, entre outras. Etapas ou parcelas do processo de trabalho são desenvolvidas em pequenas unidades, por vezes no próprio domicílio do trabalhador. Geralmente são atividades que agregam menos valor e/ou consideradas mais "sujas", arriscadas e perigosas para a saúde (ANTUNES; NEHMY; DIAS, apud DIAS E SILVA 2010).

Os trabalhos informais ficam, nesse sentido, à margem da inspeção e da regulamentação do Estado, contribuindo também para a degradação ambiental, além de danos à saúde.

Assim, o termo “Setor Informal” foi criado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e utilizado pela primeira vez em 1972, nos relatórios sobre Gana e Quênia, elaborados no âmbito do Programa Mundial de Empregos. Esse relatório descrevia que nessas localidades, mais grave do que o problema do desemprego, era a existência de um grande número de “trabalhadores pobres”, ocupados em produzir bens e serviços sem que suas atividades estivessem reconhecidas, registradas, protegidas ou regulamentadas pelas autoridades públicas.

O IBGE considera para delimitação do setor informal da economia os seguintes critérios:

(...) a delimitação do setor informal se dá baseada no conceito de unidade econômica, entendida como unidade de produção, e, não, o trabalhador individual ou a ocupação por ele exercida; Fazem parte do setor informal as unidades econômicas não agrícolas que produzem bens e serviços para geração de rendimento para as pessoas envolvidas, sendo excluídas aquelas unidades engajadas apenas na produção de bens e serviços para autoconsumo;

As unidades do setor informal caracterizam-se pela produção em pequena escala, baixo nível de organização e pela quase inexistência de separação entre capital e trabalho, enquanto fatores de produção;

A ausência de registro não foi utilizada como critério para definição de setor informal, na medida em que a base do conceito de informalidade utilizado considera o modo de organização e funcionamento da unidade econômica, e não seu status legal ou a relação que mantém com as autoridades públicas;

A definição de unidade econômica informal não depende do local onde é desenvolvida a atividade produtiva, da utilização de ativos fixos da duração das atividades das empresas (permanente, sazonal ou ocasional) e do fato de tratar-se da atividade principal ou secundária do proprietário da empresa." (RENAST, 2016, p.03).

Nesse cenário, para que o SUS seja capaz de prover a atenção integral à saúde dos trabalhadores, é essencial que cada ponto de atenção do SUS e os setores responsáveis pela Vigilância em Saúde incorporem, de forma sistemática, a contribuição do trabalho enquanto determinante do processo saúde-adoecimento-cuidado das pessoas e da qualidade ambiental. A

operacionalização da atenção integral depende da articulação entre diversos saberes, práticas e responsabilidades, da atuação inter e transdisciplinar e de sólida articulação intra e intersetorial. (DIAS E SILVA 2010).

A partir de uma organização em toda a rede de atenção à saúde é possível se garantir a solução de problemas relacionados ao processo de adoecimento dos trabalhadores informais e formais. A APS tem o papel de coordenar este cuidado em todos os níveis do SUS.

A atenção integral à saúde dos trabalhadores pode se beneficiar dessas características da APS, que favorecem: a) a oferta de serviços de saúde nos municípios, facilitando o acesso dos usuários-trabalhadores e a identificação de demandas e problemas de saúde relacionados às atividades produtivas desenvolvidas no território; b) o estabelecimento de vínculos e o fortalecimento de relações de confiança entre a equipe de saúde e a população, mediados pelo Agente Comunitário de Saúde; c) as ações de caráter multidisciplinar; a geração de informações de saúde mais fidedignas; d) o estímulo à participação dos trabalhadores que estão organizados em formas menos tradicionais, que não os sindicatos. (DIAS E SILVA 2010).

A PNSTT prevê a implementação de ações individuais e coletivas além da “promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores” (BRASIL, 2012, p.2).

Esta portaria estabelece que nas ações de intervenção na Saúde do Trabalhador, deve-se priorizar o levantamento de atividades produtivas, observando-se os problemas em seus territórios.

[...] considerar que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intra-domiciliares (BRASIL, 2012, p. 19).

As equipes de saúde da família ao realizar o levantamento do perfil ocupacional em determinado território não deve apenas considerar o critério

domiciliar, mas deve levar em consideração os trabalhadores que não residem, mas que trabalham nesta área de abrangência.

A utilização do critério de territorialização para a organização do processo de trabalho e o planejamento das ações de saúde da APS também enseja a operacionalização de práticas de Vigilância em Saúde no âmbito da APS, na medida em que a equipe de saúde consegue compreender o território em sua riqueza e complexidade e seus contextos de uso (DIAS E SILVA, 2013).

A contribuição das equipes de APS para a atenção integral à saúde dos usuários-trabalhadores, no exercício da responsabilidade sanitária sobre o território, pressupõe o conhecimento sobre as atividades produtivas, o perfil epidemiológico e as situações de vulnerabilidade da população e a sua incorporação no planejamento das ações.

Assim, na implementação em ações da saúde do trabalhador na atenção primária é essencial que se realize antes um diagnóstico local, buscando conhecer as atividades produtivas, quem são os trabalhadores, bem como os processos de adoecimento desta população. Tudo isto permite o conhecimento dos riscos e perigos para a saúde.

Já a identificação dos processos produtivos instalados no território é realizada no momento do Mapeamento da Área de Atuação da equipe de saúde, em que os ACS identificam no mapa hospitais, escolas, igrejas, postos policiais, campo de futebol, quadra de esporte, rios, locais propensos a inundações, depósitos onde são despejados lixo de fábricas, comércio em geral, entre outros. O ato de mapear os processos produtivos é essencial para o planejamento e a execução das ações de saúde pelas equipes, considerando que as atividades produtivas interferem nas condições de vida e saúde das pessoas. Esse mapeamento permite inferir o perfil de adoecimento, bem como os possíveis riscos e perigos para a saúde dos trabalhadores, da população e também para o ambiente, advindos dessas atividades (DIAS E SILVA, 2013, p.172).

Segundo a determinação de ações para o Mapeamento da Área de Atuação dos agentes e demais profissionais do Programa de Saúde da Família, deve-se conhecer os caminhos mais fáceis para se chegar aos locais

necessários; identificar as barreiras geográficas que dificultam o caminho das pessoas até os serviços de saúde.

Além disso, conhecer a realidade da comunidade e planejar como resolver os problemas de saúde com mais eficácia; planejar as visitas domiciliares; identificar as micro áreas de risco; dentre outras questões. O mapa consiste em uma ferramenta indispensável para o trabalho da equipe de saúde, devendo representar o desenho de todo o território de atuação (BRASIL, 2009).

Por fim, faz-se importante que a atenção primária busque apoio técnico do CEREST para que as ações sejam executadas com eficácia, a partir deste mapeamento e do conhecimento dos processos produtivos da população adstrita pela equipe de saúde.

2.7. FORTALECIMENTOS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE – ESTRATÉGIAS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica espera-se que os serviços da APS coordenem a integralidade em seus vários aspectos, dentre eles a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011).

Porém, no que diz a respeito às ações de vigilância em saúde, o processo de descentralização vem ocorrendo muito lentamente, com propostas de políticas de saúde nos territórios locais muitas vezes desalinhadas das necessidades dos usuários.

Em contrapartida, para que pudesse superar este problema, fez-se necessário o desenvolvimento de estratégias que viabilizassem a implantação de um Sistema de Vigilância em Saúde, nela contida a Vigilância em Saúde do Trabalhador, que esteja próxima do cidadão e que garanta que as políticas de saúde estejam coerentes com as necessidades locais (MINAS GERAIS, 2012).

Assim, a estratégia utilizada pela Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde da SES-MG foi a organização do projeto de Fortalecimento da

Vigilância em Saúde, que possui como objetivo estratégico a implantação de um sistema regionalizado de Vigilância em Saúde para que seja efetivada a descentralização das ações da área para todos os municípios mineiros (DIAS; SILVA, 2013).

De fato, esse projeto foi publicado pela resolução SES n.3.049, de 7 de dezembro de 2011, e posteriormente pela Resolução n. 3.152, de fevereiro de 2012, a qual aprovou o edital de convocação para adesão dos municípios ao projeto. Por meio deste edital a SES-MG pactuará com os municípios ações de vigilância em saúde divididas em três elencos de acordo com o grau de complexidade das ações e repassará incentivo financeiro, que estará disponível para os municípios mediante a assinatura do Termo de Compromisso e o comprometimento do gestor municipal na execução de um elenco mínimo de ações.

Ainda mais que essas ações deverão compor permanentemente o escopo da Vigilância em Saúde local para a continuidade do pagamento do presente incentivo, que deverá ser utilizado exclusivamente para as ações de VS.

As ações de Saúde do Trabalhador foram definidas levando-se em consideração a necessidade de se obterem informações sobre o perfil produtivo do Município, de se complementarem os dados da ficha de investigação dos Acidentes de Trabalho Graves (ATG) e de se investigarem os casos de acidentes com produtos perigosos (Quadro 1). Para cada um dos três elencos foi definida uma meta percentual para que a ação seja considerada realizada (DIAS; SILVA, 2013).

Sem dúvida que para tornar o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde factível, foi elaborado um Instrutivo para subsidiar o município na realização de ações. Desta forma, cada ação possui um roteiro explicativo que orienta os profissionais do município para o cumprimento da meta. A equipe técnica da Diretoria de Saúde do Trabalhador – DSAT elaborou roteiros para as três ações de Saúde do Trabalhador descritas no projeto.

O relatório de Análise de Acidentes de Trabalho Graves (ATG) diz respeito à investigação dos Acidentes de Trabalho Graves notificados no SINAN-NET e tem como objetivo complementar as informações da ficha de

investigação do SINAN-NET dos Acidentes de Trabalho Graves (ATG) e subsidiar a área técnica a desencadear ações de educação, prevenção e vigilância dentro ou fora do ambiente de trabalho a partir dos riscos identificados. (DIAS; SILVA, 2013).

Para a ação de investigar os casos de acidentes com produtos perigosos atendidos no município, foi elaborado um roteiro instrutivo com o objetivo de subsidiar tecnicamente a Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador (RTM-ST) na investigação dos acidentes de transporte de carga envolvendo produtos perigosos notificados pelo Núcleo de Emergência Ambiental/Secretaria de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (NEA/SEMAD). A RTM/ST deverá realizar a investigação dos casos de acidentes com produtos perigosos atendidos no município utilizando a ficha de notificação de intoxicação exógena e/ou a de acidente de trabalho grave do SINAN-NET (DIAS; SILVA, 2013).

Quadro 1. Ações da área de Saúde do Trabalhador contempladas nos elencos do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde.

Ação	Descrição da Ação	Meta/Elenco I	Meta/Elenco II	Meta/Elenco III
Realizar o diagnóstico do perfil produtivo do município (mercado formal e informal) nas Unidades de Saúde que tenham Equipe de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agente Comunitário da Saúde (PACS)	Identificar as atividades produtivas existentes na área de abrangência de cada ESF e PACS, tanto de estabelecimentos quanto de atividades produtivas (realizadas dentro e fora do domicílio) e identificar a ocupação dos membros das famílias de cada ESF e PACS. Se existir atividade produtiva realizada no domicílio registrar no campo Observações da Ficha de cadastro das famílias (Ficha A).	Considera-se ação realizada: o município que fizer o diagnóstico do perfil produtivo (mercado formal e informal) em 50% das Unidades de Saúde com ESF e PACS *	Considera-se ação realizada: o município que realizar o diagnóstico do perfil produtivo (mercado formal e informal) em 75% das Unidades de Saúde com ESF e PACS *	Considera-se ação realizada: o município que realizar o diagnóstico do perfil produtivo (mercado formal e informal) em 100% das Unidades de Saúde com ESF e PACS *
Investigar os Acidentes de Trabalho Grave notificados no SINAN-NET	Realizar investigação dos acidentes de trabalho grave notificados no SINAN-NET, tanto de trabalhadores formais,	Considera-se ação realizada: o município que realizar a investigação de 10% dos	Considera-se ação realizada: o município que realizar a investigação de 20% dos	Considera-se ação realizada: o município que realizar a investigação de 30% dos

	quanto dos informais, independente do ambiente e/ou circunstância a que o trabalhador esteja envolvido.	Acidentes de Trabalho Grave notificados no SINAN.	Acidentes de Trabalho Grave notificados no SINAN.	Acidentes de Trabalho Grave notificados no SINAN.
Investigar os casos de Acidentes com produtos perigosos atendidos no município	Investigar os acidentes de transporte de carga envolvendo produtos perigosos, informados pelo Núcleo de Emergência Ambiental/Secretaria de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (NEA/SEMAD).	Considera-se ação realizada: o município que realizar a investigação de 70% dos casos de Acidentes com produtos perigosos atendidos no município	Considera-se ação realizada: o município que realizar a investigação de 80% dos casos de Acidentes com produtos perigosos atendidos no município	Considera-se ação realizada: o município que realizar a investigação de 90% dos casos de Acidentes com produtos perigosos atendidos no município.

Fonte: Adaptado da Resolução nº 3152, de fevereiro de 2012.

Essa ação se faz necessária devido à complexidade dos danos que este tipo de acidente pode causar aos trabalhadores envolvidos no processo produtivo de produto químico perigoso e aos trabalhadores envolvidos na assistência. (DIAS; SILVA, 2013).

Segundo Dias e Silva (2013) para realizar o diagnóstico do perfil produtivo do município (mercado formal e informal) nas Unidades de Saúde que tenham Equipe de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agente Comunitário da Saúde (PACS), consideram-se duas subações: a) Identificar a ocupação dos membros das famílias de cada ESF e PACS; b) Identificar as atividades produtivas existentes na área de abrangência de cada ESF e PACS, tanto de estabelecimentos quanto de atividades produtivas realizadas dentro e fora do domicílio.

Em suma, o objetivo desta ação é identificar, através da ocupação dos usuários e da atividade econômica dos estabelecimentos comerciais (dentro ou fora do domicílio, formais ou informais) de cada território de ESF e PACS, os possíveis riscos relacionados aos trabalhos a que a população da área de abrangência das unidades está exposta.

E para esta ação, a Diretoria de Saúde do Trabalhador elaborou um instrumento complementar à Ficha A, com informações mínimas necessárias sobre a Saúde do Trabalhador, e uma ficha de levantamento de

estabelecimentos comerciais, visando à padronização de informações e ao monitoramento dos dados referentes ao perfil ocupacional e de atividades produtivas nas áreas de abrangência das ESF e PACS (DIAS; SILVA, 2013).

Já o instrumento de levantamento de atividades produtivas tem como base a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e permitirá a caracterização das atividades econômicas no território de análise (DIAS; SILVA, 2013).

Portanto, estas estratégias configuram-se como importante ferramenta norteadora das rotinas e processos de trabalho das áreas de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Promoção da Saúde, Vigilância da Situação de Saúde e Vigilância à Saúde do Trabalhador, na APS. Permite-se, com isto também, se estabelecer o elenco de ações de Saúde do Trabalhador que deverão ser desenvolvidas, definidas a partir do diagnóstico da situação de saúde baseado no perfil produtivo e epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho, inserindo-as nos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.

O instrumento de identificação do perfil ocupacional foi elaborado utilizando como parâmetro a Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), a CBO Domiciliar utilizada pelo IBGE no Censo 2010, além dos instrumentos e relatos de experiências já utilizados por alguns municípios do estado. Isto permitirá a identificação do perfil ocupacional familiar e de cada um de seus integrantes, bem como a identificação de trabalho domiciliar segundo: vínculo, formalização das ocupações, identificação de agricultores familiares, manuseio de produtos químicos, cosméticos e alimentos para comercialização dentro do domicílio (DIAS; SILVA, 2013, p. 128).

Ressalta-se que o mapeamento das atividades produtivas presentes no território de atuação dos profissionais das unidades básicas de saúde seja essencial para o diagnóstico situacional, que vai embasar o Plano de Ação da equipe e assim, o planejamento de ações de Saúde do Trabalhador.

Assim sendo, o planejamento é essencial para a gestão do SUS, propiciando resposta oportuna e efetiva às demandas e necessidades da população, é um processo contínuo e deve ser feito de acordo com a capacidade instalada do município e necessidades da área de Saúde do Trabalhador. O diagnóstico estratégico situacional permite conhecer quantos

são, quem são, o que fazem e de que adoecem e morrem os trabalhadores. O diagnóstico estratégico situacional entendido como perfil produtivo e epidemiológico subsidia o planejamento das ações em Saúde do Trabalhador do município. (DIAS; SILVA, 2013).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. TIPOS DE ESTUDO

Esta dissertação é um estudo epidemiológico transversal do tipo analítico, quantitativo. No entendimento de Rouquayrol (2003) a pesquisa transversal é um estudo que fornece informações concernentes à necessidade de saúde e são utilizados para o planejamento.

A pesquisa epidemiológica classifica-se em descritiva e analítica. Nas pesquisas descritivas, procura-se estudar a distribuição das doenças num determinado local, realizando a formulação de hipóteses. São usadas, dessa forma, algumas variáveis que podem auxiliar o estudo, tais como: indivíduo (quem?), o local (onde?) e o tempo (quando?).

Por outro lado, Vieira (2015) cita que a obtenção dos dados para o estudo pode ser feita de duas formas: através das fontes primárias e secundárias, cujas informações são coletadas num determinado momento, especificamente, e a partir de uma base ou registro de dados, respectivamente, a fim de se obter as informações desejadas.

Nas pesquisas analíticas, a elucidação dos determinantes da doença e teste de novos resultados e hipóteses formuladas a partir de estudos descritivos é feito. Dentro das pesquisas descritivas e analíticas, ainda, há: estudo transversais ou de prevalência, usados em saúde pública para avaliar e planejar programas de controle de doenças. Mede-se neste tipo de pesquisa a prevalência da doença, os dados são levantados num determinado ponto no tempo, especificamente, para a obtenção de informações desejadas de grandes populações. Ademais, esta forma de estudo é fácil e econômico, com duração de tempo relativamente curta (VIEIRA, 2015, p. 98).

Assim, é por meio dos métodos científicos que os pesquisadores lutam para a solução de problemas, para dar sentido à experiência humana, para compreender as regularidades dos fenômenos e para prever circunstâncias futuras (POLIT & HUNGLER, 1995).

Dessa forma foi feito um estudo, com levantamento de pesquisas e estudo dos relatórios consolidados do perfil ocupacional familiar, cujos objetivos caracterizam um modelo de pesquisa analítica e exploratória com abordagem quantitativa.

3.2. CENÁRIO DO ESTUDO

Atualmente, o município de Uberlândia, em Minas Gerais, tem população estimada de 654.681 habitantes (DATASUS -2014). Uberlândia está dividida em cinco grandes distritos sanitários (Leste, Sul, Norte, Oeste e Central) e a Zona Rural. Sendo o total de 74 Equipes de Saúde da Família da Rede SUS Municipal, urbana e rural, responsáveis por uma cobertura de 43% da população, descrito no quadro 2.

Quadro 2: Distribuição dos Distritos Sanitários segundo números de equipes, números de micro áreas, números de ACS e população - Uberlândia-MG, 2015.

DISTRITO SANITÁRIO	NÚMERO DE EQUIPES	NÚMERO DE MICROÁREAS	NÚMERO DE ACS	POPULAÇÃO
LESTE	14	84	73	54.352
OESTE	22	125	106	81.581
CENTRAL	01	06	06	4.608
NORTE	11	56	55	41.842
SUL	21	124	124	84.572
ZONA RURAL	05	21	19	10.280
TOTAL	74	416	383	277.235

Fonte: SMS/DAIS- Diretoria de Atenção Integral à Saúde-2015

O Distrito Sanitário Sul é constituído por 21 Equipes de Saúde da Família, sendo 124 micro-áreas, 124 agentes comunitários de Saúde, perfazendo uma população de 84.572 habitantes, conforme descrito no quadro 3.

Assim, sintetizou-se no Quadro 3, o universo de Equipes de Saúde da Família no Distrito Sanitário Sul, representando o contexto desse estudo, ou seja, 84.572 habitantes distribuídos em 21 Equipes de Saúde da Família, do município de Uberlândia.

Quadro 3: Distribuição das UBSFs do Distrito Sanitário Sul, segundo nome das equipes, número das áreas, quantidade de micro áreas, população e o número de Agentes Comunitários de Saúde, Uberlândia-MG, 2015.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	NÚMERO DAS ÁREAS	NÚMERO DE MICRO ÁREAS	POPULAÇÃO	NÚMERO DE ACS
UBSF Granada I	20	06	3.514	06
UBSF Granada II	19	06	3.998	06
UBSF Lagoinha I	16	06	3.020	06
UBSF Lagoinha II	17	06	3.079	06
UBSF Santa Luzia	18	06	3.700	06
UBSF Gravatás	45	06	3.878	06
UBSF J. Botânico	46	06	5.316	06
UBSF Aurora	23	06	4.389	06
UBSF Laranjeiras	22	06	3.887	06
UBSF São Jorge I	24	06	3.557	06
UBSF São Jorge II	25	06	3.365	06
UBSF São Jorge III	26	06	4.292	06
UBSF São Jorge IV	29	06	4.065	06
UBSF São Jorge V	47	06	4.379	06
UBSF São Gabriel	30	06	4.002	06
UBSF Campo Alegre	41	06	4.140	06
UBSF Seringueiras I	27	06	4.093	06
UBSF Seringueiras II	28	06	3.998	06
UBSF Shopping Park I	21	06	5.862	06
UBSF Shopping Park II	43	06	6.143	06
UBSF Shopping Park III	44	04	1.895	04
TOTAL	611	124	84.572	124

Fonte: SMS/DAIS- Diretoria de Atenção Integral à Saúde-2015

3.3. POPULAÇÃO/AMOSTRAGEM

O universo de pesquisa foi composto pelos relatórios de consolidado do Perfil Ocupacional Familiar, das famílias cadastradas pela Equipes de Saúde da Família (ESF) e os critérios de inclusão para escolha das 5 equipes, definidas como população amostral, foram:

- Equipes de Saúde da Família de um único Distrito Sanitário - o Distrito Sanitário Sul foi escolhido por sorteio;

b) Equipes de Saúde da Família com maior tempo de funcionamento, considerando sua inserção no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; sendo que, as Unidades cadastradas na mesma data, usaria o sorteio como critério de desempate. Foram então escolhidas as UBSFs: Lagoinha I, São Jorge II, Santa Luzia, São Gabriel e Seringueira II.

Quadro 4: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde, do Distrito Sanitário Sul, segundo data de implantação, população, número de micro áreas e número de Agentes Comunitários de Saúde, Uberlândia-MG, 2015.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	DATA DE IMPLANTAÇÃO	POPULAÇÃO	NÚMERO MICROAREA	NÚMERO DE ACS
Lagoinha	01/01/2003	3.020	6	6
São Jorge II	01/01/2003	3.365	6	6
Santa Luzia	01/01/2003	3.700	6	6
São Gabriel	01/01/2003	4.002	6	6
Seringueira II	01/01/2003	3.998	6	6

Fonte: SMS/DAIS- Diretoria de Atenção Integral à Saúde-2015.

O contexto territorial escolhido por meio de sorteio, para a realização deste estudo foi a região sul do município de Uberlândia. Buscou-se compreender o predomínio nos territórios de atuação das equipes, os riscos potenciais em relação às atividades produtivas domiciliares frente às ocupações trabalhistas.

Assim, tais atividades produtivas, os riscos para a saúde delas decorrentes, o perfil epidemiológico da população trabalhadora, devem ser consideradas no planejamento das ações de vigilância e assistência à saúde, pelas Unidades de Saúde, com o intuito de se responder às seguintes questões:

a) Quais são as atividades produtivas/econômicas desenvolvidas na região?

b) Quais são os possíveis riscos e perigos à saúde dos trabalhadores relacionados às atividades?

Com base nestas informações, faz-se necessário elaborar coletivamente um adequado planejamento das futuras ações de intervenção em Saúde do Trabalhador.

3.4. COLETA DE DADOS

No presente estudo, foram utilizados dados secundários, repassados pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST Regional, localizado no Município de Uberlândia/MG. Os dados foram coletados através de pesquisa nas fichas do Consolidado do Perfil Ocupacional da ESF/PACS (Anexo 1) referente ao ano de 2013, foram tratadas e analisadas as seguintes variáveis:

- a) Número total de ESF, número total de Famílias cadastradas: número de famílias entrevistadas, número de pessoas cadastradas em ESF, número de pessoas em idade ativa.
- b) Número de pessoas: em atividade domiciliar formal, em atividade domiciliar informal, em manipulação de produto químico no domicílio, em manipulação de produto de beleza no domicílio, em manipulação de alimentos no domicílio, com plantações no terreno do domicílio para consumo próprio, com plantações no terreno do domicílio para comercialização.
- c) Principais atividades domiciliares por equipe, listando a quantidade e nome da atividade domiciliar em ordem decrescente.
- d) Dados Individuais dos Trabalhadores - por equipe, lista das principais ocupações do território, lista da quantidade e nome da ocupação em ordem decrescente, de acordo com o consolidado por equipe.

As definições de todas as categorias dessas variáveis encontram-se disponíveis no “Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde - Projeto Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais (Resolução SES nº 4.238/2014)”, elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, documento *online* para consulta pública.

As informações obtidas foram introduzidas em um banco de dados construído para consultas imediatas e posteriores, como também para realizar

análise estatística de forma sistematizada. Este banco foi criado no Microsoft Office Excel 2007 a fim de tabular e processar os dados.

Foram agendadas via CEREST, várias reuniões e encontros com a Coordenadora e a profissional responsável, com a finalidade de se conhecer todas as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, que são executadas em conformidade com a Resolução SES-MG nº 4.238, de 19 de março de 2014, bem como com o Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde. Tais ações buscam realizar e atualizar o Diagnóstico do Perfil Produtivo do município nas Unidades de Saúde que tenham Equipe de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

As visitas para coleta de dados foram realizadas no mês de Junho e Julho de 2016. As informações sobre as atividades presentes no território em estudo foram acessadas através do banco de dados, disponibilizado pelos técnicos do CEREST Regional de Uberlândia para a realização deste mapeamento.

O período de 2013 foi definido pelo fato dos bancos de dados já terem sido alimentados e, portanto, apresentarem maior completude de informações.

Para o levantamento do perfil epidemiológico, o setor de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou os dados relativos às principais doenças, utilizando a Classificação Internacional de Doenças, última versão, o CID -10, do território das cinco UBSF nos anos de 2013 e 2014, que tem como fonte o Sistema de Gestão em Saúde-FASTMEDIC.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa foram utilizados somente dados secundários, sem identificação de usuários das Unidades de Atenção Primária em Saúde. Os dados foram disponibilizados mediante termo de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

O projeto de pesquisa também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Uberlândia, sob o CAAE: 52940115.7.0000.5152, e parecer nº 1.603.397.

Nesta pesquisa, o cuidado se refere a preservar o sigilo e a identificação dos sujeitos das fichas de pesquisa, conforme estabelece a resolução 466/12-CNS. Assim, a pesquisadora se compromete com o sigilo absoluto da identidade dos sujeitos. Todos os profissionais do CEREST e Secretaria Municipal de Saúde que concordaram em participar deste estudo foram informados quanto ao objetivo da pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados que apresentaremos neste capítulo, compreendem uma análise do levantamento quantitativo realizado no âmbito do CEREST, através dos consolidados. Estes dados, são bastante reveladores sobre o perfil ocupacional dos trabalhadores do universo da pesquisa, nos permitindo fazer a descrição em relação à ocupação e os agravos e riscos decorrentes das atividades. Ressalta-se que, este levantamento quantitativo, juntamente com o estudo teórico foram basilares para a elaboração das questões abordadas em seguida nos resultados/discussões.

Neste trabalho foram utilizados os métodos de estatística descritiva, que são úteis para a apresentação e sintetização dos mesmos. Os resultados foram expressos em tabelas para a representação de variáveis quantitativas, permitindo o entendimento rápido e preciso das informações presentes. As análises estatísticas e as tabelas foram confeccionadas no software computacional Excel 2007 para Windows.

Quadro 5. Distribuição de famílias e pessoas cadastradas nas UBSFs no ano de 2013.

Unidade Básica da Família	Nº de famílias Cadastradas	%	Nº de pessoas cadastradas em ESF	%
UBSF Lagoinha I	1.058	17,81	3.222	17,59
UBSF São Jorge II	1.378	23,20	3.315	18,10
UBSF Santa Lúzia	1.050	17,68	3.853	21,04
UBSF São Gabriel	1.209	20,35	3.869	21,12
UBSF Seringueira II	1.245	20,96	4.056	22,15
Total	5.940	100	18.315	100

Fonte: Formulário de Consolidado do perfil ocupacional da ESF/PACS, 2013 – CEREST Uberlândia

O Ministério da Saúde recomenda que cada ESF acompanhe entre 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território,

sendo que, quanto maior for este grau, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Conforme a quadro 5, as famílias cadastradas foram maior na UBSF São Jorge II com 1.378 famílias (23,20 %), seguida pela UBSF Seringueira II com 1.245 (20,96%), depois a UBSF São Gabriel com 1.209 (20,96%). Quanto ao número de pessoas cadastradas em cada ESF, na UBSF Seringueira II foram 4.056 (22,15 %), seguida pela UBSF São Gabriel 3.869 (21,12 %). Observa-se que as equipes trabalham com uma população adscrita conforme recomendação da Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

O cadastro familiar objetivou conhecer as famílias adscritas às equipes da ESF, sendo uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família.

Assim, a utilização do cadastro envolve lançar os dados no SIAB e/ou no sistema gerencial da Secretaria Municipal de Saúde, reunir as equipes da ESF para a discussão dos resultados, utilizarem o cadastro para a classificação das famílias por risco sócio sanitário e atualizar o cadastro anualmente. Uma questão central, nem sempre considerada, é o caráter dinâmico do processo de cadastramento familiar. É preciso que este processo seja contínuo, dadas as mudanças dinâmicas que ocorrem no território e nas famílias (MENDES, 2012).

Por outro lado, as equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição. Nesse processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas.

Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência. (BRASIL 1997).

A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. O cadastramento possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam

identificados outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida da população (BRASIL, 1997).

Para planejar e organizar adequadamente as ações de saúde, a equipe deve realizar o cadastramento das famílias da área de abrangência e levantar indicadores epidemiológicos e socioeconômicos. Além das informações que compõem o cadastramento das famílias, deverão ser também utilizadas as diversas fontes de informação que possibilitem melhor identificação da área trabalhada, sobretudo os oficiais, como dados do IBGE, cartórios e secretarias de saúde. Igualmente, devem ser valorizadas fontes qualitativas e de informações da própria comunidade (BRASIL, 1997).

Portanto, na atenção à Saúde do Trabalhador é importante que, durante a visita domiciliar e/ou o cadastro familiar, os Agentes Comunitários de Saúde realizem o preenchimento ou a atualização dos dados sobre a ocupação, utilizando a ficha de identificação do perfil ocupacional ou instrumento equivalente, conforme orienta o Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde - Projeto Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2014).

Do total de famílias cadastradas, visto no quadro 5, das 5.940 famílias, observamos no quadro 6 apresentaram 4.070 famílias que foram entrevistadas, isto corresponde a 68,51% de famílias entrevistadas do total das cadastradas.

Quadro 6. Distribuição de famílias entrevistadas e número de pessoas em idade ativa nas UBSFs no ano de 2013.

Unidade Básica da Família	Nº de famílias Entrevistadas	%	Nº de pessoas em idade ativa	%
UBSF Lagoinha I	945	23,22	2.632	23,83
UBSF São Jorge II	768	18,87	2.209	20,00
UBSF Santa Lúzia	721	17,71	1.667	15,10
UBSF São Gabriel	1.053	25,87	3.061	27,72
UBSF SeringueiraII	583	14,32	1.474	13,35
Total	4070	100,00	11.043	100,00

Fonte: Formulário de Consolidado do perfil ocupacional da ESF/PACS,2013 – CEREST Uberlândia

Quanto à população em idade ativa, a Unidades de Saúde da Família São Gabriel possui 3.061 pessoas (27,72%), seguida da Unidade de Saúde da Família Lagoinha I com 2.632 (23,83%) pessoas, e da Unidade de Saúde da Família São Jorge II com 2.209 (20,00%) pessoas, sendo estas as que apresentaram os maiores números de pessoas em idade ativa.

O contingente de pessoas com 10 anos ou mais de idade (População em Idade Ativa), encontradas foi de 11.043 pessoas. Observa-se que o total de pessoas cadastradas apresentadas no Quadro 5 é de 18.315 pessoas, que corresponde a 100%. Portanto, as pessoas que estão em idade ativa correspondem a 60,29%, ou seja, mais da metade da população do estudo está em idade ativa.

População em idade ativa (PIA) é uma classificação etária que compreende o conjunto de todas as pessoas teoricamente aptas a exercer uma atividade econômica, conforme o Instrutivo para execução e avaliação das ações de Vigilância em Saúde: projeto de fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais–Resolução SES nº 4.238/2014, que considera pessoas em idade ativa todos os maiores de 10 anos.

Em relação ao trabalho precoce, cresce a cada dia o número de crianças e adolescentes que trabalham. Uns fazem trabalho leve, acompanhados e protegidos pela família, desenvolvendo-se na convivência coletiva e adquirindo os saberes transmitidos através das gerações. Outros, por constituírem-se, às vezes, na única fonte de renda familiar, tornam-se fundamentais para a sobrevivência de seu grupo familiar às custas da própria vida, saúde e oportunidades de desenvolvimento humano que lhes são negadas como direito social (BRASIL, 2001).

Essa última forma de trabalho precoce vem crescendo em todo o mundo e tem sido responsável pela exposição de crianças e adolescentes a situações inaceitáveis de exploração e de extremo perigo, pelas condições adversas a que são submetidas. Pois a pobreza, a insuficiência das políticas públicas, a perversidade da exclusão social e monetária provocadas pelo modelo de desenvolvimento econômico dominante, os aspectos ideológicos e culturais podem ser relacionados como causas do trabalho precoce (BRASIL, 2001).

Qualquer atividade produtiva no mercado formal ou informal, que retire a criança e/ou o adolescente do convívio com a família e com outras crianças, prejudicando, assim, as atividades lúdicas próprias da idade, por comprometer o seu desenvolvimento cognitivo, físico e psíquico, deve ser combatida e constitui-se em situação de alerta epidemiológico em Saúde do Trabalhador (Brasil 2001).

Conforme se pode verificar no quadro 7, no ano de 2013, houve um total de 19 atividades domiciliares formais e 162 atividades domiciliares informais.

Quadro 7. Distribuição de atividade domiciliar formal e informal nas UBSFs, no ano de 2013.

Unidade Básica da Família	Nº de Atividade domiciliar formal	%	Nº de Atividade domiciliar informal	%
UBSF Lagoinha I	0	0	26	16,05
UBSF São Jorge II	2	10,53	30	18,52
UBSF Santa Lúzia	12	63,16	27	16,67
UBSF São Gabriel	1	5,26	41	25,31
UBSF Seringueirall	4	21,05	38	23,46
Total	19	100,00	162	100,00

Fonte: Formulário de Consolidado do perfil ocupacional da ESF/PACS, 2013 – CEREST Uberlândia.

A identificação de atividade domiciliar é fundamental para o perfil produtivo. Considera-se atividade domiciliar qualquer trabalho realizado dentro do domicílio de forma individual ou familiar (fabricação de salgados, marmitas e outros alimentos para venda, lapidação, produção de artesanato, costura, dentre outras tarefas).

Da mesma forma, é importante identificar também se esse serviço é formal ou informal. Considera-se também que o trabalhador é toda pessoa que exerça uma atividade produtiva, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar.

Ainda assim, o trabalhador formal é o trabalhador que possui vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) no regime da CLT ou é servidor público e tem direito à proteção social. O trabalhador informal é o que tem apenas um contrato de trabalho sem comprovação escrita ou trabalha por

conta própria nos casos em que não há contribuição à Previdência (LAGUARDIA, 2014).

A partir da década de 1990, os processos das mudanças na sociedade e a modernização influenciaram a expansão no nível de informalidade no mercado de trabalho brasileiro, situação resultante do aumento da proporção de profissionais que trabalhavam por conta própria, e dos profissionais trabalhando sem carteira de trabalho assinada (ULYSSEA, 2006).

Por certo, quando reconhecido como uma categoria do trabalho informal, o trabalho em domicílio é uma atividade exercida no espaço doméstico, que pode ser realizada por conta própria (autônomo), quando o produto é comercializado diretamente com os compradores ou um trabalho intermediário, cuja comercialização dos produtos gerados no domicílio é realizada por terceiros (ALVES, 2010).

O mercado de trabalho no setor informal apresenta reconhecida vulnerabilidade da população frente aos riscos e aumenta os desafios para atuação dos órgãos governamentais reguladores, dentre estes a Vigilância Sanitária (BRAGA, 2002).

Iriart et al (2008) comentam que houve um aumento do trabalho informal nas últimas décadas, o que ocasiona a esses trabalhadores ausência de seguridade social, de medidas de prevenção de riscos e baixas remunerações. Observaram em suas pesquisas o reconhecimento do trabalho formal e desvalorização simbólica do trabalho informal, principalmente pela garantia dos direitos trabalhistas, com repercussões à autoestima do trabalhador. Os autores consideram necessário maior divulgação e diálogo sobre os direitos trabalhistas, além de uma política pública que contemple a saúde desses trabalhadores informais que não têm um olhar do Estado quanto a sua proteção legal.

Chama a atenção nos territórios em estudo, a quantidade de trabalhadores atuando na informalidade, nos diversos ramos de atividades, autônomos ou prestadores de serviços, sem qualquer respaldo da Consolidação das Leis Trabalhistas.

A literatura registra que as condições de trabalho no setor informal, no domicílio e nas ruas, e mesmo em micro e pequenas empresas, são mais

perigosas e insalubres, observando-se a presença de múltiplos riscos para a saúde e a ausência de dispositivos e mecanismos básicos de proteção. Os instrumentos e maquinários utilizados nos processos produtivos, muitas vezes, são obsoletos, a manutenção é inadequada e o preparo e treinamento dos trabalhadores são ausentes ou insuficientes. Como agravante, no trabalho domiciliar, além dos trabalhadores, os familiares, particularmente idosos e crianças, considerados mais vulneráveis, estão expostos aos efeitos deletérios para a saúde (DIAS, 2002).

Os ambientes de trabalho informal se caracterizam ou pela ausência de limites físicos e territoriais, como ocorre com os trabalhadores de rua ou em ambientes com delimitação física, geralmente domiciliar, com instalações improvisadas, ausência de proteção ambiental e/ou equipamentos de proteção individual e insuficiência de treinamento dos trabalhadores. Mesmo no caso do ambiente delimitado fisicamente, muitas vezes não são enxergados pela fiscalização trabalhista, pelo fato de serem informais (MENDES, 2004).

Esses trabalhadores, de um modo geral, estão expostos a condições de trabalho perigosas e insalubres, em pequenas ou microempresas ou ainda no domicílio e nas ruas. Percebe-se nestes, vários fatores de risco à saúde e ausência de mecanismos de proteção. Associam-se também a isto, a ausência de proteção legal, das normas de segurança, de fiscalização e de cobertura dos acidentes de trabalho.

Além disso, verifica-se a dificuldade que enfrentam com relação à construção de vínculos e poder de mobilização para reivindicação de questões trabalhistas, uma vez que a necessidade de sobrevivência submete o trabalhador à aceitação das piores condições de trabalho, o que é agravado pelo desconhecimento de direitos trabalhistas e seus mecanismos de proteção jurídica (MENDES, 2004).

Antunes (2011) sinaliza que contemporaneamente os processos de trabalho informais se encontram precarizados. O autor explica que enquanto uns trabalhadores realizam uma jornada intensa de até 17 horas diárias, outros são excluídos deste mercado, ou seja, enquanto uns são explorados em busca da mais-valia, outros são descartados, sendo impelidos ao trabalho informal, subemprego ou desemprego.

De acordo com o relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicado em 1995, entre as dez ocupações mais frequentes desenvolvidas pelos trabalhadores em domicílio destacam-se as costureiras e o serviço de indústria de confecções ou reparação de vestuário. Os homens ocupam postos de trabalho mais especializados (ou técnicos) do que as mulheres, que geralmente desempenham tarefas nas quais o requerimento de treinamento formal é baixo, ofícios aprendidos na prática, em casa, junto com parentes ou ao desempenhar funções domésticas (LAVINAS, 1998).

Um estudo realizado em Belo Horizonte por Rodrigues (2006), com equipes da Atenção Primária à Saúde, demonstrou que as principais atividades desenvolvidas no âmbito domiciliar foram: costura, produção de alimentos, tecelagem, separação de material para reciclagem, borracharia, lanternagem e apicultura.

Cangussu (2014) mostrou em estudo uma análise territorial na região sul do município de Palmas – Tocantins, com relação aos potenciais fatores de riscos e impactos à saúde dos trabalhadores advindos das atividades existentes no território da Atenção Primária em Saúde e observou como resultado um predomínio do trabalho informal, autônomo ou não, nos mais variados ramos de atividades, como o comércio de venda de produtos ou serviços, indústria, dentre outros.

Em outras palavras, estes trabalhadores encontram-se vulneráveis às mazelas sociais, trabalhando pela sobrevivência, sem amparo legal. Para o grupo, há entre os trabalhadores informais uma sobrecarga de serviço causada pela incerteza do futuro. No comércio de prestação de serviços, os principais ramos citados foram: oficina mecânica, lava-jatos, salão de beleza, empregada doméstica e profissionais do sexo. Já no comércio de venda de mercadorias destacou-se a grande oferta de produtos, dentre eles, os não duráveis, semiduráveis e duráveis (CANGUSSU, 2014).

A indústria por sua vez apresentou-se mais tímida, como em todo o município de Palmas, sendo descritas nesse território a indústria da construção civil, condimentos, confecções, marmorarias, marcenarias, serralherias e cerâmica (CANGUSSU, 2014).

Em todas estas atividades foram relatadas as situações vividas pelos trabalhadores do território em estudo, descrevendo-se os problemas de saúde identificados. Discorreu-se sobre precariedade desses vínculos empregatícios, que se encontram predominantemente informal, seguido das péssimas condições de trabalho, com estruturas físicas inapropriadas e ausência dos equipamentos de proteção individual (CANGUSSU, 2014).

Ainda segundo a autora, há sobrecarga de trabalho, a exposição a uma série de riscos à saúde desses trabalhadores, o desconhecimento destes riscos pelo trabalhador e os agravos ocasionados pelos mesmos.

Em relação à manipulação de produtos químicos, o quadro 8 mostra, no ano de 2013, 16 atividades domiciliares de manipulação de produto químico, mostrando um número maior na UBSF São Jorge II com 15 destas atividades. Em relação às atividades de manipulação de produtos de beleza, percebe-se 03 atividades referentes a esta manipulação e 20 atividades de produção de alimentos no domicílio, caracterizando estas atividades com possíveis riscos químicos e biológicos.

Quadro 8. Número de manipulação de produtos químicos, de beleza e de alimentos no domicílio nas UBSFs, no ano de 2013.

Unidade Básica da Família	MANIPULAÇÃO					
	Produto químico domiciliar	%	Produto de Beleza domiciliar	%	Alimento no domicílio	%
UBSF Lagoinha I	0	0,00	1	33,33	6	30,00
UBSF São Jorge II	15	93,75	1	33,33	2	10,00
UBSF Santa Lúzia	0	0,00	1	33,33	5	25,00
UBSF São Gabriel	1	6,25	0	0,00	4	20,00
UBSF Seringueira II	0	0,00	0	0,00	3	15,00
Total	16	100,00	3	100,00	20	100,00

Fonte: Formulário de Consolidado do perfil ocupacional da ESF/PACS, 2013 – CEREST Uberlândia.

O instrutivo orienta as equipes, que caso no domicílio algum membro da família manipule produtos químicos (desinfetante, sabão, amaciante), produtos

de beleza para comercialização ou faça alimentos para vender (salgados, doces, marmitas), essa atividade deve ser identificada.

Em relação à manipulação de produtos químicos, na visão de Peixoto (2012), o controle das substâncias químicas é de grande dificuldade devido aos inúmeros tipos de produtos químicos existentes atualmente no mercado. Além de suas características inconstantes de volatilidade, toxicidade e das diversas formas de penetração (vias respiratórias, cutâneas ou ingestão, seja pelo tempo de exposição), outro agravamento está no comportamento de cada organismo, pois algumas pessoas apresentam mais sensibilidade a certas substâncias do que outros que possuem maior resistência.

As substâncias químicas são classificadas pela Higiene Ocupacional em três tipos: aerodispersóides ou aerossóis (encontradas na forma sólida ou líquida, que embora suas partículas menores sejam respiráveis, são as que mais causam problemas à saúde dos trabalhadores devido a sua retenção nos pulmões); gases (moléculas que se espalham no ar); ou vapores (substâncias que se condicionam dependendo da temperatura). No caso dos aerodispersóides, esses podem se apresentar em forma de névoa, neblina, poeira, fumaça, fumos e fibras (PEIXOTO, 2012).

Cada um desses tipos acarreta uma gama de efeitos nocivos à saúde. Estes efeitos acumulam-se com o tempo, deixando os trabalhadores que lidam com essas substâncias cada vez mais vulneráveis. Além disso, essas substâncias químicas potencializam seus efeitos em ambientes fechados e quentes devido à volatilização das substâncias fazendo com que o trabalhador tenha mais contato com o produto (FREITAS; ARCURI, 2000).

Dentro do ambiente de trabalho, os efeitos dessas substâncias podem ser anulados ou minimizados se houver a utilização correta e contínua de equipamentos de proteção individual – EPI e se estes produtos estiverem dentro dos limites de tolerância aceitáveis.

Segundo Nascimento (2014), a manipulação incorreta de produtos químicos de limpeza pode desencadear doenças relativas à exposição química, que vão desde problemas como irritação na pele e olhos, doenças respiratórias, doenças do sistema nervoso, rins, fígado até alguns tipos de câncer.

Logo, é imprescindível que o trabalhador conheça os produtos que estão lidando diariamente. Uma forma para que isso aconteça é a leitura dos rótulos dos produtos, que embora omitam informações importantes, constam informações básicas sobre o uso correto e as precauções para evitar efeitos indesejáveis.

Em relação ao número de manipulação de produtos de beleza, ao quadro 8 mostra, que no ano de 2013, houve apenas 03 atividades domiciliares de manipulação deste produto. Já na categoria de atividades domiciliares de manipulação relacionada a alimentos foi predominante na UBSF Lagoinha I, com 06 atividades de produção de alimentos no domicílio.

Para Laguardia (2014), se no terreno do domicílio há a plantação de verduras, legumes, hortaliças e/ou frutas, deve ser registrado com distinção se a destinação é o consumo próprio ou a comercialização. Observa-se no quadro 9 que há 99 plantações em terreno para consumo próprio e 44 plantações em terreno do domicílio para comercialização. Subtende-se que esse usuário é produtor familiar, sendo estes dados importantes para a prevenção de agravos relacionados a sua atividade produtiva. A exemplo cita-se a manipulação de produtos tóxicos como agrotóxicos.

O Brasil está entre os maiores consumidores mundiais de agrotóxicos. Agrotóxicos e afins são produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou plantadas e de outros ecossistemas e de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade é a de alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos, bem como as substâncias e os produtos empregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores de crescimento (Lei Federal Nº 7802/1989 e Decreto Nº 4.074/2002).

Quadro 9. Distribuição de plantações no terreno do domicílio nas UBSFs, no ano de 2013.

Unidade Básica da Família	PLANTAÇÕES			
	Plantações no terreno para consumo próprio	%	Plantações no terreno para comercialização	%
UBSF Lagoinha I	0	0,00	0	0,00
UBSF São Jorge II	3	3,03	2	4,55
UBSF Santa Lúzia	40	40,40	40	90,91
UBSF São Gabriel	16	16,16	0	0,00
UBSF SeringueiraII	40	40,40	2	4,55
Total	99	100,00	44	100,00

Fonte: Formulário de Consolidado do perfil ocupacional da ESF/PACS,2013 – CEREST Uberlândia

Segundo o Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Agrícola (SINDAG), em 2008, as vendas de agrotóxicos, comparado ao ano de 2007, apresentaram um crescimento acumulado de 24%, totalizando um mercado de 12,7 milhões de reais. Os agrotóxicos estão entre os mais importantes fatores de risco para a saúde da população geral, especialmente para saúde dos trabalhadores e para o meio ambiente.

Para sua avaliação e controle existe a Lei Federal de Agrotóxicos nº. 7802, de 11 de julho de 1989. Os agrotóxicos são utilizados em grande escala por vários setores produtivos e mais intensamente pelo setor agropecuário, silvicultura, no tratamento de madeiras em geral, construção, armazenamento de grãos e sementes, produção de flores, combate aos vetores transmissores de doenças, dentre outras atividades.

A exploração do tema torna-se viável e útil e, ao desenvolvê-lo, deve-se caracterizar a população exposta aos riscos de intoxicação por agrotóxicos, mediante o conhecimento dos principais agentes químicos usados, para assim se ajudar na prevenção de ocorrências de contaminação e intoxicação.

A maioria dos agricultores faz uso desse insumo, mas por terem, muitas vezes, baixa escolaridade, não conseguem ler o rótulo do produto. Outros o lêem, mas não o interpretam corretamente. Dessa forma, correm o risco de

intoxicar-se ao manipular essas substâncias. Há ainda mais um agravante, que é a falta ou uso incorreto e até mesmo incompleto dos equipamentos de proteção individual – EPIs (FREITAS, ARCURI, 2000).

Para Gregolis, Pinto e Peres (2012), estudos realizados no Brasil a respeito da percepção de risco no trabalho rural relacionados a grupos rurais expostos a agrotóxicos no contexto da agricultura familiar, constatou-se que o grupo de trabalhadores rurais é o mais vulnerável em relação aos problemas gerados no âmbito das relações saúde, trabalho e ambiente.

Dentre os riscos, destacam-se o fato das atividades de trabalho realizadas no âmbito dessa lógica de produção agrícola envolver toda a família, incluindo mulheres e também crianças, da carência na assistência-técnica oferecida a estes indivíduos, tanto em sua regularidade, quanto em qualidade, o fato de estarem expostos ininterruptamente aos efeitos nocivos destes agentes químicos e a “dificuldade no entendimento das informações disponíveis sobre saúde e segurança relacionadas ao uso de agrotóxicos na agricultura” (GREGOLIS; PINTO; PERES, 2012, p. 100).

Faria, Rosa e Facchini (2007) apontam a relação dos agrotóxicos com várias doenças, em especial intoxicações agudas, “[...] caracterizando os agroquímicos como um dos mais importantes fatores de risco para a saúde humana, além da contaminação ambiental”.

De acordo com os dados secundários fornecidos pelo CEREST, o quadro 10, representa a lista das principais atividades domiciliares nas UBSFs pesquisadas, referente ao ano de 2013, que totalizou em 46 atividades domiciliares no ramo de Comércio/vendas, seguida de 39 atividades domiciliares no ramo de Cabeleireira/Manicure/Salão de beleza, 27 atividades domiciliares no ramo de Costureiras e 26 atividades domiciliares no ramo de Alimentos, tiveram um maior registro dentre as demais.

Quadro 10. Distribuição das principais atividades domiciliares nas UBSFS, no ano de 2013

Atividades Domiciliares	UBSF Santa Luzia	UBSF Lagoinha I	UBSF São Gabriel	UBSF São Jorge II	UBSF Seringueira II	Total
Artesanato	02	08	03	05		18
Bar		01				01
Bordadeira	01		01	02	03	07
Cabeleireira/Manicure/salon beleza	08	09	11	03	08	39
Comércio de variedades	05	02	08	07	04	26
Confeiteiro				05		05
Conserto de eletrodoméstico		01				01
Corretora		01				01
Costureira	09	03	06	03	06	27
Cuidador de criança				01	03	04
Doceira	02					02
Elétrica			01			01
Escola			01			01
Escritório		02				02
Grafica	01					01
Lanternagem		01				01
Oficina mecanica	02	01	01			04
Passadeira		02				02
Pastelaria			01			01
Produção de quitandas	01	03				04
Produção de Produtos de Limpeza			01			01
Produção de Bijoteria		01				01
Produção de sorvetes					01	01
Professor				01		01
Reciclagem	02		01		06	07
Salgadeira	01		01	01	02	05
Sapateiro	01			01		02
Serralheiro					01	01
Tapeçaria	01					01
Venda Alimentos		04	01			05
Venda de Frango Assado			01			01
Venda de perfumes	01					01
Venda de produtos variados		03				03
Venda de Roupas			03			03
Venda de verdura	01					01
Vendas		05		02	06	13
Total	38	47	41	31	40	197

Fonte: Formulário de levantamento do perfil ocupacional/2013- CEREST Uberlândia

O comércio de venda de mercadorias predominantemente varejista no território em estudo é bastante movimentado. Encontra-se neste território uma variedade de ofertas, a venda de produtos não duráveis (produtos alimentícios, perfumes), semiduráveis (vestuários) e duráveis (utilidades domésticas). Estes se encontram na informalidade e sujeitos a riscos à saúde e a ocorrência de agravos.

No estudo de Cangussu (2014) em relação a ocupação no comércio, os resultados apresentam que a fragilidade dos vínculos empregatícios foi ressaltada, uma vez que foram identificadas situações de sobrecarga de serviço, trabalho sob pressão, assédio moral, riscos e agravos à saúde dos colaboradores, dificuldades no estabelecimento de nexos e de acesso aos direitos trabalhistas. Em uma entrevista realizada no trabalho da autora, os participantes relatam os riscos existentes, a saber ergonômicos e os psicológicos - ocasionados pela sobrecarga de trabalho, conforme se pode verificar na narrativa a seguir:

O que a gente observa no comércio é a carga horária excessiva, porque o trabalhador trabalha o dia todo em pé e tem horário só pra entrar, não tem horário pra sair [...]”. “Quer ir embora? não, vai arrumar primeiro ali [...] e eles acabam ficando, sendo que já passou do horário de ir embora, eles falam que vão pagar hora extra, pode até pagar, mas isso vai acarretando estresse, fadiga, na hora de chegar não pode estar atrasado, mas na hora de ir embora não tem horário, aí já sai de lá agoniado [...] (CANGUSSU, 2014, p. 91)

O trabalho sob pressão e o assédio moral foram observados e citados:

Tem um mercadinho lá, que de três em três dias é funcionário largando de trabalhar lá, não sei o que acontece que funcionário lá não dura, é impressionante como não aguenta, a dona bota pressão, bota pressão e ninguém aguenta... eu acho isso horrível... “Tem muito assédio moral também, que os patrões falam há você é lenta, você não sabe, você não dá conta, aí começam a dizer essas palavrinhas irritantes que os trabalhadores sofrem nessas situações, ficam tristes, angustiados. (CANGUSSU, 2014, p. 92)

A ocorrência de acidentes e adoecimentos ocasionados pelo trabalho, relativos à ergonomia são situações vivenciadas no território:

Tem também a questão da postura, eles carregam caixas pesadíssimas. Eu tenho um amigo que foi pegar uma caixa, nem era o serviço dele, mas olha a arrumação, ele tava trabalhando em outra repartição, um outro foi pegar uma caixa pesada demais e pediu ajuda pra ele, ele foi ajudar e começou a sentir uma dor na perna, mas terminou de levar esse peso, aí começou a passar mal, foi levado pro médico mas no outro dia voltou a trabalhar, ele tinha fraturado o osso [...]”. “Tem uma jovem que trabalha em um mercado perto da minha casa, no caixa, ela me disse que está com problema de coluna por excesso de movimento repetitivo [...]”.(CANGUSSU, 2014, p. 92).

O setor informal abarca diversos tipos de atividades econômicas, a exemplo do comércio. Este é um subsetor marcado por heterogeneidade de atividades desenvolvidas e que compreende uma infinidade de tarefas de diversas naturezas, que incluem desde a operação de máquinas registradoras, reposição de estoques em gôndolas e prateleiras, até o desenvolvimento de múltiplas funções (CISNE, 2011).

Outra característica do comércio informal está nos ambientes de trabalho, muitas vezes insalubres, sem preocupações com aspectos de segurança, higiene e desprovidos de instalações mínimas de satisfação das necessidades mais elementares dos trabalhadores.

Além dessa problemática, as condições laborais são precárias, manifestadas na violação dos direitos trabalhistas, na insegurança do posto e do ambiente de trabalho, no aumento do ritmo da produção e das exigências. Tais condições interferem na saúde dos trabalhadores e também no modo de agir, pensar, sentir e fazer (CISNE, 2011).

No estudo de Motta (2011), para o tipo de ocupação, encontrou-se forte associação estatística entre os acidentes e o trabalho como açougueiro. Uma das tarefas prestadas por trabalhadores que comercializam carnes e frangos envolve a atividade de talhar e cortar as mercadorias com a utilização de ferramentas, motorizadas ou não, que podem levar ao risco de lesões nas mãos e nos dedos.

Outro fator que deve ser abordado é a pressão da produtividade, visto que vendedores do comércio, em sua grande maioria, são os proprietários da

unidade comercial e apresentam sua renda mensal de acordo com a quantidade de mercadoria vendida, ou seja, depende do valor da venda/faturamento.

Essa variação de renda, a depender da produtividade, pode proporcionar esgotamento tanto físico quanto psicológico, aumentando suas chances de se acidentar. Outro fator que deve ser abordado é a pressão da produtividade, visto que vendedores de comércio varejista utilizam-se, frequentemente, de planos de remuneração baseados na aplicação de percentuais sobre o valor da venda/faturamento. O esforço do trabalhador em cumprir metas pode proporcionar esgotamento tanto físico quanto psicológico, aumentando suas chances de se acidentar.

De acordo ainda com Motta (2011), as causas predominantes dos acidentes de trabalho ocorridos no ramo de atividade econômica no Comércio foram Queda/Choque/Perda do equilíbrio, com 1.523 casos (22,1%), seguidas de Equipamentos/Maquinas/Matéria-prima usada no trabalho (18,5%), o uso Ferramenta manual não motorizada (15,2%) e Motocicleta (13,0%).

As atividades desenvolvidas em salão de beleza, cabeleireiro, barbeiros e afins, executadas em domicílio configuraram-se como a segunda categoria mais predominante no estudo. Os procedimentos executados em salões de beleza e atividades afins envolvem riscos à saúde da população e sem a devida fiscalização do uso, armazenamento e limpeza adequados de produtos cosméticos e instrumentos de trabalho pelo órgão do Estado, podem acarretar agravos à saúde do cliente e dos próprios trabalhadores (BRITTO, 2004).

No entanto, poucas são as notificações **de** eventos adversos ou infecções relacionadas tanto aos profissionais quanto aos clientes de estabelecimentos de belezas (GARCACCIO; OLIVEIRA, 2013).

Em geral, os produtos de alisamento capilar apresentam risco à saúde pelo fato de possuírem substâncias com potenciais tóxicos para o organismo humano. No que se diz respeito à técnica de alisamento capilar, a utilização de formaldeído merece destaque pela proibição do seu uso estabelecida pela Anvisa, exceto em casos de conservação do produto. Entretanto, o formol continua sendo utilizado em alguns salões de beleza, pelo processo de adição de concentrações acima do autorizado nos alisantes capilares por intermédio do próprio

profissional cabeleireiro como pelos clientes que desconhecem os potenciais riscos e o processo de intoxicação a partir da utilização deste produto, evidenciado em sinais e sintomas agudos, subagudos e crônicos (Garcaccio e Oliveira 2013, p. 98).

Ademais, as práticas desenvolvidas por manicures e pedicures também acarretam riscos de transmissão de patógenos, a exemplo do vírus HIV e, principalmente, do vírus das hepatites B e C, expondo tanto os profissionais quanto os clientes (MOREIRA, 2013).

O estudo de Garcaccio e Oliveira (2013), referente à avaliação dos conhecimentos e adesão às questões de biossegurança, identificou que as manicures e pedicures detinham pouco conhecimento e baixa adesão a procedimentos para a prevenção dos riscos envolvidos em suas atividades.

Ainda nesta mesma linha de consideração, Silva (2014) constatou que há um baixo conhecimento sobre biossegurança por parte destes profissionais, que incluem desconhecimento sobre a distinção entre os métodos de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos utilizados em suas práticas, bem como sobre riscos aos quais estão expostos.

Estas conclusões coadunam com o estudo de Moreira e colaboradores (2013), que identificou em um total de 149 profissionais entrevistados entre manicures, pedicures e podólogos, conhecimento insuficiente sobre a etiologia e as formas de transmissão e prevenção da AIDS e de hepatites virais.

Destaca-se também a baixa adesão ao uso de métodos corretos de reprocessamento e limpeza de materiais, principalmente, a esterilização de materiais perfuro-cortantes e a reutilização de materiais descartáveis (SILVA, 2014).

O estudo de Ghisi e Santin (2011), ao analisar amostras de lixa de unha metálica de cinco centros de estética e cinco domicílios, observou que 100% das amostras apresentaram resultado positivo para fungos patogênico que causam onicomicoses em virtude do indevido processo de esterilização do material.

Além disso, o estudo menciona que a prática de compartilhamento de instrumentos é comum nos dois tipos de ambientes pesquisados e que a incidência de contaminação entre os centros de estéticas e as atividades

realizadas nos domicílios foram equivalentes. Por indicação da Vigilância Sanitária, a lixa de unha é considerada um instrumento de uso único ou, no caso da lixa metálica, de uso pessoal (BRASIL, 2009).

Todos esses achados reforçam a importância destes profissionais serem capacitados pelas equipes de Atenção Primária para executarem seu trabalho de acordo com as técnicas de biossegurança e as boas práticas sanitárias que visam reduzir os riscos presentes nas suas atividades, sejam elas desenvolvidas em domicílios ou em centros de beleza.

A pesquisa de Cangussu (2014) relativa à atividade profissional de salão de beleza, constatou que a atividade é predominantemente feminina e o mercado de trabalho em sua maioria informal, é como uma estratégia de fuga ao desemprego. Após a participação em um curso profissionalizante surge a possibilidade de prestação de serviços a terceiros ou de abertura do próprio negócio, montado muitas vezes em cômodos residenciais, onde não faltam clientes.

E tendo como consequência há a precariedade do vínculo empregatício e a sobrecarga de trabalho, causada pela incerteza do futuro. Também se identifica com clareza os riscos e agravos a que esta categoria profissional está exposta. Quanto aos riscos à saúde, dentre eles destacam-se os riscos ergonômicos e psicológicos da sobrecarga de trabalho, ocasionados pela necessidade de sobrevivência financeira. No estudo constatou-se que as doenças osteomusculares e intoxicações exógenas são relacionadas aos riscos identificados na atividade.

Cunico e Lima (2012) relatam que os cosméticos utilizados em salões de beleza apresentam uma grande quantidade de substâncias químicas e que apesar de estarem sujeitos às normas de órgãos reguladores e precisarem ser registrados pela ANVISA, ainda assim apresentam riscos à saúde, podendo ocasionar doenças ocupacionais. Além disso, esses produtos podem ocasionar reações alérgicas, como a dermatite de contato, irritando a pele ou o couro cabeludo, pela formação de eczemas ou rachaduras.

No estudo de Cangussu (2014), observa-se a necessidade da realização de ações educativas, que orientem os trabalhadores desta atividade profissional sobre os riscos da exposição contínua a esses produtos, da

importância da utilização de produtos que sejam aprovados pelos órgãos competentes e da utilização de equipamentos de proteção individual durante seu uso. Além dos riscos químicos, outros riscos igualmente importantes também são identificados nesta categoria trabalhadora, dentre eles o ergonômico.

Fonseca et al (2013) realizaram uma análise ergonômica deste processo de trabalho. Identificaram alto risco no fator biomecânico para distúrbios musculoesqueléticos e queixas de dores ou desconforto muscular esquelético em todo o corpo, o que pode ser justificado pelas posturas adotadas, execução de movimentos repetitivos e extensa jornada de trabalho.

Contudo, como estratégia de melhoria sugeriu a adaptação do ambiente de trabalho às necessidades corporais das trabalhadoras, tanto as cabeleireiras, como as manicures e as podólogas. Garbaccio e Oliveira (2013) mencionaram o risco biológico identificado nas atividades de trabalho das manicures e podólogas, ocasionado principalmente pela ausência da utilização das medidas de segurança.

O fato é justificado pelo desconhecimento destes profissionais aos fatores de riscos existentes, devido à ausência de ações educativas promovidas pelos órgãos públicos.

Outra pesquisa propôs-se a investigar os limiares auditivos em cabeleireiras, devido ao ruído presente nos salões de beleza, principalmente dos secadores de cabelo. Observou-se um rebaixamento temporário da acuidade auditiva, comparando-se os resultados audiométricos antes e após a jornada de trabalho, apesar dos resultados permanecerem dentro dos padrões de normalidade. Além disso, foram observadas queixas de sintomas auditivos, como zumbido, sensação de plenitude auricular, desconforto a sons intensos, dificuldade de localização da fonte sonora, cefaléia, irritação e vertigem (MARTINS, 2001).

Sabe-se que algumas profissões podem trazer sérios riscos à saúde dos trabalhadores, como a profissão das costureiras, que por realizarem trabalhos cansativos e repetitivos, podem prejudicar suas condições de vida com o passar do tempo. O movimento feito por estas profissionais pode trazer consequências irreparáveis, como por exemplo, problemas de coluna, lesões por esforços repetitivos (distúrbios

osteomusculares relacionadas ao trabalho - DORT), além do stress, cansaço psicológico que é um dos principais agravantes da saúde de pessoas que passam a maior parte do seu dia sentados em uma única posição e fazendo o mesmo tipo de movimento, sem precauções ou fazendo movimentos de maneira correta (CARNEIRO, FERREIRA, 2010, p.45).

As costureiras possuem uma jornada de trabalho cansativa, pois além de longa, é caracterizada por atividades repetitivas que ocorrem em todo o tempo na posição sentada, condição que se torna prejudicial à saúde. As maiores reclamações são relacionadas a dores pelo corpo, cansaço físico e mental (SENA et al, 2008).

Ao analisarmos um estudo realizado por Maciel et al (2006), as costureiras também se queixaram de dores por diversas partes do corpo. A região em que as costureiras mais reclamaram de dores foi a coluna lombar sendo apontada por 17%, 13% de desconforto na coluna cervical e ombros; 12% na cabeça, 10% nas pernas, 9% desconforto no punho, 8% no quadril, 7% na coluna torácica, 6% nos joelhos e 5% desconforto no tornozelo.

Num estudo de Paizante (2006), a frequência de dor osteomusculares nas trabalhadoras do ramo da costura, nos últimos 12 meses foi de 72,3% na coluna lombar, 61,4% na coluna dorsal, 55,3% nos ombros, 54,1% no pescoço, 38,8% nos pulsos/mãos, 36,5% nos quadris/coxas, 34,1% nos joelhos, 28,2% nos tornozelos e 3,5% referiram-se a dores nos cotovelos.

Certamente o ambiente não ergonômico é ainda outro fator relacionado com as dores na coluna vertebral, pois as características incorretas dos mesmos obrigam os trabalhadores a assumirem posturas inadequadas (MORAES, 2002).

A literatura é escassa na verificação sobre os riscos a que estão submetidos os Manipuladores de alimentos no domicílio. Verificou-se a importância da Vigilância em Saúde, por meio da Vigilância Sanitária estar integrada à Saúde do Trabalhador, quanto aos riscos ocupacionais dos trabalhadores em Alimentação e os seus efeitos sobre a saúde.

Na área da saúde, a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 49, instituída em 2013 (ANVISA, 2013), dispõe sobre a regularização de atividades

executadas pelo microempreendedor individual para que sejam sujeitas à ação da Vigilância Sanitária. O principal objetivo desta resolução é promover a segurança sanitária de bens e serviços que apresentam riscos à saúde da sociedade, criando consecutivamente aspectos facilitadores de inclusão social e econômica

E com essa resolução os órgãos de Vigilância Sanitária poderão regularizar atividades instaladas em residências, área com regulamentação precária ou inexistente e em outros locais nos quais são desenvolvidas as atividades produtivas.

No que diz respeito ao trabalho informal, a Vigilância Sanitária não exercita ações de controle e fiscalização, principalmente em atividades realizadas no domicílio.

Haja vista que apesar do poder da polícia ser outorgada pelo Estado a ela, o qual sobrepõe os interesses coletivos sob os individuais, a atividade informal domiciliar é protegida pelo direito constitucional da inviolabilidade do domicílio, que se embasa na determinação de que “a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial” (COSTA, 2012).

De acordo com estes termos, as medidas sanitárias em ambiente privado, como é o exemplo do domicílio, só serão possíveis mediante autorização do proprietário, não podendo ninguém adentrar ao estabelecimento sem este consentimento (SUNDFELD, 2004).

A inviolabilidade do domicílio é considerado um “direito negativo”, de defesa do indivíduo perante o Estado. No entanto, com a RDC nº 49 visando a regularização de atividades realizadas em domicílios, o comportamento de abstenção do estado perante essa inviolabilidade entra em conflito com o princípio basilar da supremacia do interesse público sobre o privado. Desta forma, em uma situação de conflitos de interesses, no caso da questão em discussão representada pelos riscos à coletividade que a Atividade Econômica Domiciliar - AED pode apresentar, há de prevalecer o interesse coletivo. Nesta vertente, a intervenção no cenário da informalidade de atividades instaladas em

domicílio configura-se como complexo e desafiador para os órgãos da Vigilância Sanitária e também da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Os cuidados com a higiene pessoal são fundamentais para se alcançar o consumo de alimentos seguros. Nela estão inseridos a higiene corporal, os equipamentos de proteção individual, os bons hábitos e o estado de saúde dos manipuladores de alimentos.

A falta de atenção a estes aspectos fundamentais, durante a preparação de alimentos, pode contribuir para que os colaboradores, responsáveis pela manipulação, sejam os principais responsáveis pela ocorrência de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA), inclusive mais do que os inimigos naturais da saúde pública como os vetores e pragas urbanas (REY; SILVESTRE, 2009).

Os maiores perigos de contaminação encontrados nas residências são relacionados a presença de animais domésticos na área de produção, utilização de utensílios de madeira e inadequada higiene pessoal e ambiental, além de que:

(...) dentre as não conformidades domiciliares, destaca-se a falta de higiene das mãos e uniformização inadequada, principalmente as donas de casa pertencentes à classe econômica mais baixa. As donas de casa mantêm contato com seus animais de estimação enquanto manipulam alimentos e não higienizam suas mãos adequadamente durante o processo ou trocam de roupa para isto, aumentando o risco de desenvolvimentos de zoonoses, como a toxoplasmose. Constatou-se que outras donas de casa possuíam utensílios e equipamentos muito antigos e com condição de higiene e manutenção precárias, demonstrando que tais manipuladores não possuem muito conhecimento de todos os perigos aos quais os alimentos podem ser expostos, são eles físicos, químicos ou biológicos (XAVIER, 2009, p. 67).

Diante o exposto acima, reforça-se que a contaminação dos alimentos por microrganismos não pode ser evitada por completo, mas com boas práticas pode ser diminuída, em toda a cadeia produtiva. Durante a manipulação pode haver contaminação por condições precárias de higiene de manipuladores, equipamentos, utensílios, ambiente, por más condições das matérias-primas e

ingredientes, ou mesmo más práticas de armazenamento dos produtos acabados (SOTO et al., 2009).

Com relação aos agravos à saúde dos trabalhadores nas atividades de alimentação, de acordo com Casarotto e Mendes (2003), as atividades desenvolvidas na produção de refeições caracterizam-se por movimentos manuais repetitivos, levantamentos de peso excessivo e permanência por períodos prolongados na postura em pé, ou mesmo em outra postura desconfortável.

Ainda segundo eles, a postura em pé é responsável pela grande prevalência de dores nas pernas e pés. Talvez ela seja responsável pelas dores na coluna lombar, porém existem estudos que mostram que tanto em trabalhos desenvolvidos na postura em pé, quanto na postura sentada, pode ocorrer lombalgia.

Conforme o quadro 11, dentro das 4.586 principais ocupações individuais dos trabalhadores do território das unidades de saúde da família em estudo, observa-se que as dez principais são: Serviços gerais 478 (10,42%), Vendedor 392 (8,54%), Doméstica 385 (8,39%), Atendente 347 (7,56%), Pedreiro 308 (6,71%), Comerciante 234 (5,10%), Motorista 215 (4,68%), Diarista 211(4,60%), Auxiliar Administrativo 210 (4,57%), Auxiliar de Produção 133 (2,90%) e Mecânico 132 (2,87%) tiveram um maior registro dentre as demais.

Quadro 11. Distribuição das principais ocupações individuais dos trabalhadores do território nas UBSFs, no ano de 2013.

OCUPAÇÕES INDIVIDUAIS	UBSF Lagoinha I	UBSF Santa Luzia	UBSF São Gabriel	UBSF São Jorge II	UBSF Seringueira II	Total
Açougueiro	-	01	-	-	03	04
Advogado	04	04	-	-	-	08
Agente Comunitário de Saúde	-	02	02	04	-	08
Artesã	19	-	-	04	02	25
Almoxarife	-	-	-	-	04	04

Atendente	65	41	119	82	40	347
Autônomo	02	30	-	-	-	32
Auxiliar administrativo	44	67	51	41	07	210
Auxiliar de cozinha	04	02	-	-	-	06
Auxiliar de produção	10	12	63	32	16	133
Auxiliar de Montagem	-	-	03	-	-	03
Analista de sistema	-	03	-	-	-	03
Babá	-	-	04	-	-	04
Borracheiro	-	-	05	-	-	05
Cabelereiro	17	21	10	09	07	64
Caixa	23	-	18	18	10	69
Caminhoneiro	03	-	-	-	-	03
Carroceiro	-	-	-	03	-	03
Carpinteiro	05	01	-	-	-	06
Chapa	-	-	-	07	-	07
Cobrador	-	05	03	03	-	11
Comerciante	94	32	33	60	15	234
Confeiteiro	03	-	-	-	-	03
Contador	02	-	-	-	-	02
Corretor	-	05	-	-	-	05
Costureira	16	11	22	29	20	98
Cuidador	-	-	03	-	-	03
Cozinheiro	13	08	39	10	15	85
Dentista	05	-	-	-	-	05
Diarista	65	11	69	21	45	211
Doméstica	91	22	106	70	96	385
Educador Infantil	-	-	-	03	-	03
Eletricista	07	09	04	06	09	35
Empresário	-	07	-	-	-	07

Enfermeiro	06	04	-	-	02	12
Estoquista	-	04	-	-	-	04
Feirante	06	-	03	-	-	09
Frentista	-	-	-	03	04	07
Gari	-	-	-	02	-	02
Garçon	24	02	-	-	02	28
Gesseiro	-	05	-	-	-	05
Gerente	-	22	-	07	-	29
Lavador de Carro	-	-	-	-	02	02
Manicure	10	04	12	07	-	33
Marceneiro	-	-	04	-	-	04
Mecânico	20	30	26	35	21	132
Mestre de obras	02	-	-	-	-	02
Motorista	27	46	52	58	32	215
Motoboy	-	-	05	03	04	12
Oficial Administrativo	-	-	-	03	-	03
Operador de Caixa	-	05	-	-	-	05
Operador de Telemarketing	10	28	16	24	11	89
Operador de Máquinas	-	06	32	16	08	62
Padeiro	05	-	-	-	-	05
Pedagoga	03	-	-	-	-	03
Pedreiro	54	12	113	36	93	308
Pintor	18	07	30	15	15	85
Porteiro	-	02	04	12	03	21
Professor	70	69	21	34	-	194
Promotor de vendas	10	-	-	04	-	14
Recepcionista	-	11	-	-	-	11
Reciclador	-	-	04	-	03	07
Repositor	-	-	09	-	-	09

Representante Comercial	02	13	-	-	-	15
Salgadeira	-	02	-	-	-	02
Secretaria	23	09	14	21	-	67
Segurança	05	-	-	02	06	13
Servente	13	05	42	11	35	106
Serralheiro	-	-	-	-	04	04
Serviços Gerais	41	31	113	89	204	478
Servidor Público	18	24	-	27	04	73
Técnico de Enfermagem	-	09	08	-	01	18
Técnico em Telecomunicações	-	-	-	05	-	05
Vendedor	90	83	82	99	38	392
Vidraceiro	-	02	-	-	-	02
Vigilante	04	08	25	22	09	68
Total	953	737	1.169	937	790	4.586

Fonte: Formulário de Consolidado do perfil ocupacional da ESF/PACS,2013 – CEREST Uberlândia

De acordo com os dados observa-se que a ocupação individual de maior relevância foi a de Serviços Gerais. Esta ocupação merece um estudo maior devido aos riscos e agravos relacionados à atividade.

Portanto, abordaremos sobre esta atividade e riscos a saúde, bem como a atividade da doméstica, visto que, as atividades do vendedor equiparam-se ao do comércio e este foi abordado na análise do quadro anterior.

Tratando-se da limpeza como serviço institucional ou comercial contemporâneo, teremos para fins conceituais nesta análise os pressupostos de diversos pesquisadores, cujas definições se coadunam e encaram a limpeza como uma tarefa manual e/ou mecânica de remoção de poeira, lavagem, polimento, desinfecção e conservação de superfícies fixas como pisos, paredes e tetos, ou de móveis e equipamentos diversos, utilizando grande variedade de produtos químicos e tarefas podendo ser realizadas com ferramentas manuais como vassouras, rodo, mop, balde, pá, escova, esponja, pano, pulverizador ou com o auxílio de máquinas como aspirador de

pó, varredeira, enceradeira, máquina lavadora e extratora, entre outros (MAÇÃIRA, 2004, p. 5 - 6).

Deste modo, como atividade institucional e comercial, os profissionais de limpeza se enquadram dentro de uma classificação ocupacional econômica, apresentando uma codificação nacional e internacional para sua classe e as descrições gerais de suas atividades. Sob os códigos 5142 – 10 (Faxineiro - Auxiliar de limpeza) e 5142 – 25 (Trabalhador de serviços de manutenção de edifícios e logradouros) da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO - 2002), temos a seguinte descrição para as condições gerais de exercício da atividade:

Trabalham em companhias e órgãos de limpeza pública, em condomínio de edifícios, em empresas comerciais e industriais, como assalariados e com carteira assinada; as atividades são realizadas em recintos fechados ou a céu aberto. Trabalham individualmente ou em equipe, com ou sem supervisão permanente. O horário de trabalho é variado, podendo ser diurno, noturno ou em regime de rodízio de turnos. Algumas das atividades podem ser exercidas em grandes alturas, subterrâneos ou em posições desconfortáveis por longos períodos, com exposição a ruído intenso e a poluição dos veículos (MTE; CBO 2002, p 599).

Considerado um serviço básico, os profissionais de limpeza inserem-se na nova dinâmica de relações de trabalho atuais, desempenhando suas atividades sob o jugo de empresas terceirizadas que, imersas na nova reestruturação do capitalismo, incorporaram e alocaram uma mão-de-obra desordenada e precarizada, cuja exploração da força de trabalho se manifesta num clima de negligência acerca da segurança e saúde dos trabalhadores. Frente a isto, torna-se imprescindível uma análise em torno deste modelo de alocação de trabalho, e sua relação com a segurança e medicina do trabalho (PADOVANI, 2011).

Conforme definido anteriormente, o conceito de limpeza se refere a um processo histórico-social, cuja finalidade é a remoção de sujidades em diversas superfícies, utilizando ferramentas manuais ou auxílio de máquinas de limpeza. Como atividade organizacional, os serviços de limpeza e conservação podem ser divididos em dois campos distintos de atuação: um direcionado a

estabelecimentos industriais, que incluem condomínios, diversas instituições, órgãos, empresas, dentre outros de caráter não industrial, direcionado mais para residências e domicílios.

E para cada um destes tipos de lugares, ainda podemos classificar o tipo de limpeza que será realizado, cuja finalidade corresponde diretamente aos objetivos a serem alcançados. Assim, podemos realizar uma limpeza concorrente ou diária, que visa somente remover as sujidades e repor os materiais de higiene ou uma limpeza mais específica de caráter terminal, geralmente voltada para hospitais, que envolve um processo mais profundo de limpeza e desinfecção, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos.

Todavia, seja qual for o método utilizado, o processo de limpeza e conservação libera três tipos de energias diferentes: a química, a térmica e a mecânica. A energia química é fornecida pelos produtos de limpeza utilizados na atividade, ao passo que a térmica é fornecida pelo aquecimento da água e, por último, a energia mecânica provém da força manual empregada no ato da limpeza e também pelo uso de máquinas e equipamentos (PADOVANI, 2011).

Em termos de contaminação ambiental e perigo para a saúde dos envolvidos, o uso dos produtos químicos representam, por excelência, os principais riscos inerentes à atividade de limpeza e conservação. Estes produtos químicos são regulados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que os classifica na categoria saneantes, como, por exemplo: detergentes e seus congêneres, alvejantes, desinfetantes, desodorizantes, esterilizantes, algicidas e fungicidas para piscinas, desinfetante de água para o consumo humano, água sanitária, produtos biológicos, inseticidas, raticidas, jardinagem amadora, repelentes, dentre outros. Estabelece-se para cada produto regras técnicas de aplicação, manipulação, destinação e finalidade de emprego. Além disto, estes produtos se dividem em relação à sua aplicação e manipulação, como também pela sua destinação e finalidade de emprego. Assim, de acordo com as classificações da ANVISA, a aplicação dos produtos saneantes se destinam ao uso profissional e não profissional, no qual o profissional inclui os produtos que, por sua forma de apresentação, toxicidade e uso específico devem ser aplicados ou manipulados exclusivamente por profissionais treinados, capacitados ou por empresa especializada. Já os produtos de uso não profissional são os de pronta utilização, podendo ser manipulados por qualquer pessoa (PADOVANI, 2011, p. 602).

Embora pareça contraditório, o uso destes produtos de limpeza e conservação traz consigo um paradoxo na sua finalidade, uma vez que, ao promover a limpeza ambiental potencialmente podem também promover a contaminação ambiental, originada pelo uso dos produtos químicos em demasia, ou pela proliferação de microorganismos resistentes, que exercem em conjunto, um papel nocivo à saúde dos trabalhadores envolvidos na atividade, como também dos usuários dos ambientes que foram limpos.

Assim, esta problemática aumenta exponencialmente à medida que a cada ano são lançados no mercado novos produtos para a limpeza, cujas formulações e toxicidade são desconhecidas para o ser humano.

Portanto, dos desinfetantes aos limpadores de superfícies, passando pelos produtos de limpeza doméstica, as substâncias químicas presentes nestes produtos representam um coquetel potencialmente sensibilizante e irritante para as vias aéreas e/ou pele dos seres humanos. O fator desencadeante destes problemas se deve à presença de componentes denominados surfactantes ou tensoativos presentes nas formulações dos produtos de limpeza e conservação, que associados aos alérgenos biológicos de ambientes interiores, aumentam a sensibilização e a produção de anticorpos nas vias aéreas, desencadeando assim, a ocorrência de irritações e outros problemas respiratórios (PADOVANI, 2011).

Isto nos leva a crer que independente do ambiente ocupacional ou grau de exposição no qual estão sujeitos os trabalhadores da limpeza e conservação, os produtos químicos utilizados são potencialmente nocivos à saúde humana, podendo causar efeitos respiratórios por irritação direta ou por ação tóxica mediada imunologicamente.

Em geral, estes produtos entram em contato com as vias aéreas e cutâneas de diversas formas, uma vez que, dada a natureza das atividades executadas, coexistem condições para a ocorrência de situações de inalação de gases e vapores (PADOVANI, 2011).

Ainda para o autor, no tocante à atividade de limpeza e conservação, as doenças respiratórias e afecções correlatas advêm, em sua grande maioria, da inalação de gases e vapores oriundos dos produtos químicos de limpeza, no

qual a asma e a rinite encabeçam a lista das ocorrências de maior número nos ambulatórios médicos de saúde ocupacional.

Correlato a estas, que são oriundas da exposição aos produtos químicos, ainda se constata outra situação de igual risco para a saúde dos trabalhadores da limpeza, verificada no desenvolvimento de doenças cutâneas que, embora pareça à primeira vista de pouca gravidade, acarretam grande impacto na qualidade de vida e produção dos acometidos. As denominadas Dermatoses ocupacionais constituem atualmente uma grande parcela das doenças profissionais que prevalecem entre os trabalhadores da limpeza e conservação, representando um desafio para os especialistas devido à complexidade de identificação e diagnósticos corretos (PADOVANI, 2011).

Cada vez mais e com crescente rigor, o ritmo de trabalho imposto a esta classe de profissionais tem gerado condições propícias para o desenvolvimento de inúmeras doenças ocupacionais, destacando-se dentre elas, a manifestação das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Diretamente vinculadas à execução de atividades repetitivas e desconfortáveis, as LER/DORT encontraram um campo fértil no ramo de limpeza e conservação, haja vista que, esta atividade caracteriza-se por uma demanda laboral dinâmica e intensiva, exigindo movimentos manuais repetitivos e desconfortáveis para o trabalhador.

Portanto, os profissionais da limpeza e conservação apresentam aspectos favoráveis no exercício de suas atividades para o desenvolvimento destes distúrbios músculo-esqueléticos, devidos à variedades de tarefas empreendidas e a presença de posturas incômodas, além do emprego excessivo de força, repetitividade e insuficiência de repouso nos locais de trabalho (PADOVANI, 2011).

No estudo de Cangussu (2014), prevaleceu o trabalho de Empregada Doméstica dentre as demais áreas ocupacionais, conforme relato abaixo das entrevistadas no estudo:

As empregadas domésticas são muitas, por ser uma área muito carente. Se queixam de problemas de coluna por conta da postura para executar suas atribuições, de acidentes como quedas e cortes e do peso que às vezes precisam carregar, além de intoxicação na utilização dos produtos de limpeza,

principalmente aquele azulin ... Elas falam que trabalham muito pra ganhar pouco e ainda sofrem vários tipos de humilhações...”. “Elas saem pra trabalhar e os filhos ficam em casa, elas vão preocupadas em deixá-los e acabam não fazendo o serviço direito, ficam descobertas porque não tem um lugar adequado para deixar o filho, aí ela vai pro serviço mas a mente dela tá lá na casa, já teve mãe de receber notícia do filho que sofreu acidente, ela sai de lá as pressas preocupada [...]”. (CANGUSSU, 2014, p 88).

Com relação à identificação dos riscos, estes foram apresentados de várias maneiras pelas trabalhadoras. Algumas relataram o espaço doméstico como um local seguro, não conseguindo identificar seus riscos, outras perceberam a existência de riscos de acidente, tais como: riscos de quedas (presentes na limpeza interna e externa de janelas, no uso de escadas em geral e no trabalho em piso úmido e ensaboado) e riscos de cortes e queimaduras, além de torções em membros inferiores e adoecimentos (IRIART *et al* 2008).

O fato de estes acidentes terem ocorrido em residências contribui para que as trabalhadoras os identifiquem como “normais”, entendendo o mesmo como uma fatalidade. Neste olhar, a culpabilidade do acidente volta-se ao trabalhador, deixando o empregador livre de qualquer responsabilidade. Os adoecimentos mencionados foram: dores de coluna e lombares, bursite, dores nas pernas, inchaços no joelho e alergia aos produtos de limpeza. Como mecanismo de enfrentamento, o trabalho em questão sugere a elaboração de estratégias que proporcionem a valorização social desta atividade laboral e o respeito aos direitos trabalhistas já garantidos por lei (Iriart *et al*, 2008).

Para Sanches (2009), o trabalho doméstico é considerado um dos mais precários existentes, apresentando baixas remunerações, más condições de trabalho, altos riscos à saúde e integridade física das trabalhadoras. Menciona-se como riscos identificados nesta profissão, a utilização de produtos químicos, fogo, riscos de altura e eletricidade, além de apresentar altos níveis de assédio sexual e moral.

Nesse sentido, apreender as condições de trabalho é um desafio dialético, materialmente necessário, para qualificar a questão dos eventos adversos à saúde do trabalhador, o conhecimento sobre o que ocorre e o que

pode acontecer em um sistema produtivo é de extrema importância para analisar os eventos, compreender os riscos, além de nortear a implementação de normas de segurança para a saúde do trabalhador.

Conforme os dados do quadro 12, referentes ao período de 2013 e 2014, destacam-se as principais doenças segundo a lista de morbidade CID - 10 nas Unidades de Saúde universo desta pesquisa, a saber: as doenças do aparelho circulatório com 8.138 ocorrências, os transtornos mentais e comportamentais com 4.746, seguido das doenças endócrinas nutricionais e metabólicas com 4.730, as doenças do aparelho respiratório com 3185 e doenças do sistema Osteomuscular e tecido conjuntivo com 2.311.

Quadro 12. Doenças segundo a CID – 10 das cinco Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Sul- listadas em 2013 e 2014.

Lista Morbidade CID -10	UBSF Lagoinha I		BSF Santa Luzia		UBSF São Gabriel		UBSF São Jorge II		UBSF Seringueira II		Total
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	555	320	225	53	58	23	236	113	117	55	1755
Neoplasias (Tumores)	21	17	60	00	00	00	17	15	00	05	135
Doenças de Sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários	64	40	24	10	03	02	36	39	01	08	227
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1099	389	330	292	414	160	974	922	90	63	4733
Transtornos mentais e comportamentais	997	340	344	136	455	201	1164	726	303	80	4746
Doenças do sistema nervoso	306	96	70	04	52	14	133	99	13	15	802
Doenças do olho e anexos	53	26	61	06	09	04	55	30	40	13	297
Doenças do ouvido e apófise mastóide	217	83	126	21	32	05	70	68	29	14	665
Doenças do Aparelho Respiratório	866	370	350	140	261	53	573	332	151	89	3185
Doenças do	2377	954	319	333	607	286	1546	1152	420	144	8138

aparelho circulatório											
Doenças do aparelho digestivo	247	89	135	04	24	03	286	220	18	31	1057
Doenças de pele e do Tecido subcutâneo	177	63	105	00	42	13	146	94	21	36	697
Doenças do sist. Osteomuscular e do tecido conjuntivo	453	183	424	62	80	26	502	268	218	95	2311
Doenças do aparelho geniturinário	421	170	192	102	120	19	352	208	90	73	1747
Gravidez parto e puerpério	10	13	14	00	00	01	19	24	04	06	91
Algumas afecções originadas no período perinatal	03	04	00	00	02	00	00	01	00	00	10
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	02	01	07	00	01	02	03	03	02	01	22
Sintomas, sinais e achados anormais exame clínico e laboratoriais	437	164	419	42	136	35	228	126	103	25	1715
Lesões, envenenamento e alguma outra Consequência e causas externas	100	37	106	20	18	05	73	25	50	22	456
Causas externas de morbidade e mortalidades	04	07	01	00	00	00	07	02	00	01	22
Contatos com os serviços de saúde	4621	2914	4178	1867	3362	1633	5045	4443	6875	2466	37404

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde- Sistema de Gestão em Saúde – FASTMEDIC (2013-2014).

Ao analisarmos os dados referente a 8.138 ocorrências de doenças do aparelho circulatório, referente as UBSFs do estudo, percebe-se um alto número de doenças relacionadas a este grupo.

De acordo com Brasil (2001), aborda que apesar da crescente valorização dos fatores pessoais, como sedentarismo, tabagismo e dieta, na determinação das doenças cardiovasculares, pouca atenção tem sido dada aos fatores de risco presentes na atividade ocupacional atual ou anterior dos pacientes. O aumento dramático da ocorrência de transtornos agudos e crônicos do sistema cardiocirculatório na população faz com que as relações das doenças com o trabalho mereçam maior atenção.

Observa-se, por exemplo, que a literatura médica e a mídia têm dado destaque às relações entre a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, doença coronariana crônica e hipertensão arterial, com situações de estress e a condição de desemprego, entre outras.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam a primeira causa de óbito, correspondendo a cerca de um terço de todas as mortes. A participação das doenças cardiovasculares na mortalidade do país vem crescendo desde meados do século XX. Em 1950, apenas 14,2% das mortes ocorridas nas capitais dos estados brasileiros eram atribuídas a moléstias circulatórias. Passaram a 21,5% em 1960, 24,8% em 1970 e 30,8% em 1980. Em 1990, as doenças cardiovasculares contribuíram com cerca de 32% de todos os óbitos nas capitais dos estados brasileiros. Além de contribuírem de modo destacado para a mortalidade, as moléstias do aparelho circulatório são causas freqüentes de morbidade, implicando 10,74 milhões de dias de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e representando a principal causa de gastos em assistência médica, 16,2% do total (LOTUFO & LOLIO, 1995).

Entre as causas de aposentadoria por invalidez, os estudos disponíveis mostram que a hipertensão arterial destaca-se em primeiro lugar, com 20,4% das aposentadorias, seguida dos transtornos mentais (15%), das doenças osteoarticulares (12%) e de outras doenças do aparelho cardiocirculatório, com 10,7%. Assim, as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro e o quarto lugar de todas as causas de aposentadoria por invalidez e, juntas, representam

quase um terço de todas as doenças que provocam incapacidade laborativa total e permanente (MEDINA, 1986).

A prevenção das doenças do sistema circulatório relacionadas ao trabalho está baseada nos procedimentos de vigilância em saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica dos agravos à saúde e vigilância dos ambientes e condições de trabalho. Utiliza conhecimentos médico-clínicos, de antropologia, epidemiologia, higiene ocupacional, toxicologia, ergonomia, psicologia, entre outras disciplinas, valoriza a percepção dos trabalhadores sobre seu trabalho e a saúde e considera as normas técnicas e regulamentos vigentes.

O estabelecimento da relação causal ou do nexo entre um determinado evento de saúde – dano ou doença – individual ou coletivo, potencial ou instalado, e uma dada condição de trabalho constitui a condição básica para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde. De modo esquemático, esse processo pode se iniciar pela identificação e controle dos fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho e/ou a partir do diagnóstico, tratamento e prevenção dos danos, lesões ou doenças provocados pelo trabalho, no indivíduo e no coletivo de trabalhadores.

Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. Assim, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da amalgamação desses fatores, que podem ser sintetizados em quatro grupos de causas (MENDES & DIAS, 1999):

- doenças comuns, aparentemente sem qualquer relação com o trabalho;
- doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, etc.) eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob

determinadas condições de trabalho. A hipertensão arterial em motoristas de ônibus urbanos, nas grandes cidades, exemplifica esta possibilidade;

- doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho. A asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído (ocupacional), doenças músculo-esqueléticas e alguns transtornos mentais exemplificam esta possibilidade, na qual, em decorrência do trabalho, somam-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeito sinérgico) as condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros nosológicos;

- agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais. A silicose e a asbestose exemplificam este grupo de agravos específicos.

Os três últimos grupos constituem a família das doenças relacionadas ao trabalho. A natureza dessa relação é sutilmente distinta em cada grupo. O quadro 13 resume e exemplifica os grupos das doenças relacionadas de acordo com a classificação proposta por Schilling (1984).

GRUPO I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, *stricto sensu*, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional.

GRUPO II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais freqüentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. A hipertensão arterial e as neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.

GRUPO III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Entre os agravos específicos estão incluídas as doenças profissionais, para as quais se considera que o trabalho ou as condições em que ele é realizado constituem causa direta. A relação causal ou nexo causal é direta e imediata. A eliminação do agente causal, por medidas de controle ou

substituição, pode assegurar a prevenção, ou seja, sua eliminação ou erradicação. Esse grupo de agravos, Schilling I, tem, também, uma conceituação legal no âmbito do SAT da Previdência Social e sua ocorrência deve ser notificada segundo regulamentação na esfera da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho.

Quadro 13. Classificação das Doenças Segundo sua Relação com o Trabalho.

Categoria	Exemplos
I - Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo Silicose Doenças profissionais legalmente reconhecidas
II - Trabalho como fator contributivo, mas não necessário –	Doença coronariana Doenças do aparelho locomotor Câncer Varizes dos membros inferiores
III - Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite crônica Dermatite de contato alérgica Asma Doenças mentais

FONTE: Adaptado de Schilling, 1984.

Os outros dois grupos, Schilling II e III, são formados por doenças consideradas de etiologia múltipla, ou causadas por múltiplos fatores de risco. Nessas doenças comuns, o trabalho poderia ser entendido como um fator de risco, ou seja, um atributo ou uma exposição que estão associados com uma probabilidade aumentada de ocorrência de uma doença, não necessariamente um fator causal (LAST, 1995).

Portanto, a caracterização etiológica ou nexo causal será essencialmente de natureza epidemiológica, seja pela observação de um excesso de frequência em determinados grupos ocupacionais ou profissões, seja pela ampliação quantitativa ou qualitativa do espectro de determinantes causais, que podem ser melhor conhecidos a partir do estudo dos ambientes e das condições de trabalho.

A eliminação desses fatores de risco reduz a incidência ou modifica o curso evolutivo da doença ou agravo à saúde. Classicamente, os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, presentes ou relacionados

ao trabalho, podem ser classificados em cinco grandes grupos (BRASIL, 2001, p.277).

Físicos: ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros;

Químicos: agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho;

Biológicos: vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária;

Ergonômicos e Psicossociais: decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros;

Mecânicos e de Acidentes: ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho.

Diante do exposto, é possível a partir do levantamento do perfil ocupacional, a equipe de Saúde da Família, elaborar a teorização dos riscos à saúde dos profissionais objetos deste estudo, os quais manipulam produtos químicos, produtos de beleza e produtos de alimento; dos que exercem as atividades domiciliares no ramo de cabelereira/manicure/salão de beleza, no ramo de costureiras e no ramo de alimentos e nas ocupações individuais: serviços gerais, vendedores, doméstica, atendente, pedreiro e comerciante; riscos estes dos ambientes e processos de trabalho, a exemplo explicitaremos no quadro a seguir, os fatores de risco físico, químico, biológico, ergonômico, psicológico e de acidente, apenas dos profissionais de salão de Beleza e serviços gerais.

Quadro 14. Riscos à saúde dos trabalhadores dos salões de beleza do território da Região Sul do município de Uberlândia – MG

Físico	Químico De Acidente	Biológico	Ergonômico	Psicológico	De Acidente

Ruído	Risco de intoxicação na manipulação dos produtos químicos, como os alisantes e tinturas.	Intoxicação na manipulação dos produtos químicos, como os alisantes e tinturas. Risco de acidente com material perfuro cortante, no caso de manicures e podólogas.	Movimentos repetitivos, trabalho muito tempo em pé, postura inadequada, sobrecarga de trabalho	Vínculo empregatício precário, incerteza do futuro, ambientes com sobrecarga de trabalho e acúmulo de tarefas, pressão para realizá-las (jornada de trabalho intensa) pressão por produtividade	Queimadura no manuseio de aparelhos em temperatura elevada.
-------	------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Quadro 15. Riscos à saúde dos trabalhadores de Serviços Gerais do território da região sul do município de Uberlândia-MG

Físico	Químico De Acidente	Biológico	Ergonômico	Psicológico	De Acidente
Ruído, umidade, iluminação	Risco de intoxicação na manipulação dos produtos químicos	Sujidades no ambiente de trabalho	Postura corporal inadequada, movimentos repetitivos, sobrecarga de trabalho e acúmulo de tarefas	Vínculo empregatício precário, ambientes com sobrecarga de trabalho e acúmulo de tarefas, pressão para realizá-las,	Ambiente de trabalho desorganizado, ausência de utilização do EPI ou utilização incorreta, queda

Observam-se semelhanças entre os riscos à saúde dos profissionais de salão de beleza e dos serviços Gerais, ocasionados pelo ambiente e processo de trabalho a que estes trabalhadores estão expostos. Dentre eles, riscos ergonômicos, psicológicos e de acidentes, ocasionados por: ambientes com sobrecarga de trabalho e acúmulo de tarefas, pressão para realizá-las, trabalho muito tempo em pé, ausência de autonomia no planejamento e execução das

tarefas, ausência de treinamento e capacitação profissional, de organização das atividades, mobiliários inadequados, utilização de materiais e equipamentos obsoletos e estruturas físicas precárias.

No segundo momento, é preciso fazer o estudo sobre quais agravos à saúde os riscos mencionados podem ocasionar. Dentre eles, o estudo abordará sobre a Perda Auditiva Induzida pelo Ruído – PAIR, Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho – DORT, Intoxicação Exógena, Acidente de Trabalho Grave - ATG e Acidente de Trabalho em Crianças e Adolescentes, Acidente com Exposição ao Material Biológico – AEMB, Dermatoses Ocupacionais, Pneumoconiose, Câncer Relacionado ao Trabalho e Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho. Abaixo exemplificamos os possíveis agravos nas ocupações de profissionais dos salões de beleza e serviços gerais.

Nos dois processos de trabalho mencionados é identificado a possibilidade da ocorrência dos agravos: Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, Acidentes de Trabalho, Intoxicações Exógenas e LER/DORT. A probabilidade da ocorrência do Acidente com Exposição ao Material Biológico identifica-se no trabalho das manicures e podólogas. As Dermatoses Ocupacionais são relacionadas no trabalho dos serviços gerais.

Ao analisar a tabela dos riscos, elaborados anteriormente, com os respectivos agravos que estes podem ocasionar, percebe-se que os transtornos mentais e comportamentais são identificados nos profissionais de salão de beleza e profissionais de serviços gerais, correlacionando no estudo das doenças segundo CID -10 estes transtornos representam um valor de 4.746 pessoas. Importante se faz a análise e estudos das outras ocupações individuais, seus possíveis riscos e agravos e correlacionar com o adoecimento desta população, segundo a CID 10 levantadas no quadro 12.

Ainda podemos destacar que os fatores de adoecimento relacionados à organização do trabalho, em geral considerados nos riscos ergonômicos, podem ser identificados em diversas atividades, desde a agricultura tradicional até processos de trabalho modernos que incorporam alta tecnologia e sofisticadas estratégias de gestão. Os processos de reestruturação produtiva e globalização da economia de mercado, em curso, têm acarretado mudanças

significativas na organização e gestão do trabalho com repercussões importantes sobre a saúde do trabalhador. Entre suas consequências destacam-se os problemas osteomusculares e o adoecimento mental relacionados ao trabalho, que crescem em importância em todo o mundo.

A exigência de maior produtividade, associada à redução contínua do contingente de trabalhadores, à pressão do tempo e ao aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas irrealizáveis e as relações de trabalho tensas e precárias, constituem fatores psicossociais responsáveis por situações de estresse relacionado ao trabalho.

Percebe-se que é necessário o aprofundamento do estudo epidemiológico, o qual deve ser objeto das equipes do PSF a análise e planejamento territorial a partir de todas estas informações estudadas, a fim de que o foco seja a prevenção do adoecimento da população com um olhar não só na queixa mas um olhar correlacionado com a ocupação profissional desta população, mapeando os riscos das ocupações de maior prevalência e seus possíveis agravos, intervindo com ações preventivas.

Este tema de grande importância surgiu neste estudo, pela necessidade de estabelecimento do nexo entre adoecimento e trabalho, onde há a necessidade dos profissionais da saúde da Atenção Básica, no atendimento ao usuário, sempre perguntarem a ocupação, o ramo de atividade do trabalhador, pois estas informações que permitem a identificação do acidente ou doença.

Segundo Cangussu (2014), sem a realização do nexo não há notificação dos agravos relacionados e a ausência desta, por sua vez, impossibilita a informação para a intervenção, através das ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho. Há invisibilidade do processo saúde-trabalho-doença, principalmente quando se refere a trabalhadores informais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou identificar o perfil de saúde dos trabalhadores e os processos produtivos, bem como os principais agravos e situações de riscos relacionados ao trabalho formal e informal nos territórios das Unidades Básicas de Saúde da Família, no setor Sul, em Uberlândia/MG.

E tendo em mãos os dados, coube analisá-los e agrupá-los, obtendo assim, êxito no objetivo proposto.

Além disso, a análise do referencial teórico apresentado permitiu compreender a importância do diagnóstico do perfil ocupacional e da relação saúde-doença no planejamento e execução das ações de saúde, em especial de saúde do trabalhador, visto que é a partir deste conhecimento e identificação que podemos propor medidas de prevenção e promoção.

Igualmente, a apropriação do conhecimento do perfil produtivo identificado a partir das atividades produtivas desenvolvidas no território, contribuirá para que os profissionais do Programa de Saúde da Família possam efetivar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT no SUS.

Também, foi relevante utilizar os dados secundários nas fichas do Consolidado do Perfil Ocupacional da ESF/PACS referente ao ano de 2013, pois percebeu-se a riqueza das informações ao analisar as variáveis e fazer o tratamento dos dados brutos em consonância com o marco teórico.

Por certo, o estudo compreende o predomínio nos territórios de atuação das equipes dos riscos potenciais em relação às atividades produtivas domiciliares e às ocupações. E tais atividades produtivas, os riscos para a saúde delas decorrentes, o perfil epidemiológico da população trabalhadora, devem ser consideradas no planejamento das ações de vigilância e assistência à saúde, pelas Unidades de Saúde, e permitiu responder às questões propostas inicialmente.

O diagnóstico situacional trouxe informações do território em estudo relativas aos dados de atividades produtivas e indicadores de saúde, sendo identificada a prevalência de atividades domiciliares informais, nos vários ramos de atividade (Comércio/vendas, Cabeleireira/Manicure/Salão beleza, Costureiras e atividades domiciliares no ramo de Alimentos). Estudos citados mostraram que as várias atividades profissionais apresentam riscos à saúde, podendo ocasionar doenças ocupacionais.

Com relação à ocupação individual e sua consequente relação com a saúde, pode-se destacar que as principais ocupações são os Serviços Gerais e

as Domésticas e considera-se prioritária a intervenção nestas ocupações devido aos riscos e agravos relacionados à atividade.

A pesquisa revelou que a maioria dos trabalhadores da região sul de Uberlândia encontram-se na situação de informalidade no domicílio e sujeitos a condições extremamente insalubres e perigosas, geralmente invisíveis aos órgãos fiscalizadores (por não existirem legalmente) e grande parte das vezes ao SUS, que não tem relacionado o acidente ou adoecimento à ocupação do usuário trabalhador.

Além disso, no caso do trabalho domiciliar, também estão sujeitos não só o trabalhador mas há à exposição da família aos riscos, que, ainda que não estejam trabalhando, estão inseridos neste mesmo ambiente laboral, grande parte, sequer tendo conhecimento dos riscos a que estão expostos.

Percebe-se no marco teórico, que os trabalhadores informais encontram-se desamparados, tendo como única esperança, a efetivação das políticas públicas do SUS, que se propõe a atenção integral à saúde dos trabalhadores, independente do vínculo empregatício, através do princípio da universalidade. Mas ainda há caminhos a serem percorridos até que essa legislação possa ser vivenciada na prática, assim como deve ser.

Para tanto se faz necessário identificar os desafios existentes, readequando-os em busca da superação. Esta análise deve ser iniciada pela Atenção Básica à Saúde, porta de entrada do SUS, através da Estratégia Saúde da Família dos territórios em estudo.

Importante ressaltar que os Agentes Comunitários de Saúde, contribuíram com a coleta de dados, e diagnóstico situacional, portanto se faz importante o retorno da análise destes dados, para que haja uma participação efetiva, já que os mesmos conhecem bem a realidade dos trabalhadores locais. E com base nestes resultados, faz-se necessário dar um *feedback* do estudo final e elaborar coletivamente com as Unidades de Saúde e Cerest, um adequado planejamento das futuras ações de intervenção em Saúde do Trabalhador.

Todavia, muitas informações não são analisadas e aproveitadas pela equipe da ESF no planejamento de suas ações, tendo em vista a alta demanda de metas a serem cumpridas e assim comprometendo o planejamento e

realização de atividades que tenham como base as informações trazidas do território. No cotidiano das práticas de saúde destes serviços, o papel do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença dos indivíduos não está incorporada de forma sistematizada.

Nesse contexto, verifica-se que há lacuna no processo de geração de dados e análise pelas equipes das Unidades de Saúde, sendo o momento de fortalecer o papel do CEREST nesta rede, onde se deve valorizar o planejamento de ações a partir do mapeamento das atividades produtivas e do perfil dos usuários trabalhadores nos território da Atenção Básica à saúde, porta de entrada do SUS e espaço de implementação da PNSTT.

Para tanto, faz-se necessário que o CEREST invista seus esforços ao apoio matricial e educação permanente com o objetivo de instrumentalizar e sensibilizar estas equipes em ações de promoção, prevenção e vigilância, que deverá ocorrer através de participações intra e intersetoriais, nos territórios adscritos.

A Portaria da RENAST, vigente, define como papel dos CEREST o apoio técnico na implantação de ações de ST nos serviços do SUS. Considerando que a APS é o contato preferencial do usuário, uma das principais estratégias do CEREST para facilitar a consolidação do cuidado integral aos trabalhadores no SUS, é o suporte técnico aos profissionais e a contribuição ao estabelecimento dos fluxos e protocolos para a atenção aos usuários.

Enfim, se tomarmos como referência os três eixos de atuação – Promoção, Proteção e Vigilância e a Assistência à Saúde - para se alcançar a integralidade da atenção, é possível identificar em cada um deles, ações essenciais de Saúde do Trabalhador.

No eixo da Promoção da Saúde - reconhecer o trabalho como oportunidade de saúde considerando que não existe doença inerente ao trabalho, mas que a forma de inserção no “mundo do trabalho” é um dos componentes básicos da determinação social do processo saúde-doença. Nesse sentido, é essencial empoderar os trabalhadores para que eles participem do cuidado – individual e coletivamente - da saúde e das lutas pela melhoria das condições de vida e trabalho.

No eixo da Proteção e Vigilância da Saúde: reconhecer a presença de perigos e de riscos para a saúde e o ambiente, para antecipar e prevenir os danos e mudar os processos de trabalho geradores de doença e morte evitáveis.

No eixo da Assistência à Saúde: conhecer as atividades produtivas desenvolvidas e o perfil dos trabalhadores que vivem e trabalham em um dado território de saúde, para planejar adequadamente as ações de vigilância e de assistência à saúde, estabelecendo, quando presente, a relação entre o adoecimento e o trabalho e desencadear os desdobramentos legais, trabalhistas e previdenciários cabíveis.

Efetivamente é necessário promover pactuações de ações de Vigilância e Assistência, nos níveis mais complexos da rede; bem como desenvolver, com o apoio das referências técnicas em ST do CEREST, projetos específicos voltados para a melhoria das condições de trabalho nas atividades produtivas, em especial as desenvolvidas nos espaços domiciliares; informar as famílias e aos trabalhadores, utilizando estratégias de comunicação de risco e de educação ambiental, sobre os riscos potenciais em relação às atividades produtivas domiciliares e às ocupações; promover a qualificação e educação permanente dos profissionais da ABS em ST, incentivando o trabalho multidisciplinar e interinstitucional; no cuidado e atenção integral à Saúde do Trabalhador e garantir no acolhimento e nas consultas clínicas na UBS seja identificada a condição de trabalhador e ou a ocupação do usuário no cadastro e nos atendimentos na UBSF a suspeita e ou o estabelecimento da relação entre o agravo ou doença com a situação de trabalho e estruturar a linha de cuidado por meio da elaboração de protocolos – linhas guia – e definir fluxos para a assistência e a vigilância.

Ainda, efetivar e valorizar a educação permanente em saúde, por meio de instrumentos informativos e processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros, visando ao fortalecimento de sua atuação no controle social do SUS.

Além da formação dos recursos humanos, seria importante a implementação de um sistema logístico de informatização da comunicação ágil, que integrasse os diversos setores envolvidos nas políticas públicas de saúde do trabalhador.

Importante se faz, ao estabelecer o elenco de ações de Saúde do Trabalhador que deverão ser desenvolvidas, definidas a partir do diagnóstico da situação de saúde baseado no perfil produtivo e perfil epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho, inserir nos instrumentos de gestão do SUS, a exemplo nos Planos Municipais de Saúde, que serão submetidos à deliberação dos respectivos Conselhos de Saúde.

Por fim, consideramos que esta pesquisa possa subsidiar futuras investigações, pois há de se fazer estudos mais aprofundados da relação do adoecimento e riscos à saúde com os processos de trabalho.

Além disso, faz-se necessário também analisar a situação da saúde dos trabalhadores nos demais territórios da cidade, a fim de contribuir com o planejamento de ações a estas questões, que realmente venha de encontro à necessidade da população.

Espera-se que a discussão contribua com a efetiva implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no SUS, percebendo que apesar de todos os esforços do CEREST Regionais neste sentido, e de vários avanços alcançados desde a Constituição Federal de 1988, ainda hoje são muitos os desafios a serem superados.

O Sistema Único de Saúde deve encarregar-se do papel de vigilância da saúde dos trabalhadores, assim como da integração das políticas internas da saúde que afetam o trabalho. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada, subentendida na relação processo de trabalho – processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico desse campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas com os demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda às suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. E. S., CUNHA, T. R.A.. Memória do trabalho domiciliar e gênero. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. p. 1-10.

ANTUNES, R. *Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho?* Serv. soc. São Paulo, n. 107, p. 405-419, 2011.

BRAGA TS. A ocupação informal na região metropolitana de Salvador: uma análise das décadas de oitenta e noventa. In: *8º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Ouro Preto. Ouro Preto: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Referência técnica para o funcionamento dos serviços de estética e embelezamento sem responsabilidade médica*. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 49, de 31 de outubro de 2013*. Dispõe sobre a regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0049_31_10_2013.html Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 7 nov. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Acesso em: 10 ago. 2016

BRASIL. *Diretrizes para Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília: Casa Civil, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador Saúde do trabalhador. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, *Departamento de Atenção à Saúde*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3ª CNST: *Trabalhar, sim! adoecer, não!*. : coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. *Política Nacional de Promoção da Saúde.*, Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. Portaria n. 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.488/ GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL, PORTARIA nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. PORTARIA nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRAVO, Maria Inês Sousa. et al. *Saúde e Serviço Social*. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRITTO, M. das G. M. *Obrigatoriedade da licença para funcionamento em salões de beleza no Distrito Federal*. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79841>. Acesso em: 20 ago. 2016.

CANGUSSU, B. M. A categoria território como ferramenta estratégica no planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS: uma

experiência participativa na região sul do município de Palmas – Tocantins. 2014.

CASAROTTO R. A.; MENDES, L.F. Queixas, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho em trabalhadores de cozinhas industriais. *Rev. bras. saúde ocup.* vol.28 no.107-108 São Paulo 2003.

CARNEIRO, T. L; FERREIRA, M. C. Redução de jornada melhora a Qualidade de Vida no Trabalho? A experiência de uma organização pública brasileira. *Psicologia*, Florianópolis, v. 7, p. 131-158, 2007.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Eduel, 2001. p.27-56.

CHIAVEGATTO, C. V. *Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais*. 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CISNE A. M. B., Oliveira L. S., Santos P. J. P., Pinto V. R. S. *Trabalhadores do comércio: como não negociar a saúde*. São Paulo: Instituto Brasileiro de Saúde e Meio Ambiente, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SEECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária-Seminário do Conass para construção de consensos /Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2004.44 p., (CONASS Documenta ; v.2)

COSTA E.A. Regulação e vigilância: proteção e defesa da saúde. In: *Epidemiologia & saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2012. p. 493-520.

CUNICO, Mirian Machado LIMA, Cristina Peitz de. *Os cosméticos e os riscos da vaidade precoce*. Cidade: editora, 2012.

DIAS, E. C. Setor informal de trabalho: um novo-velho desafio para a saúde do trabalhador. IN; SALIM, C. A.; Carvalho L. F. *Saúde e segurança no ambiente de trabalho: contextos e vertentes*. São João Del Rei: Universidade Federal de São João Del Rei, 2002.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Cidade, v. 10, n. 4, p. 817–827, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400007. Acesso em: 5 ago. 2015.

DIAS, E. C.; LACERDA E SILVA, T.; ALMEIDA, M. H. C. Desafios para a construção cotidiana de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e

Ambiental na Atenção Primária à Saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Cidade: v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012.

DIAS, E.C.; SILVA, T.L. *Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST)*. Rev. bras. saúde ocup. vol.38 no.127 São Paulo Jan./June 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100007>

DIAS, Elizabeth Costa, SILVA, Thais Lacerda. *Saúde do Trabalhador na Atenção à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DONABEDIAN, Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

FONSECA, Estela da Silva et al. Análise Ergonômica do Trabalho em um salão de beleza no município de Viçosa–MG. *VI Workshop de Análise Ergonômica do Trabalho. III Encontro Mineiro de Estudos em Ergonomia. VIII Simpósio do Programa Tutorial em Economia Doméstica*, Viçosa, MG: editora 2013.

FREITAS, N.B.B.; ARCURI, A.S.A. *Riscos devido a substâncias químicas*. São Paulo: Kingraf, 2000.

GARBACCIO, Juliana Ladeira; OLIVEIRA, Adriana Cristina de. O risco oculto no segmento de estética e beleza: uma avaliação do conhecimento dos profissionais e das práticas de biossegurança nos salões de beleza. *Texto & contexto enferm.* Cidade, v. 22, n. 4, p. 989-998, 2013.

GHISI J, Santin N. C. *Avaliação do possível crescimento de fungos em amostras de lixas de unha metálicas coletadas em centros de estéticas e residências do município de Campos Novos, SC*. Disponível em: editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/download/680/pdf_127. Acesso em: 25 ago. 2016.

GREGOLIS, Thais Blaya Leite; PINTO, Wagner de Jesus; PERES, Frederico. *Percepção de riscos do uso de agrotóxicos por trabalhadores da agricultura familiar do município de Rio Branco*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100013. Acesso em: 05 ago. 2016.

HOEFEL M. G., Dias E. C.; Silva J. M.. *A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

IRIART, Jorge Alberto Bernstein et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciênc. saúde coletiva*, Cidade: v. 13, n. 1, p. 165-174, 2008.

LACAZ, F. A. de C. Conhecimentos, práticas em Trabalho-Saúde e as abordagens da medicina social e da medicina do trabalho no Brasil: final do século XIX até os anos 1950-60. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, Cidade, v. 10 n.1, jun. 2007.

LACAZ, F. A. de C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Cidade, v. 13, 1997.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do Trabalhador*: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. N° de folhas. Tese de doutorado - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1996.

LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. *Relatório Final do Projeto*. Estudo da situação e tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Cidade: OPAS/ Abrasco, 2002.

LAGUARDIA, Filipe Curzio et al (org.). *Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde: projeto fortalecimento da vigilância em saúde em Minas Gerais (Resolução SES nº 4.238/2014)* Belo Horizonte: SES-MG, 2014

LAST, J. M. Dictionary of epidemiology. 3th ed. Oxford: Oxford University, 1995

LAVINAS, L. ET AL. *Trabalho a domicílio*: novas formas de contratação. Rio de Janeiro. IPEA, 1998.

LOTUFO, P. A.; LOLIO, C. A. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso do estado de São Paulo. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, Abrasco, Edusp, 1995, p. 279-288.

MAÇÃIRA, Elayne de Fátima. *Morbidade respiratória em trabalhadores em limpeza interna da região metropolitana do Estado de São Paulo*. 2004. 164 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004

MACHADO, J. M. H. Alternativas e processos de vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção. 1996. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996

MACIEL, A. C. C. et al. Prevalência dos fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. *Revista Brasileira de epidemiologia*, São Paulo, vol. 9, n. 1 março 2006

MARTINS, A. *Mudança temporária de limiar*: Um estudo em cabelereiros. 2001. 52 f. Monografia (Especialização em fonoaudiologia clínica). Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, 2001.

MEDINA, M. C. G. A aposentadoria por invalidez no Brasil. São Paulo, 1986. Tese (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Eds.). Epidemiologia & Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 431-456.

MENDES, E.V. Atenção Primária à saúde. Mimeo, 2002.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o *imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: OPAS, 2012.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: *Conselho Nacional De Secretários De Saúde: Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: Conformação da reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal. In: *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

MENDES, René; CAMPOS, Ana Cristina Castro. Saúde e segurança no trabalho informal: desafios e oportunidades para a indústria brasileira. *Rev Bras Med Trab*, Cidade, v. 2, n. 3, p. 209-223, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais. SES, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES Nº 3.049, de 07 de dezembro de 2011. Aprova o edital de convocação para adesão dos municípios ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais. SES. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLUCaO%20SES%203152-%20Vigilancia%20em%20Saude.%2028.02%20RQ.pdf>. Acesso: 03 mai. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES Nº 3.152, de 14 de fevereiro de 2012. Aprova o edital de convocação para adesão dos municípios ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais. SES. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLUCaO%20SES%203152-%20Vigilancia%20em%20Saude.%2028.02%20RQ.pdf>. Acesso: 03 mai. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES Nº 3717, 17 de abril de 2013. Divulga o Edital nº 01/2013 de convocação para adesão ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde e dá outras providências. SES. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o_3717.pdf. Acesso: 03 mai. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 4.238, de 19 de março de 2014. Institui o Edital de convocação para adesão ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, para o exercício 2014-2015. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resol%C3%A7%C3%A3o_4238.pdf. Acesso em: 13 ago. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias ; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. DA F. *A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas*. Cadernos de Saúde Pública, vol.13, Rio de Janeiro 1997.

MORAES, M. A. A. et al. Sintomas músculos esqueléticos e condições de trabalho de costureiras de um hospital universitário. *Revista Paulista de Enfermagem*, Cidade, v. 21, n. 3, p. 249-54, 2002

MOREIRA A. C. A., SILVA F. L., SILVA K. F., MOREIRA J. L. Grau de informações dos profissionais de salões de beleza sobre AIDS e hepatite. *Rev Ciênc Méd Biol*, Cidade, v. 12, n. 3, p. 359-366, 2013.

MOTTA, P.T, CARVALHO, R. L. R., DUARTE, M. E. L., ROCHA, A. D. M. Análise dos acidentes de trabalho do setor de atividade econômica comércio no município de Belo Horizonte. *REME Rev Min Enferm*, Cidade, v. 15, p. 427-433, 2011.

NASCIMENTO, Simone Daniel do. Produtos químicos domésticos: ações contextualizadas em educação ambiental. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Química) – Centro de Ciências e Tecnologia Universidade Estadual da Paraíba, 2014. 42p.

PADOVANI, Ariovaldo. *SST em serviços terceirizados de limpeza e conservação: aspectos gerais*. 2011. Disponível em: <http://www.areaseg.com/pdf/sstemservicosterceirizados.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

PAIM J. S. *O QUE É SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 148 p.

PAIZANTE, G. O. *Análise dos fatores de risco da coluna lombar em costureiras de uma fábrica de confecção de moda íntima masculina no município de Muriaé – MG*. 2006. 69f. Dissertação (Mestrado em meio ambiente e sustentabilidade) Centro Universitário de Caratinga. 2006.

PEIXOTO, Neverton Hofstadler; FERREIRA, Leandro Silveira. *Higiene Ocupacional I* - Santa Maria: UFSM, CTISM. Rede e-Tec Brasil, 2012.

POÇO, J.L.C. O processo de desconcentração na atenção em saúde do trabalhador: A experiência do CEREST de Juiz de Fora/MG. Monografia (conclusão de curso de especialização) - HC/UFGM/CEREST, Belo Horizonte, 2008

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. - Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed., porto Alegre, Artes Médicas, 1995. 391p.

PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. H. M. Promoção da saúde e intersectorialidade: contribuições e limites da vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27 n. 65, p. 192-206, set./dez. 2003.

RENAST. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. : *Trabalhar sim! Adoecer não! Coletânea de Texto*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

REY, A. M.; SILVESTRE, A. A. *Comer sem riscos 1* – manual de higiene alimentar para manipuladores e consumidores. São Paulo: Varela, 2009.

ROUQUAYROL. M. Z.; FILHO. N. A. *Epidemiologia &Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003,736p

SANCHES, Solange. *Trabalho doméstico: desafios para o trabalho decente*, Rev. Estud. Fem. vol.17 no.3 Florianópolis Sept./Dec. 2009.

SANTORUM, K. M. T. *Pelas fendas do trabalho vivo: textos, contextos e atos na atividade de vigilância em Saúde do Trabalhador*. 2006. 173 f. Tese (Doutorado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

SCHILLING, R. S. F. More effective prevention in occupational health practice. *Journal of the Society of Occupational Medicine*, n. 39, p. 71-79, 1984.

SENA, R. B. et al. Análise dos riscos ergonômicos em costureiras: Utilizando o Software Era (Ergonomic Risk Analysis) em uma empresa do Pólo de Confecções do Agreste de Pernambuco. *Enegep*. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_tn_sto_072_514_11382.pdf.

Acesso em: 22 ago. 2016.

SILVA L. M. S., SILVA D. C., DINIZ J. S., FELIPE I. M. A., NUNES S. P.H. Prevenção da transmissão de hepatites virais entre manicures e pedicures: uma revisão. *Infarma*, Cidade, v. 26, n. 2, p. 82-89, 2014.

SILVEIRA, A. M.; RIBEIRO, F. S. N.; LINO, A. de F. P. F. O Controle social no SUS e a RENAST. In: Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 3, 2005, Brasília. Trabalhar sim, adoecer não: textos de apoio. Brasília, 2005.

SOUZA M. E. A; SANTOS J. A. S.; SIMONASSI, M. *Mecanismos de proteção dos direitos fundamentais*. Disponível em: fadipa.educacao.ws/ojs-2.3.3-3/index.php/cjuridicas/article/download/133/pdf. Acesso em: 04 ago. 2016.

SOTO, F. R. M. Aplicação experimental de um modelo de conduta de inspeção sanitária no comércio varejista de alimentos. *Revista Ciência e Tecnologia Alimentar*, Campinas, v. 29, n.2. p. 371-374, abr.-jun., 2009. ISSN 0101-2061.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUNDFELD C. O interesse público em sentido mínimo e em sentido forte: o problema da vigilância epidemiológica frente aos direitos constitucionais. In: FREITAS J; PASQUALINI A. (org). *Interesse público*. Porto Alegre: Fórum, 2004. p. 29-42.

VIANA, Ana L. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: O (longo) período das reformas. In: CANESQUI, Ana Maria (org). *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.

VIEIRA, S. *Metodologia científica para a área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

VILELA, R. A. G. *Desafios da vigilância e da prevenção dos acidentes do trabalho*. São Paulo: LTR, 2003.

ULYSSEA, G. Informalidade no mercado de trabalho brasileiro: uma resenha da literatura. *Rev Econ Política*. Cidade, v. 26, n. 4, 2006.

XAVIER, R. N. *Convivendo com o inimigo: cozinha domiciliar e risco de contaminação dos alimentos*. 2009. 42 f. Monografia (especialização) - Centro de Excelência em Turismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

ANEXO A**Instrumento de Consolidado do Perfil Ocupacional da ESF**

Consolidado do Perfil Ocupacional da ESF	
Ano:	
Nome da ESF:	
Nº famílias cadastradas:	Nº famílias entrevistadas:
Nº de famílias cadastradas em ESF:	Nº de pessoas em idade ativa:

Nº de micro-áreas:							
<ul style="list-style-type: none"> Consolidado dos dados gerais da família 							
Dados de atividades domiciliares							
	Micro área 1	Micro área 2	Micro área 3	Micro área 4	Micro área 5	Micro área 6	Total
Nº de atividade domiciliar formal							
Nº de atividade domiciliar informal							
Manipulação de produto químico no domicílio							
Manipulação de produto de beleza no domicílio							
Manipulação de alimentos no domicílio							
Plantações no terreno do domicílio para consumo próprio							
Plantações no terreno do domicílio para comercialização							
Total							
Lista das principais atividades domiciliares –por micro-área							
Nome da micro-área				Lista das 10 principais atividades domiciliares- listar quantidade e nome da atividade domiciliar em ordem decrescente			
Micro área 1							
Micro área 2							
Micro área 3							
Micro área 4							
Micro área 5							
Micro área 6							
Consolidado da ESF							
<ul style="list-style-type: none"> Consolidado dos dados individuais dos trabalhadores-por micro-área 							
Nome da micro-área				Lista das 20 principais ocupações do território- Listar quantidade e nome da ocupação em ordem decrescente			
Micro área 1							
Micro área 2							
Micro área 3							
Micro área 4							
Micro área 5							
Micro área 6							
Consolidado da ESF							