

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

FLÁVIA APARECIDA FREIRE DE ALMEIDA

**TRABALHO DOMICILIAR INFORMAL: Desafio para vigilância em Saúde do
Trabalhador de Araxá-MG**

UBERLÂNDIA - MG

2021

FLÁVIA APARECIDA FREIRE DE ALMEIDA

**TRABALHO DOMICILIAR INFORMAL: Desafio para vigilância em Saúde do
Trabalhador de Araxá-MG**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a conclusão do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Universidade Federal de Uberlândia, para obtenção do título de Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva.

UBERLÂNDIA - MG

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

A447 Almeida, Flavia Aparecida Freire de, 1974-
2021 TRABALHO DOMICILIAR INFORMAL: Desafio para vigilância
em Saúde do Trabalhador de Araxá-MG [recurso
eletrônico] / Flavia Aparecida Freire de Almeida. -
2021.

Orientadora: Vivianne Peixoto da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.710>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Silva, Vivianne Peixoto da,
1978-, (Orient.). II. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, PPGAT				
Data:	27/10/2021	Hora de início:	14:00h	Hora de encerramento:	17:00h
Matrícula do Discente:	11812GST026				
Nome do Discente:	Flávia Aparecida Freire de Almeida				
Título do Trabalho:	Trabalho domiciliar informal: Desafio para vigilância em Saúde do Trabalhador de Araxá-MG				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Meet, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores Doutores: Prof. Dr. William Rodrigues Ferreira, Instituição: UFU ; Prof. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh, Instituto de Ciências da Saúde: UFTM, membro externo; Prof. Dra. Vivianne Peixoto da Silva, Instituição: UFU ; orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Prof. Dra. Vivianne Peixoto da Silva, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(as) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado (a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **ISABEL APARECIDA PORCATTI DE WALSH**, Usuário **Externo**, em 25/11/2021, às 17:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vivianne Peixoto da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 08/12/2021, às 09:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **William Rodrigues Ferreira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 08/12/2021, às 11:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3198327** e o código CRC **74AF9CA3**.

Dedico este trabalho, aos amores da minha vida:
meus filhos queridos, Matheus e Sophia, motivo da minha alegria;
Wellington Lellis, meu companheiro e cúmplice em todos os momentos
e aos meus pais, Marcos e Mary, exemplos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me proporcionado a oportunidade de realizar o curso de mestrado, na minha área de atuação em Saúde do Trabalhador e por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. Obrigada senhor por me guiar e sempre interceder por mim! Aos meus Pais pelo amor, incentivo e apoio incondicional, meu eterno agradecimento por tudo. Aos meus filhos pela compreensão ao serem privados em muitos momentos da minha atenção e companhia e ao meu esposo que sempre me incentivou a cada momento e não permitiu que eu desistisse.

Aos professores que através dos seus ensinamentos abriram meu olhar e interesse para a busca do aprendizado e conhecimento.

Aos meus colegas, pela troca de experiência, pela prazerosa convivência em sala de aula e pelas amizades construídas ao longo do mestrado.

A todos que participaram da pesquisa, pela colaboração e disposição no processo de obtenção dos dados.

Minha gratidão especial aos meus queridos orientadores; Prof. Dr. William pela paciência e gentileza na condução das suas orientações e a Profa. Dra. Vivianne que me acolheu com carinho, no meio do caminho, com dedicação e muito conhecimento no campo da Saúde do Trabalhador, contribuindo com o direcionamento e a finalização da minha pesquisa.

“A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias (...), 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. Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. ”

RESUMO

A Saúde do Trabalhador visa compreender as relações entre o trabalho e as condições de saúde e doença dos trabalhadores, diante da necessidade de conhecer os trabalhadores domiciliares informais e suas principais atividades, para o desenvolvimento de ações na área da Vigilância em Saúde do Trabalhador e considerando a existência de diversos riscos presentes nos locais de trabalho e a dinâmica do processo produtivo, realizou-se um levantamento por amostragem das atividades domiciliares informais existentes na área de cobertura do Programa Estratégia de Saúde da Família – ESF no município de Araxá – MG. Realizou-se uma entrevista semiestruturada com os trabalhadores domiciliares cujo conteúdo visou conhecer o perfil do trabalhador e sua atividade de trabalho domiciliar. Verificou-se as principais atividades desenvolvidas no âmbito domiciliar, as principais queixas de adoecimento e as dificuldades enfrentadas pelo processo de trabalho com reconhecimento dos riscos e adoecimentos a que os trabalhadores domiciliares estão expostos e o completo desamparo de direitos trabalhistas e previdenciários decorrentes do trabalho informal. Considerando os problemas detectados nos locais de trabalho domiciliar visitados, os riscos e a realidade que os trabalhadores estão inseridos nos processos de trabalho, está pesquisa, propiciará na priorização das necessidades, para planejar e direcionar as ações de ST e a programação de ações de intervenção em conjunto com a rede de atenção à saúde no município de Araxá-MG.

Palavras chaves: Saúde do Trabalhador, trabalho domiciliar informal, vigilância em saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Occupational Health aims to understand the relationship between work and the health and illness conditions of workers, given the need to know informal homeworkers and their main activities for the development of actions in TS and considering the existence of various risks present in workplaces and the dynamics of the production process, a survey was carried out by sampling the informal household activities existing in the coverage area of the Family Health Strategy Program – ESF in the municipality of Araxá – MG. A semi-structured interview was carried out with home-based workers whose content aimed to know the worker's profile and their home-based work activity. The main activities developed in the home environment, the main complaints of illness and the difficulties faced by the work process were verified, with recognition of the risks and illnesses to which home-based workers are exposed and the complete lack of labor and social security rights arising from informal work. Considering the problems detected in the visited home workplaces, the risks and the reality that workers are inserted in the work processes, it will enable the prioritization of needs, to plan and direct ST actions and program intervention actions together with the network of health care in the city of Araxá-MG.

Key words: Worker's Health, Informal Home Work, Worker's Health Surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES: QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

Quadro 1 - Eixos das ações de ST no SUS	29
Quadro 2 - Princípios da VISAT, segundo Normando (2011)	34
Quadro 3 -Metodologia em VISAT-	36
Quadro 4 - Instituições de apoio à saúde da população de Araxá MG	38
Figura 1 -Mapa da microrregião do CEREST Regional Araxá	39
Quadro 5 - Composição da equipe do CEREST Regional Araxá, por categoria profissional, vínculo empregatício e carga-horária diária de trabalho	40
Figura 2 - Fluxograma de atendimento no CEREST	41
Gráfico 1 - Trabalhadores atendidos no CEREST/Araxá, conforme vínculo empregatício	43
Gráfico 2 - Número de notificações de doenças e acidentes do trabalho conforme vínculo empregatício, realizadas no município de Araxá em 2019	44
Quadro 6 - Participação dos setores no valor adicionado – Araxá – 2016	48
Quadro 7 - Percentual dos ocupados por setor de atividade – Araxá-MG (2010/2017)	48
Quadro 8 - Número de trabalhadores entrevistados por ocupação e sexo	52
Gráfico 3 - Número de trabalhadores conforme faixa etária/idade	55
Gráfico 4 - Número de trabalhadores conforme grau de instrução/Escolaridade	56
Gráfico 5 - Número de trabalhadores conforme distribuição de renda	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AMB	Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ATG	Acidente de Trabalho Grave
CAM	Centro de Atenção à Mulher
CAC	Centro de Atenção à Criança
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde no Trabalho
CTA	Centro de Testagem Rápida
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FADA	Fundação de Assistência ao Deficiente de Araxá
FAMA	Fundação de Assistência à Mulher de Araxá
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LTC	Lesões por Traumas Cumulativos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIIB	Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
ST	Saúde do Trabalhador
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de informação de Agravos de Notificação
SST	Saúde e Segurança no Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA.....	12
1.1 Problemática	16
2 OBJETIVO DA PESQUISA	18
3 METODOLOGIA.....	19
3.1 Cenário do estudo	19
3.2 Caminho metodológico.....	20
3.3 Análise dos dados	23
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	23
3.5 Riscos e Benefícios da pesquisa	23
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
4.1 Trabalho informal	25
4.2 compreendendo o trabalho domiciliar	26
4.3 ST e a organização das ações de saúde do SUS	28
4.4 Princípios, estratégias e objetivos da VISAT	31
4.5 Caracterização dos dispositivos de saúde de Araxá – MG.....	37
4.5.1 CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.....	39
4.5.2 Sistema de informação da VISAT em Araxá	43
4.5.3 Atenção Básica.....	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Contextualização do mercado de trabalho e empregabilidade no município de Araxá.....	47
5.2 Perfil do trabalhador domiciliar informal nas áreas de abrangência das ESF Centro e ESF Vila Estância, em Araxá- MG	49
6 Desafios da vigilância em saúde do trabalhador diante do trabalho domiciliar informal	58
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
8 REFERÊNCIAS	63
9 ANEXOS	68
9.1 Anexo 1	68
9.2 Anexo 2	74
APÊNDICE I	75
APÊNDICE II.....	76
APÊNDICE III	78

1 INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA

As atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à atenção à Saúde do Trabalhador (ST) estão definidas no artigo 6º, da Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8.080/90, como o conjunto de atividades direcionadas a ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, incluindo a recuperação e reabilitação da saúde daqueles que exercem suas atividades, submetidos a riscos e agravos oriundos das condições e da organização do trabalho. A LOS compreende o trabalhador como “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”. A ST no SUS se desdobra em ações que, na prática, contam com a participação dos estados e municípios (BRASIL, 2004, p. 4).

Nas últimas décadas, aconteceram vários avanços nas políticas públicas de atenção integral à ST. No entanto, dentro do SUS, à ST emerge como um desafio a mais no sentido de se prover os meios necessários para atender com primazia as determinações da Constituição de 1988. No artigo 200, da Constituição Federal de 1988 (CF) ficou estabelecida ao SUS, entre outras atribuições, a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, como também ações voltadas à saúde e segurança do trabalhador e à colaboração na proteção do meio ambiente, incluindo o local do trabalho (BRASIL, 2005).

Em 2002, com o objetivo de disseminar ações de ST, articuladas às demais redes do SUS, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria n. 1.679/2002 criando a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Em 2005, na definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), a RENAST se tornou uma organização estratégica da ST no SUS por ser de responsabilidade da área técnica do Ministério da Saúde. Com isso, assumiu papel fundamental no fortalecimento da ST através da inserção e consolidação das ações de saúde numa nova cultura de atenção integral, as quais são desenvolvidas, de forma articulada, entre o Ministério da Saúde (MS) e as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Constitui uma complexa rede de ações que inclui desde a elaboração de protocolos, linhas de cuidado e instrumentos, que asseguram a integralidade das ações, até ações da atenção básica, de média e alta complexidade, serviços e municípios de sentinelas (BRASIL, 2005).

A estruturação atual da rede se encontra estabelecida na Portaria n. 2.728/2009, devendo estar integrada à rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Os CEREST, em qualquer esfera governamental, desempenham papel indireto importante na organização e estruturação da assistência da rede básica, de média

e alta complexidade, relacionada com os problemas e agravos à ST. A criação de uma rede de centros de referências foi a estratégia adotada para a construção de uma efetiva política pública voltada à ST, por meio da organização de ações e serviços voltados para a atenção da saúde dos trabalhadores, visando a incorporação deles na rede de serviços de saúde pública (BRASIL, 2005).

Os CEREST devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação de trabalho/processo - saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do Sistema, de forma integral e hierarquizada (BRASIL, 2005)

O trabalho dos CEREST, na rede de serviços de saúde, contribuiu para a construção de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores no SUS, como expressão da luta organizada dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho e da ação de tutela da saúde dos cidadãos pelo Estado. Essa atenção diferenciada se dá na prestação de serviços à ST no lugar e tempo certos, com qualidade e responsabilidade sanitária e econômica a uma população restrita (DIAS; ROEFEL, 2005).

A compreensão do processo saúde/doença dos trabalhadores, que norteia a RENAST, está baseada no enfoque das relações trabalho/saúde/doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas, desenvolvido pela epidemiologia social. A RENAST 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 CEREST. Nessa integração e articulação, os CEREST deixam de ser porta de entrada do SUS, assumindo o papel de suporte técnico e científico e de núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho e da produção social das doenças. Além disso, são os *locus* privilegiados de articulação e pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência, que pode ser a capital, áreas metropolitanas, municípios pólos de assistência das regiões e microrregiões de saúde (DIAS; ROEFEL, 2005).

A RENAST, cuja finalidade era a de estruturar uma rede, como preconiza o próprio nome, articulando ações de ST, no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços existentes no país e buscando destacar essa área dentro da estrutura do SUS, foi revisada por novas normativas, incluindo nelas a de mudança na sua estruturação. Entre mudanças normativas, em 2005, portanto, a RENAST foi revisada e ampliada, através da Portaria/GM/MS

nº 2.437/2005 e no ano de 2009, novamente veio sofrer alterações devido à necessidade de adequação ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS, com a Portaria nº 2.728/2009 (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), publicada pelo Decreto Presidencial nº. 7.602/2011, representa um marco histórico na abordagem das relações trabalho/saúde e doença no Brasil. Pela primeira vez, um documento oficial explicita as responsabilidades e ações a serem desenvolvidas pelos organismos de governo responsáveis pela proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores. Busca-se, dessa forma, superar a fragmentação e a superposição das ações desenvolvidas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente por meio da articulação das ações governamentais, com participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores (DIAS; SILVA, 2013).

Em agosto de 2012, foi implantada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) com a finalidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS- federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à ST, com ênfase na vigilância, visando a promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Devido se tratar de uma ferramenta que observa e analisa permanentemente a situação de saúde da população, a Vigilância em Saúde (VS) se posiciona como fundamental para o sucesso do SUS nas ações de controle das determinantes, riscos e danos à saúde dos brasileiros. Ao trazer uma visão integral do processo saúde e doença, a VS amplia a concepção de saúde e sua inserção nas redes de atenção, com efetiva integração com a atenção primária e possibilita a mudança da lógica do modelo de atenção curativo (com ênfase na doença) para o modelo de atenção integral à saúde. No sistema a VS se distribui em epidemiológica, ambiental, sanitária e em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) se refere a um conjunto de ações de vigilância epidemiológica e sanitária em prol da promoção e proteção da saúde da população trabalhadora. A VISAT é parte integrante da Vigilância em Saúde e tem como atribuição promover a saúde dos trabalhadores através da redução dos acidentes e adoecimentos da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. O campo de atuação traz como característica o conhecimento do processo de trabalho, da forma que é executado individualmente e com particularidades pelo trabalhador, para poder estabelecer a

relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, realizada com a participação e o saber dos trabalhadores em todas as suas etapas (BRASIL, 2012).

Quanto aos processos de identificação das situações de risco nos ambientes de trabalho e das repercussões na ST, bem como a formulação, o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das intervenções sobre as condições geradoras de riscos e agravos relacionados ao trabalho, é extremamente importante o conhecimento e a participação do trabalhador. O trabalhador ajuda nos processos de identificação das situações de riscos presentes no local de trabalho e das repercussões sobre a saúde dele, podendo participar dos conselhos de saúde, conselhos de gestão participativa, comissões de prevenção e segurança no trabalho, etc. (BRASIL, 2012).

A identificação dos riscos se dá a partir do levantamento detalhado e prévio de informações acerca dos processos dos ambientes de trabalho, a observação direta no próprio ambiente de trabalho, bem como o diálogo com os trabalhadores. Ademais, possibilita estabelecer a relação entre trabalho, saúde e doença do trabalhador, a recomendação e a execução de medidas de promoção e proteção, incluindo a prevenção de agravos e a assistência, mediante o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2012).

Assim, a VISAT configura um campo de ações voltadas para a promoção da saúde e parte do conhecimento das condições de trabalho e saúde integrados à noção de território, para identificação de necessidades de intervenção, num conjunto de ações contínuas, sistemáticas e interventivas nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Nesse campo, articula conhecimentos interdisciplinares e o saber do trabalhador, sistematizado através do registro sobre o processo ou a organização do trabalho/atividade e a percepção de adoecimento, de riscos e de vulnerabilidades. Caracteriza-se pela intersetorialidade e a forma participativa, pois é coordenada pelas instâncias de gestão do SUS e articulada pela RENAST (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o trabalho domiciliar informal constitui um desafio para a ST, pois tanto ele quanto seus familiares estão expostos a fatores e situações de riscos e agravos à saúde, decorrentes do ambiente e processo de trabalho sem condições adequadas de proteção e prevenção, além da falta do amparo previdenciário (BRASIL, 2012).

No Brasil, o trabalho no domicílio insere-se de forma representativa na sociedade, no início do século XX, tempo em que as grandes metrópoles viviam um inusitado crescimento demográfico. O começo da industrialização trouxe grande parcela da população rural para os centros urbanos, buscando melhores condições de vida. Diante disso e da falta de empregos

formais, o trabalho informal e o domiciliar cresceram como forma de garantir a subsistência, porém afastado das garantias de saúde e segurança no trabalho (VIEIRA, 2009).

Historicamente, o trabalho domiciliar aparece associado a modos degradados de produção nos espaços produtivos de “fundo de quintal”. Devido à falta de acesso à tecnologia e à equidade competitiva, pelo próprio caráter informal que essas situações produtivas propunham, era vista igualmente a dificuldade de acesso às condições de saúde e segurança dos coletivos de trabalho. Além de impactar diretamente na saúde da comunidade doméstica, deixava ainda perversas consequências sociais.

Assim, o trabalho desenvolvido no domicílio, sem vínculo empregatício e à margem da legislação de Saúde e Segurança no Trabalho (SST), vigentes no país, encontra dificuldades para a construção de redes de solidariedade e de suporte social (VIEIRA, 2009).

Considerando a importância do desenvolvimento e da ampliação das ações na área de VISAT junto ao SUS, viu-se a necessidade de conhecer, analisar e compreender a diversidade de situações envolvidas na dinâmica do trabalho domiciliar informal no município de Araxá-MG, sobretudo, podendo servir de subsídios junto ao CEREST Regional de Araxá para o desenvolvimento de ações interventivas nos locais e processos de trabalho, através da VISAT, juntamente com a atenção básica/ Estratégia Saúde da Família.

1.1 Problemática

A vigilância dos locais e processos de trabalho visa a prevenção e a redução dos riscos a que estão expostos os trabalhadores, sejam formais ou informais, em decorrência de uma atividade, um local inadequado ou um processo de trabalho. São medidas preventivas e/ou corretivas, englobando desde a investigação das formas de adoecimento do trabalhador até a solicitação de adequação para a prevenção e proteção de acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

Por entender o trabalho e suas condições como um dos determinantes da saúde, sabe-se que a nova forma de organização e gestão do mundo do trabalho gera consequências das mais diversas proporções para a saúde dos trabalhadores. Esta realidade produz indagações e interesse em analisar a relação trabalho/saúde no âmbito do trabalho em domicílio.

Levando em conta a diversidade das atividades produtivas desenvolvidas nos ambientes domiciliares informais, os consequentes riscos e perigos para a saúde desses trabalhadores desprotegidos, em muitos casos, da legalidade e de ações de saúde no trabalho. Porém é responsabilidade do SUS cuidar da saúde de todo trabalhador, incluindo o domiciliar

e esse cuidado tem exigido a superação de vários desafios da VISAT e da RENAST através dos CEREST espalhados pelo país.

Diante do exposto, faz-se necessário, conhecer e compreender a diversidade de situações envolvidas na dinâmica do trabalho domiciliar informal no município de Araxá-MG, para subsidiar juntamente ao CEREST Regional Araxá-MG, o desenvolvimento de ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, com estabelecimento de prioridades, visando intervenções de impacto, sejam educativas e/ou disciplinadoras, objetivando contribuir com a promoção e a prevenção na saúde dos trabalhadores.

2 OBJETIVO DA PESQUISA

Identificar as atividades domiciliares informais ligadas à economia do município de Araxá-MG, bem como traçar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores, com vistas a subsidiar o desenvolvimento de ações de VISAT.

3 METODOLOGIA

A metodologia adotada nesta pesquisa fundamentou-se no pressuposto da pesquisa quali-quantitativa de cunho exploratório por amostragem.

3.1 Cenário do estudo

Araxá é um município brasileiro localizado no Alto Paranaíba, no Estado de Minas Gerais. A palavra “Araxá”, de origem tupi-guarani (“ara” e “cha”), significa lugar elevado, planalto. Originariamente, “Arachás” denominava os indígenas primeiros habitantes da região (IPDSA, 2013).

A cidade é considerada o pólo da Microrregião do Planalto de Araxá e do Alto Paranaíba. O município, na sua formação geológica, apresenta consideráveis riquezas minerais: as águas sulfurosas e radioativas, apatita e o nióbio resultante do aproveitamento do mineral denominado pirocloro. Além das atividades minerárias, têm-se verificado um constante crescimento das atividades ligadas à indústria, comércio, serviços e ao setor rural. A cidade de Araxá é um local privilegiado pela natureza, com suas famosas águas termais. A água radioativa sendo utilizada como água mineral e a água sulfurosa para fins terapêuticos e medicinais (IPDSA, 2013).

O minério da apatita através de avançada tecnologia de beneficiamento da Mosaic é transformado em fertilizantes que abastecem grande parte da agricultura brasileira. A cidade possui também a maior reserva de nióbio conhecida do mundo, cuja extração e metalurgia são realizadas pela Cia Brasileira de Metalurgia e Mineração – CBMM. O nióbio resulta do aproveitamento do mineral denominado pirocloro, de onde são obtidos produtos industrializados, dentre eles, destaca-se o ferro-nióbio, empregado na produção de alguns tipos de aço especiais, principalmente microligados e inoxidáveis. O nióbio de Araxá está presente na indústria de ponta de todo o mundo (IPDSA, 2013).

A indústria de processamento de alimentos já é significativa, envolvendo laticínios e doces, e tende a crescer com o aumento relevante que a produção de frutas, batatas e outros legumes vem apresentando. O comércio de Araxá é bastante dinâmico, estando em pleno processo de desenvolvimento. Os araxaenses têm à sua disposição um setor comercial bem diversificado que atende não somente à população local, mas também aos residentes das cidades próximas (IPDSA, 2013).

O Setor de Serviços que é bem desenvolvido e diversificado com muitas unidades nas mais variadas áreas de atuação. Apresenta um dos maiores crescimentos econômicos, sendo também o maior gerador de emprego e renda. No setor rural as atividades relacionadas à agricultura e a criação de rebanhos se desenvolvem com uma tecnologia considerada regular (IPDSA, 2013).

A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 29.7% em 2018, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os setores econômicos de Araxá pelo número de pessoas envolvidas correspondem a: 9.848 no setor agropecuário, extração vegetal, mineral e pesca, 11.923 no setor industrial, 9.379 no setor comércio de mercadorias e 25.345 no setor serviços. A cidade está entre as dez principais da região quando o assunto é Produto Interno Bruto (PIB), segundo a Federação do Comércio de Minas (Fecomércio) (IBGE, 2020).

Segundo estimativa do IBGE, no ano de 2010 Araxá possuía cerca de 93.672 habitantes e no ano de 2020, o município apresenta uma população estimada de 107.337 pessoas. A população total do município de Araxá cresceu a uma taxa média anual de 1,398% entre os anos de 2010 e 2017(FJP/IMRS,2020).

3.2 Caminho metodológico

Considerando as atividades domiciliares informais como um desafio para a VISAT, como foco principal da pesquisa, foi realizado o levantamento destas na área de cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Araxá/MG.

A pesquisa de campo iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), sob parecer número 3.763.225 (ANEXO I).

O projeto também contou com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Araxá (ANEXO II) para a realização e desenvolvimento da pesquisa no município.

Inicialmente foi realizado um encontro com a Enfermeira responsável pela referência técnica da atenção primária, responsável pela coordenação geral das ESF do município, para repasse e devidos esclarecimentos e objetivos do referido trabalho de pesquisa. Após esse encontro, foi realizado um momento de conversa com o coordenador / gerente de cada ESF, juntamente com a equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para obter informações sobre as características da região, relativas ao território e sobre a existência de atividade/trabalho domiciliar em cada microárea.

Após conhecimento das microáreas de ESF, foram escolhidas as duas microáreas que possuíam o maior número de atividades produtivas domiciliares e maior variedade de atividade econômica, em áreas geográfica e economicamente distintas - ESF Centro, localizada na região central da cidade composta por zona comercial e residencial e a ESF Vila Estância localizada na região leste do município caracterizada por zona residencial.

A ESF Centro está subdividida em oito microáreas distribuídas nas regiões dos 15 (quinze) bairros de abrangência. Possui uma equipe formada pela Enfermeira, Médica, Técnica de Enfermagem, Nutricionista, Dentista, oito Agentes Comunitárias de Saúde, Repcionista e Auxiliar de Serviços. Possui atualmente 6.022 cadastros individuais e 3.697 cadastros domiciliares, distribuídos em oito microrregiões, conforme dados do IMAB 2020. Dentre as condições crônicas de saúde mais frequentes e as necessidades de saúde da população de abrangência da ESF Centro, destacam-se os hipertensos (1178 cadastrados), saúde mental (871 usuários cadastrados) e diabéticos (331 cadastrados). Dos aspectos sociais relevantes, não há área de invasão na região e possuem 27 famílias cadastradas no bolsa família.

A ESF Vila Estância está subdividida em sete microáreas com sete bairros de abrangência. Possui uma equipe formada por Enfermeira, Médica, Técnica de Enfermagem, Nutricionista, sete Agentes Comunitárias de Saúde, Repcionista e Auxiliar de Serviços. A ESF Vila Estância possui atualmente 4.941 cadastros individuais e 1.607 domiciliares, distribuídos em seis microrregiões, segundo o IMAB (2020). Dentre as condições crônicas de saúde mais frequentes e as necessidades de saúde da população de abrangência da Estratégia Saúde da Família Centro, destacam-se os hipertensos (948 cadastrados), saúde mental (613 usuários cadastrados) e diabéticos (283 cadastrados). Dos aspectos sociais relevantes, não há área de invasão na região e possuem 75 famílias cadastradas no bolsa família.

Realizou-se uma conversa em grupo com todas as ACS da ESF Centro e, posteriormente, com as ACS da ESF Vila Estância. Na oportunidade, foi apresentada a proposta de pesquisa e o modelo da entrevista semiestruturada e após levantamento de dados sobre o número de trabalhadores domiciliares na região de cada ACS, foi selecionada uma microárea por unidade de ESF para a realização da pesquisa *in loco*. A escolha se deu pela microárea que possuía um maior número de trabalhadores em atividades laborais desenvolvidas no ambiente domiciliar, conforme descrição das ACS.

A forma de abordagem com os trabalhadores se deu através de uma carta convite, elaborada especificamente para a pesquisa (APÊNDICE I), que foi entregue pelo ACS responsável pela microárea, em todos os domicílios com existência de trabalho domiciliar. Na carta foi abordada a proposta da pesquisa, os objetivos e, fornecido contato de e-mail e telefone

com *WhatsApp*, para que os interessados em participar da mesma, entrassem em contato com a equipe.

Foram entregues 80 (oitenta) cartas convite pelas ACS. Após 45 dias de entrega, nenhum trabalhador entrou em contato manifestando interesse em participar da pesquisa. Após esse prazo, a pesquisadora optou por visitar cada domicílio onde foi entregue a carta convite. Nesse primeiro contato foi feita a abordagem com os trabalhadores, explicando os objetivos da pesquisa e seu caráter acadêmico.

Alguns trabalhadores, tanto da ESF Centro, como da ESF Vila Estância, não se sentiram confortáveis em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II), e em participar da entrevista, após a abordagem e esclarecimento, optando por não participar da mesma. Outros não se dispuseram a parar a atividade que estavam desempenhando para ouvir e conhecer o conteúdo, logo no início da abordagem, já manifestaram o não interesse e descartaram a participação.

Outra dificuldade na coleta dos dados que interferiu na quantidade de trabalhadores entrevistados na pesquisa foi a dificuldade em encontrar o trabalhador no domicílio no momento da visita. Isso se deve a flexibilidade de horário dada pelo trabalho domiciliar de poder controlar e adequar o horário de trabalho com outras atividades e afazeres.

Para os que aceitaram participar seguia-se para assinatura do TCLE e, na sequência, a realização da coleta das informações.

Foram entrevistados 46 (quarenta e seis) trabalhadores que, no momento da entrevista, exerciam algum tipo de atividade domiciliar informal, sendo 29 entrevistados na microárea da ESF centro e 17 entrevistados na microárea da ESF Vila Estância.

As entrevistas semiestruturadas contaram com um roteiro (APÊNDICE III), cujo conteúdo visou conhecer o perfil do trabalhador e sua atividade de trabalho domiciliar. Foi realizada coleta de informações de cunho socioeconômico e ocupacional, que envolveu: sexo, idade, escolaridade, ocupação, vínculo empregatício, renda, segurança social, acidentes, doenças acometidas e tempo de trabalho na mesma ocupação. No momento da entrevista, quando possível, foram verificadas as condições dos ambientes e processos de trabalho domiciliar, dos fatores e das situações de risco, juntamente com descrição participativa dos trabalhadores domiciliares, sobre os pontos de vista e a percepção dos trabalhadores em relação ao trabalho desenvolvido por eles. Todos os trabalhadores entrevistados assinaram o TCLE.

Vale ressaltar que todos os relatos, depoimentos e informações foram gravados em formato de MP3 e arquivados na nuvem (*Google drive*). O tempo de cada entrevista teve duração variável de 30 a 40 minutos e todo o material utilizado para transcrever as entrevistas

está em poder da pesquisadora por um período de cinco anos, conforme solicitação do CEP e, ao término do prazo estipulado todo o material será destruído.

3.3 Análise dos dados

As informações obtidas a partir das entrevistas foram tabuladas no software Microsoft Excel, consolidadas e analisadas a partir das categorias profissionais previamente estabelecidas quanto atividade econômica.

Já a interpretação e análise dos dados obtidos por meio das observações dos locais, processos e condições em que o trabalho era realizado e dos riscos ocupacionais presentes nos ambientes de trabalho domiciliar foram realizadas de forma descritiva e comparativa, no sentido de estabelecer relação entre as condições laborais existentes e o possível impacto na saúde dos trabalhadores domiciliares informais.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram utilizados como critérios de inclusão os participantes trabalhadores que desenvolvem atividades produtivas no âmbito do domicílio, tanto na parte interna como na parte externa do domicílio, que não possuíam vínculo empregatício com carteira de trabalho assinada na atividade domiciliar, no regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e que apresentasse idade mínima de 18 anos.

Os critérios de exclusão, empregados na seletiva dos participantes, envolveram a realização de trabalho domiciliar sem fins lucrativos.

3.5 Riscos e Benefícios da pesquisa

O presente trabalho apresentou riscos mínimos aos participantes, como constrangimento ao responder as perguntas da entrevista; constrangimento ao falar sobre o local e o processo de trabalho e os possíveis acidentes ou adoecimentos. O sigilo das informações e do material coletado, bem como a identidade dos participantes, receberam cuidados especiais, de modo que fosse resguardado o sigilo. Em respeito ao sigilo do trabalhador participante, foram usadas as iniciais dos nomes das pessoas.

A pesquisadora manteve a abordagem de cada questão de maneira reservada e individual, e o sigilo nas etapas da pesquisa. Ademais, foi dada a devida atenção aos sinais verbais e não verbais de desconforto, assegurada a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações sob qualquer forma de prejuízo aos participantes.

Os participantes da pesquisa foram beneficiados, a partir dos esclarecimentos da pesquisadora sobre a pesquisa, com o entendimento sobre os riscos ocupacionais, orientações e reflexões sobre segurança no ambiente e no processo de trabalho, para reconhecerem situações de risco de acidentes e doenças ocupacionais e promoverem medidas de promoção e prevenção. O levantamento dos dados pode beneficiar a VISAT, respaldando futuras sugestões de ações de promoção e prevenção da saúde e segurança dos trabalhadores.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Faz-se necessário (re) visitar algumas definições e ações que envolvem o campo ST para a melhor compreensão do tema central da pesquisa. Assim, neste tópico serão abordados na sequência: Compreendendo o trabalho domiciliar; ST e a organização das ações de saúde do SUS e, Princípios, estratégias e objetivos da VISAT.

4.1 Trabalho informal

Historicamente, o trabalho constitui-se num importante ou o principal determinante da formação das sociedades, sendo o meio através do qual o homem constrói o seu ambiente e a si mesmo, de acordo com as reais condições que dispõe, pois o trabalho é a base de toda sociedade, seja ela qual for, estabelecendo as formas de relação entre os indivíduos e classes sociais, criando relações de poder e propriedade e determinando assim o ritmo do cotidiano do trabalhador e da própria sociedade (OLIVEIRA, 2007).

O trabalho é um dos determinantes da saúde e do bem-estar do trabalhador e da família. Além de gerar renda, que viabiliza as condições materiais de vida, tem uma dimensão humanizadora e permite a inclusão social de quem trabalha, favorecendo a formação de redes sociais de apoio importantes para a saúde. Assim, o trabalho pode ter um efeito protetor e promotor de saúde, mas, por outro lado, pode causar mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte do trabalhador, aprofundar iniquidades e a vulnerabilidade das pessoas e das comunidades e produzir a degradação do ambiente (BRASIL, 2018).

No Brasil, o emprego foi acomodado historicamente no trabalho informal. Contudo, a partir de 1980, imprimiu-se uma nova dinâmica institucional à economia e ao mercado de trabalho, fazendo com que o movimento tradicional de informalidade fosse alimentado, em maior ou menor grau, pelo desemprego. Esse longo processo institucional converteu-se em maior precarização do trabalho e em novas dimensões da informalidade. Mesmo os avanços recentes foram insuficientes para sanar sua complexidade, heterogeneidade e fragmentação crescentes, tampouco para alterar substancialmente a estrutura ocupacional, que no país segue caracterizada pelo subemprego e precarização tanto do trabalho quanto da própria existência humana (VARGAS, 2015).

Partindo dessa realidade, onde o desemprego, a pobreza e a precarização do trabalho são mantidas, como em todos os países em desenvolvimento, é importante compreender as relações de trabalho informais ou flexíveis não como uma "bolha" que flutua à margem do mercado, mas como parte integrante desse mercado, que está vinculada ao Estado, ao sistema econômico e ao mercado de trabalho formal no país e fora dele (VIEIRA, 2009).

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) de 1943 traz orientações de um modelo formal das relações empregatícias, não incorporando outras modalidades de organização do mercado de trabalho. Define quem está incluído e quem está excluído de seu alcance. Entre os excluídos estão aqueles que exercem atividades no que se convencionou chamar “setor não formal” ou “setor informal” da economia, onde se enquadra a maioria dos trabalhadores domiciliares (VIEIRA, 2009).

A informalidade é o setor da economia que compreende “todas as unidades econômicas de propriedade de trabalhadores por conta própria e de empregados com até cinco empregados, moradores de áreas urbanas, sejam elas atividade principal de seus proprietários ou atividades secundárias”. Nesse setor, algumas atividades acontecem em ambientes com a falta de limites físicos ou territoriais, grande amplitude, desorganização ou mobilidade dos espaços de trabalho, como, por exemplo, os trabalhadores na rua; e outras já ocorrem em ambientes bem delimitados, muitas vezes no domicílio do próprio trabalhador, geralmente com instalações improvisadas e sem o uso de dispositivos de proteção ambiental coletiva e/ou proteção individual do trabalhador. Além disso, esse setor se caracteriza pela ausência de proteção legal devido à informalização do contrato de trabalho, a desobediência de normas básicas de segurança, a falta de fiscalização, ausência de cobertura do seguro social e acidentes do trabalho (MENDES; CAMPOS, 2021, p. 3).

4.2 compreendendo o trabalho domiciliar

O trabalhador domiciliar que não se encontra cadastrado na Previdência Social, segundo Pinheiro e Miranda (2000), diante da perda da capacidade de trabalho temporária ou permanente em razão da ocorrência de algum acidente ou doença, ou até mesmo de óbito, não tem a garantia da reposição de sua renda. A estabilidade econômica do trabalhador domiciliar é quebrada frente aos acidentes ou doenças que venham a ocorrer os impedindo de exercer suas atividades. A licença à maternidade que é paga às mães durante quatro meses para que permaneçam em casa cuidando dos seus recém-nascidos também não é uma garantia pela previdência a essas mães trabalhadoras no domicílio.

Vargas (2016) observa que, com avanços das tecnologias na área do trabalho, há um aumento do subproletariado uma vez que o mercado passa pela informalização, a terceirização de muitas atividades, casos de trabalhos precarizados, os subcontratados, os flexibilizados e os trabalhadores em tempo parcial. É importante comparar que, no passado recente, somente o trabalhador que se encontrava à margem do mercado de trabalho caía na informalidade. Atualmente, no país, mais de 50% da classe trabalhadora encontra-se nessa condição (concebida

em sentido amplo), sem carteira de assinada e fora da rede de proteção social. O desemprego ampliado, a precarização exacerbada, o rebaixamento salarial acentuado e a perda crescente de direitos são características recorrentes desses brasileiros.

Ao longo dos anos, portanto a classe trabalhadora vem sofrendo mudanças, sem, no entanto, desaparecer, nem perder ontologicamente seu sentido estruturante. No momento atual, diante de uma sociedade com desemprego estrutural, essa classe vem presenciando um processo multiforme, onde além das tendências já descritas anteriormente, podem ser observadas a exclusão crescente dos jovens em idade de trabalho, que, por falta de perspectiva de emprego, aumentam a parcela dos trabalhadores informais, que, na maioria dos casos, são expostos a condições de precariedade e com riscos à saúde e à sua segurança (ANTUNES; ALVES, 2004).

Outra tendência paralela a exclusão de jovens do mercado de trabalho é o trabalhador ativo considerado idoso pela sociedade produtiva e capitalista, geralmente acima de quarenta anos, que também enfrenta uma persistente exclusão desse mercado. Geralmente, esse trabalhador, em função do desemprego e da dificuldade para ingressar novamente no trabalho formal, vem aumentar a lista dos trabalhadores informais (ANTUNES; ALVES, 2004).

No trabalho informal, sem vínculo previdenciário, os trabalhadores ficam privados de direitos trabalhistas garantidos pela legislação vigente, como: renda mensal fixa, fundo de garantia por tempo de serviço, seguro-desemprego, salário família, salário maternidade, Programa de Integração Social e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), auxílio-doença, aposentadoria, acidente de trabalho, férias, décimo terceiro e outros. São benefícios que visam a cidadania para os que estão inseridos formalmente no mercado de trabalho (SOUZA, SILVAL, MANO, 2018).

Atualmente, o trabalho informal domiciliar aparece como a única opção para a sobrevivência de muitas famílias brasileiras, considerando a taxa de desemprego no mercado. Nesse modo de trabalho, não existe a segurança, a proteção à saúde e os direitos previdenciários garantidos ao trabalhador formal. Ademais, o trabalho informal, na maioria das vezes, representa a privação do lazer e do convívio familiar; não respeita os direitos das crianças, expondo-as, em alguns casos, a um ambiente inapropriado; não oferece garantias no caso de doenças ocupacionais; de utilização de equipamento de proteção individual, deixando o trabalhador muitas vezes exposto aos riscos; e de não cumprimento do horário ou de carga de trabalho (VIEIRA, 2009).

Até a década passada, o trabalho no domicílio era uma forma pouco usual e inadequada de emprego nas sociedades desenvolvidas, cuja incidência tenderia a declinar também nas sociedades em vias de desenvolvimento, onde era assimilado a informalidade, a marginalidade

e a exclusão. Esta visão se apoiava na convicção de que havia um elo indissolúvel entre crescimento econômico e ampliação de direitos sociais e trabalhistas nas sociedades democráticas. Porém, o trabalho informal, como já foi dito anteriormente, sofreu mudanças e, atualmente, é meio de sobrevivência para muitos brasileiros (LAVINAS, 2000).

Na concepção de Braz (2011), na atual conjuntura, o desemprego e as formas flexibilizadas das relações trabalho/capital se encaixam como outro fator relevante no crescimento do trabalho informal, mas a falta de capacitação e a qualificação para o trabalho também é apontado como fator, uma vez que, para estar inserido no mercado de trabalho “formal” e tornar-se um trabalhador com “carteira assinada”, exige-se também a qualificação profissional, além de escolaridade etc.

A relação trabalho e saúde, mais especificamente, impacto domiciliar na saúde dos trabalhadores submetidos a esta modalidade pressupõe a análise acerca do processo na sociedade capitalista, com intuito de compreender e apreender como este processo é o cerne determinante do campo ST. O trabalho domiciliar configura-se como uma forma de extração de mais-valia absoluta, já que se faz necessário, para o trabalhador, prolongar sua jornada com o intuito de garantir uma renda compensatória ou mesmo contar com a participação dos membros familiares no processo produtivo. Assim sendo, muitas famílias brasileiras têm essa forma como única fonte de renda, a única quantia com a qual elas podem contar para sobreviver (BRAZ, 2011).

A necessidade de sobrevivência, na maioria das vezes, submete a trabalhos que colocam em risco a própria saúde. As normas e a legislação que dizem respeito à ST nem sempre são respeitadas no trabalho domiciliar. Além do mais, existe a ausência de manutenção preventiva dos equipamentos e maquinários e a falta de treinamento também colocando em risco a saúde e segurança em certas atividades. De modo geral, envolve periculosidade e insalubridade, o que pode resultar em doenças ocupacionais. Nesse tipo de trabalho, existe ainda o agravamento do problema pela chamada domiciliação do risco, onde a família do trabalhador também está sob risco (BRAZ, 2011).

Nesse contexto, faz-se necessário conhecer o entendimento e atuações da ST e do SUS no que diz respeito ao trabalhador e o desempenho de seu labor no domicílio.

4.3 ST e a organização das ações de saúde do SUS

O trabalho é uma atividade que não somente promove a subsistência do trabalhador e/ou grupo familiar, é também fator determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade. A ST está intimamente ligada ao modo de vida e o trabalho das populações, às

formas de produção e consumo e à exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, incluindo o do trabalho. A qualidade de vida e a saúde englobam direito de ambientes de trabalho que garantam a dignidade e a saúde dos trabalhadores. Para garantir esse direito, a ST passou a ser de responsabilidade do Poder Público e sua oferta garantida na lei. O SUS, através da sua rede de assistência à saúde, representa a atuação do Poder com ações de promoção, proteção, reabilitação e vigilância (BRASIL, 2011).

No modo de produção capitalista, a base econômica e material de um país é sustentada pelo trabalho. Por ser tão importante o trabalho, a saúde dos trabalhadores e o campo ST se tornaram pré-requisitos imprescindíveis para a produtividade e o desenvolvimento econômico.

A ST é o campo da Saúde Pública que estuda e intervém nas relações de produção/consumo e o processo saúde/doença do indivíduo, nesse caso, o trabalhador. Neste campo, o trabalho é visto como “eixo organizador da vida social, espaço de dominação e resistência dos (as) trabalhadores (as) e determinante das condições de vida e saúde das pessoas”. As medidas interventivas da Saúde Pública devem ser transformadoras dos processos produtivos de modo que garantam a saúde no trabalho. Com isso, o SUS tem compromisso com a saúde dos trabalhadores em toda a vida laborativa, incluindo períodos de inatividade, desemprego, aposentadoria e velhice (BRASIL, 2018, p. 18).

Nas várias instâncias da rede SUS, a organização das ações de ST está definida de acordo com o processo saúde/doença como construção social, no trabalhador como sujeito de informações e conhecimentos importantes para o planejamento e execução de ações de saúde, na integração das ações de saúde (ações preventivas e curativas) com primazia nas ações de vigilância em saúde, na articulação intra e intersetorial das políticas e práticas de saúde na perspectiva da transversalidade e na garantia da qualidade. Assim, as ações devem abrangcer o processo saúde/doença relacionado ao ambiente e atividades de trabalho, tanto nos aspectos individuais e coletivos quanto nos biológicos e sociopolíticos (LACAZ; SANTOS, 2010).

No âmbito do SUS, as ações de ST estão direcionadas sob três eixos. O quadro 1 traz esses eixos norteadores e características das ações em todas as instâncias do sistema.

Quadro 1 - Eixos das ações de ST no SUS.

EIXOS	CARACTERÍSTICAS
Promoção da saúde	O trabalho promove a saúde e não apenas o sofrimento, adoecimento e morte. As ações de promoção da saúde devem buscar o empoderamento e o fortalecimento da autonomia dos trabalhadores na luta por condições dignas de trabalho. A articulação de políticas e práticas intersetoriais deve ser estimulada, especialmente aquelas com potencial para promover o controle e a intervenção sobre os

	determinantes de saúde, e a participação em processos regulatórios, e na produção conjunta de normas protetivas, entre outras.
Assistência à saúde	O trabalhador é identificado levando em conta sua inserção laboral atual e pregressa, para que se estabeleça a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença, faça o diagnóstico correto e defina o plano terapêutico adequado, incluindo a reabilitação física e psicossocial. Também deve incluir a orientação do trabalhador sobre as medidas de prevenção, direitos trabalhistas e previdenciários, a notificação dos agravos relacionados ao trabalho e, se necessário, o acionamento dos setores da vigilância em saúde.
VISAT	Compõe a Vigilância em Saúde e abrange a Vigilância Epidemiológica dos agravos (acidentes, intoxicações, etc.) e doenças relacionadas ao trabalho e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho. Inclui a produção, a divulgação e a difusão de informações e ações de educação em saúde. É realizada de forma articulada com a rede assistencial e os demais componentes da Vigilância em Saúde: Epidemiológica, Sanitária e em Saúde Ambiental.

Fonte: Elaborada pelas autoras conforme Caderno de Atenção Básica Nº41, 2018.

A integração dos três eixos permite que a ST seja promovida por medidas de prevenção e tratamento das doenças ocupacionais. Com isso, o trabalhador está amparado no decorrer de toda sua vida laboral. Para isso, o SUS conta a estruturação da sua rede de atenção e vigilância em todo o território brasileiro, buscando oferecer suporte ao trabalhador para que se mantenha com qualidade de vida diante do trabalho. A Atenção Básica é o meio empregado para que o trabalhador tenha acesso mais facilmente aos serviços do SUS.

A organização da atenção à saúde da população a partir da Atenção Básica tem sido vista como estratégia importante na redução da iniquidade e na providência de cuidado resolutivo e com qualidade. O processo de trabalho da equipe multidisciplinar que atua na Atenção Básica “permite que se conheça mais sobre as condições de vida e de trabalho da população sob sua responsabilidade, facilitando a definição de políticas e ações de saúde mais adequadas ao perfil de morbimortalidade e o acesso e acompanhamento dos grupos vulneráveis”. As ações de saúde promovidas pela Atenção Básica favorecem relacionar o trabalho e qualidade de vida e a incorporação de medidas de prevenção (BRASIL, 2018, p. 18).

No âmbito da Atenção Básica, as ações coletivas de VISAT são iniciadas com a identificação e registro de cada atividade produtiva dentro de uma determinada área de atuação da rede SUS. Após o conhecimento dessas informações, elaboram-se planos de trabalhos. Ademais, essas ações envolvem ainda a vigilância dos agravos à saúde no trabalho (acidentes e doenças), que acontece a partir da notificação dos casos no Sistema de Informação de Agravos

de Notificação (SINAN) e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho, destacando-se as atividades produtivas desenvolvidas no domicílio e na área externa dele até cem metros, assim denominado, peridomicílio (BRASIL, 2018).

Quanto à segurança e confiabilidade nas informações, o SUS ainda necessita de um sistema de informação no campo da VISAT que garanta essa segurança e confiabilidade. As informações que detém são poucas e as análises são feitas com dados da Previdência Social, através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que, para fins de implementação de políticas de saúde, são imprecisas e não discricionárias em razão do caráter da seguridade. Além disso, há ainda as subnotificações, sobretudo, de patologias associadas ao trabalho que deixam de ser diagnosticadas como tal e de acidentes, morte e invalidez de trabalhadores informais (BAHIA, 2014).

Visto sobre a organização do SUS voltada à ST, é importante que se conheça como a VISAT atua próximo a ele. Assim, é preciso conhecer os princípios, estratégias e objetivos que direcionam o caminho da VISAT diante da relação do trabalhador e o local/condições de trabalho. Nesse propósito, a abordagem a seguir traz detalhadamente a discussão desses aspectos.

4.4 Princípios, estratégias e objetivos da VISAT

A Constituição de 1988 coloca a saúde como um direito universal, isto é, todos têm direito a tratamentos de saúde fornecidos pelo Poder Público, nas três esferas da federação. Em termos práticos, criou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o SUS, que passou a disponibilizar desde procedimentos comuns, como aferição da pressão e consultas, aos mais complexos, como o tratamento do câncer, o transplante de órgãos e outros. Além de oferecer cuidados assistenciais, o SUS trabalha ainda com a atenção integral à saúde do cidadão, cuidando não apenas da recuperação da saúde, mas também na promoção e na proteção da sua saúde. Esse direito deve ser efetivado através de políticas sociais e econômicas (MACHADO, 2021).

Ao determinar a saúde como direito de cidadania e dever do estado, a Constituição de 1988, assegurou a atenção integral à saúde para todos os trabalhadores independentemente do vínculo estabelecido no mercado de trabalho. Anterior à garantia constitucional, somente o trabalhador com registro na carteira de trabalho, isto é, contratado no regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), fazia jus ao direito de assistência médica e de Previdência Social (BRASIL, 2018).

Em 2009, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde com as regras para os brasileiros acessarem o atendimento pelo SUS. Este documento buscou garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso, indicou seis princípios básicos para nortear o cidadão, gestores e trabalhadores ao reconhecimento de direitos e deveres diante o atendimento do SUS, bem como no âmbito privado. Esses princípios possibilitavam ao cidadão do direito de acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, ao tratamento adequado e efetivo para o problema de saúde, ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, o respeito à pessoa, seus valores e seus direitos, a responsabilidade para que seu tratamento ocorra da forma adequada e ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2011).

A VISAT tem seu alicerce na Constituição de 1988, mais especificamente no artigo 200, que define ao SUS a execução, além de outras atribuições, nos termos da lei, de “ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como as de ST”. Mas foi a Lei Orgânica de Saúde/LOS (Lei Federal n. 8.080), de 1990, que incorporou a ST às atribuições do SUS, competindo-lhe, sobretudo, a coordenação da sua política. A LOS estabeleceu diretrizes para a execução das ações direcionadas à ST, que englobavam desde atividades de promoção e proteção até ações voltadas à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores sob riscos e agravos predispostos nas condições laborais. Anterior à lei, a ST era verificada apenas sob o cumprimento da legislação e de instruções normativas no trabalho, desconsiderando aspectos importantes como a promoção e proteção à saúde dos trabalhadores e a intervenção a partir da proposição de mudanças no processo de trabalho (NORMANDO, 2011).

A VISAT compõe o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e abrange a vigilância epidemiológica dos agravos, como acidentes e intoxicações, e doenças ocupacionais e vigilância dos ambientes e processos de trabalho, seja público ou privado, urbano ou rural. Assim, incumbe-se de promover a saúde e a redução da morbimortalidade de trabalhadores através de ações integradas de intervenção nos agravos e seus determinantes, sendo essencial para o modelo de Atenção Integral em ST proposto pelo SUS. Constitui-se de conhecimento e práticas sanitárias, articuladas intra e intersetorialmente. Inclui a produção, a divulgação e a difusão de informações em saúde e ações educativas sobre saúde no trabalho. O foco da VISAT é a relação existente entre os processos e ambientes de trabalho e a saúde dos trabalhadores, incluindo-se a participação do trabalhador em todas as suas etapas (BRASIL, 2011).

Desde a criação, a VISAT teve grandes avanços no sentido de avaliar a situação de saúde dos trabalhadores no país e na formulação de diretrizes para políticas públicas inerentes, com a

participação de gestores públicos, trabalhadores e sociedade civil em prol da defesa da garantia de direito à saúde. As conferências nacionais de ST trouxeram contribuições importantes para isso, entre elas, destaca-se a II Conferência Nacional de ST, em 1994, com o tema “Construindo uma Política de ST”. Esse evento trouxe mudanças na formulação de política pública no momento de agravos das dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores mediante a tentativa de implantação do projeto neoliberal na revisão constitucional, o qual colocava sob risco as conquistas adquiridas na Constituição de 1988, e o sucateamento do Estado, sobretudo, no âmbito da proteção social, onde se inclui a saúde (MACHADO, 2021).

A II Conferência permitiu que a política de ST pudesse ser pensada levando em conta a organização do processo de trabalho no modo de produção vigente e seus efeitos nas condições de vida e trabalho, identificando o quanto as condições de vida têm provocado doenças e mortes de trabalhadores. Estas condições são reflexos das políticas socioeconômicas, as quais acontecem sem a interferência direta do SUS, no entanto, a quantificação e a denúncia das condições inadequadas de trabalho podem contribuir para que governantes e sociedade atuem na busca da solução dos problemas relacionados à saúde dos trabalhadores e o ambiente de trabalho (BRASIL, 2018).

Nas duas últimas décadas, com a implantação do RENAST, o SUS buscou um maior protagonismo na formulação de uma política clara de expansão das ações. Essas ações foram pensadas a partir de um processo de amadurecimento e difusão de políticas, isso devido a “configuração do SUS e de suas relações com o movimento sindical, com instâncias do Ministério da Previdência, do Trabalho e do Meio Ambiente, com setores empresariais, corporações técnicas, aparatos formadores técnico-científicos e agências de regulação envolvidas de forma mais próxima na interação da saúde com o trabalho” (MACHADO, 2021, p. 988).

Na definição das políticas de ST, a RENAST tornou-se uma organização estratégica no SUS, sobretudo, inserindo nova cultura de atenção integral e ações desenvolvidas, de forma articuladas, entre o MS e as secretarias estaduais de saúde, do Distrito Federal e dos municípios. Atualmente, a rede está estruturada junto ao SUS, por meio do CEREST, no propósito de construir uma política pública mais efetiva na incorporação de ações de ST na rede de serviços de saúde pública. Cabe ao CEREST, no âmbito da RENAST, apoiar e facilitar as ações dentro do papel que lhe foi atribuído pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador (MACHADO, 2005).

As ações da VISAT têm caráter proponente de mudanças e regulação dos processos de trabalho, a partir das análises epidemiológicas, tecnológica e social numa ação múltipla e

interinstitucional (BRASIL, 2018). Para isso, seguem princípios norteadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n. 3.120/1998. O quadro 2 resume claramente esses princípios.

Quadro 2 – Princípios da VISAT, segundo Normando (2011)

Universalidade	Todo trabalhador, independentemente de sua localização, de sua forma de inserção no mercado de trabalho e de seu vínculo empregatício, está sujeito às normas da VISAT.
Integralidade das ações	Atenção integral à ST como assistência e recuperação dos agravos, os aspectos preventivos implicando intervenção sobre seus fatores determinantes em nível dos processos de trabalho e a promoção da saúde, que implicam ações articuladas com os próprios trabalhadores e suas representações. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais/curativas se articulam com as ações coletivas no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à ST são absolutamente preveníveis.
Pluri-institucionalidade	Articulação, com formação de redes e sistemas, entre as instâncias de VISAT e os centros de assistência e reabilitação, as universidades e centros de pesquisa e as instituições públicas com responsabilidade no campo ST, consumo e ambiente.
Controle social	Incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da VISAT, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação de recursos.
Princípios da VISAT Hierarquização e descentralização	Consolidação do papel do município e dos distritos sanitários como instância efetiva de desenvolvimento das ações de VISAT, integrando os níveis estadual e nacional do SUS, no espectro da ação, em função de sua complexidade.
Interdisciplinaridade	A abordagem multiprofissional sobre o objeto da VISAT deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber operário, necessários para o desenvolvimento da ação.
Pesquisa-intervenção	A intervenção, no âmbito da VISAT, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.
	A intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, com o entendimento de que a VISAT, sob a lógica do

O caráter transformador	controle social e da transparência das ações, pode ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas. inclusive, superando a própria legislação.
-------------------------	--

Fonte: Elaborada pelas autoras com base na obra de Normando (2011).

Esses princípios se firmaram ao longo do desenvolvimento da VISAT no SUS, isto é, desde a Constituição de 1988 até a criação do RENAST, e são fundamentais para que implemente políticas de ST possa abranger todo o território brasileiro e valorizar aspectos importantes para a preservação da saúde dos trabalhadores mediante suas atividades laborais. Em termos de políticas públicas, esses princípios mostram os caminhos que a Atenção Básica deve seguir para atender às demandas do trabalhador mediante o processo saúde/doença no seu ambiente de trabalho.

As ações da VISAT podem ser aplicadas estrategicamente, embora estados, Distrito Federal e municípios possam adotar estratégias de vigilância que achar mais apropriadas, seguindo alguns pressupostos adotados pelo SUS. Entre esses pressupostos, pontua-se a promoção e/ou aprofundamento na relação institucional dos Programas, Coordenações, Divisões, Gerências, Centros e Núcleos de ST com as estruturas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária, e, com isso, a superação da dicotomia vista na prática; a criação da Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST), com o envolvimento do trabalhador, sindicatos e as instituições responsáveis pela ST e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, assessorando-os na definição de políticas e no estabelecimento de diretrizes e prioridades, bem como acompanhar e avaliar a execução; e o planejamento das ações de VISAT “com o estabelecimento de prioridades, visando intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor”. Além disso, é orientado a adoção de outros critérios, como a base sindical, o ramo produtivo, território e a epidemiologia (NORMANDO, 2011, p. 2).

As estratégias de VISAT devem vir de um bom planejamento de ações com o estabelecimento de prioridades, isso devido a abrangência e as dificuldades operacionais para implementar essas ações em todos os ambientes de trabalho em uma determinada área.

Os objetivos das ações da VISAT se findam no propósito de alcançar o trabalhador e o local de trabalho, buscando assegurar-lhe que não tenha prejuízos à saúde frente as atividades laborais, seja de modo preventivo ou de tratamento. Na prática, podem ser resumidos em

conhecer a realidade de ST; mostrar o histórico dos perfis de morbidade e mortalidade no processo de trabalho; avaliar processo/ambiente/condições de trabalho (riscos, cargas de trabalho, etc.); pesquisar e analisar novas e/ou desconhecidas maneiras de adoecer e morrer em decorrência da atividade laboral; promover, através da fiscalização, a intervenção nos fatores determinantes de agravos em ST (eliminá-los ou atenuá-los), fiscalizando quanto ao cumprimento das normas e legislações inerentes; oferecer subsídios à tomada de decisões dos órgãos de competentes nas três esferas públicas; participar da implementação e da promoção de políticas públicas estabelecer sistemas de informação em ST junto às estruturas já existentes no setor de saúde (NORMANDO, 2011).

A VISAT adota métodos para facilitar o conhecimento das relações de produção/consumo e o processo saúde/doença do indivíduo, nesse caso, do trabalhador (BRASIL, 2018). O quadro 3 exposto abaixo mostra detalhadamente a metodologia em VISAT.

Quadro 3 - Metodologia em VISAT.

Fase preparatória	A equipe busca conhecer, com o maior aprofundamento possível, o (s) processo (s), o ambiente e as condições de trabalho do local onde será realizada a ação. A preparação deve ser efetuada por meio de análise conjunta com os trabalhadores da(s) empresa(s).
Intervenção (inspeção/fiscalização sanitária)	Realizada em conjunto com os representantes dos trabalhadores, de outras instituições, como, por exemplo, o Ministério Público, e sob a responsabilidade administrativa da equipe da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde. Deverá considerar, na inspeção sanitária em ST, a observância das normas e legislações que regulamentam a relação entre o trabalho e a saúde de qualquer origem. Os instrumentos administrativos de registro da ação, de exigências e outras medidas são os mesmos utilizados pelas áreas de Vigilância/ Fiscalização Sanitária, tais como os Termos de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração etc.
Análise dos processos	Uma forma importante de considerar a capacidade potencial de adoecer no processo, no ambiente ou em decorrência das condições em que o trabalho se realiza é utilizar instrumentos que inventariem o processo produtivo e a sua forma de organização.
Inquéritos	Como proposta metodológica de investigação, podem ser organizados inquéritos, por meio da equipe interdisciplinar e de representantes sindicais e/ou dos trabalhadores, aplicando questionários ao conjunto dos trabalhadores, contemplando a sua percepção da relação entre trabalho e saúde, a morbidade referida (sinais e sintomas objetivos e subjetivos), a vivência com o acidente e o quase acidente de trabalho (incidente crítico), consigo e com os companheiros, e suas sugestões para a transformação do

	processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza.
Mapeamento de riscos	Podem-se utilizar algumas técnicas de mapeamento de riscos dos processos produtivos, de forma gradualmente mais complexa, à medida que a intervenção se consolide e as mudanças ocorram, sempre com a participação dos trabalhadores na sua elaboração.
Estudos epidemiológicos	Podem ser aplicados sempre que se identificar sua necessidade, igualmente com a concorrência, na equipe interdisciplinar de técnicos das universidades e centros de pesquisa, como assessores da equipe.
Acompanhamento do processo	A intervenção implica a confecção de um relatório detalhado, incorporando o conjunto de informações coletadas, elaborado pela equipe com a participação dos trabalhadores, servindo como parâmetro de avaliações futuras.

Fonte: Elaborado pelas autoras com base na obra de Normando (2011).

O estabelecimento desses métodos permite que as ações da VISAT sejam eficazes nas ações de prevenção. A concretização desses métodos, em grande parte, está atrelada ao trato da relação saúde/trabalho pelo CEREST. A metodologia em VISAT engloba informações que permitem a identificação do trabalhador, os riscos e agravos por doenças e os meios de prevenção avistados no local de trabalho, garantindo o acompanhamento preciso de todas as etapas. A legislação permite ainda que estados, Distrito Federal e municípios possam adotar outras metodologias que acharem pertinentes.

4.5 Caracterização dos dispositivos de saúde de Araxá – MG

Araxá encontra-se na Macrorregião Sanitária Triângulo do Sul, com sede na cidade de Uberaba, composta pelas microrregiões de Araxá, Frutal e Uberaba. A Rede Municipal de atenção à saúde de Araxá é composta por estabelecimentos de saúde públicos próprios e por organizações, associações, fundações público-privadas que se interligam. Como estabelecimentos de saúde de frequente interação, no cotidiano da atividade clínica, e até por poder ser referenciados os usuários para os cuidados primários, secundários e terciários. No quadro apresentado abaixo, estão citadas instituições que auxiliam na atenção básica à saúde da população de Araxá/MG.

Quadro 4: Instituições de apoio à saúde da população de Araxá – MG

Instituição	Descrição
APAE	Associação de Pais e Amigos Excepcionais – Centro de reabilitação
FAMA	Fundação de Assistência a Mulher de Araxá com convênio municipal, que mantém dois centros de atendimento: CAC - Centro de Atenção à Criança e CAM - Centro de Atendimento à Mulher.
FADA	Fundação de Assistência ao deficiente de Araxá/Centro de reabilitação para pessoas portadoras de deficiência - com convênio municipal.
CTA	Centro de testagem rápida (faz exames para avaliação de doenças transmissíveis)
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.
Casa do Caminho	Hospital filantrópico, com convênio municipal
Centro de Diálise de Araxá	Privado com convênio municipal.
Farmácia Municipal	Local onde são dispensados os medicamentos gratuitos em formulário.
Hospital Dom Bosco	Hospital privado com convênio municipal.
Hospital Santa Casa de Misericórdia	Hospital filantrópico com convênio municipal.
Laboratório Municipal de Análises Clínicas de Araxá.	Instituição pública de uso da população.
Laboratório Dom Bosco e Instituto Químico Vacinoterápico.	Privados, mas com convênio municipal.
CAPS AD, CAPS II Maria Pirola, CAPS Infanto juvenil	Atendimento direto à população.
Centro de Apoio Diagnóstico Dr. Orlando Padovani. (Raio X, Ultrassom).	Atendimento à população.
Centro de Vacinação Gil Montandon.	Atendimento à população.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
PIID	Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar.
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.
(Unisa, Unileste, Uninorte, Unicentro, Uninordeste, Unisse, Unioeste, Unisul).	Unidades de atendimento à saúde da população.
18 (dezoito) Unidades de ESF.	8 Unidades Básica de Saúde

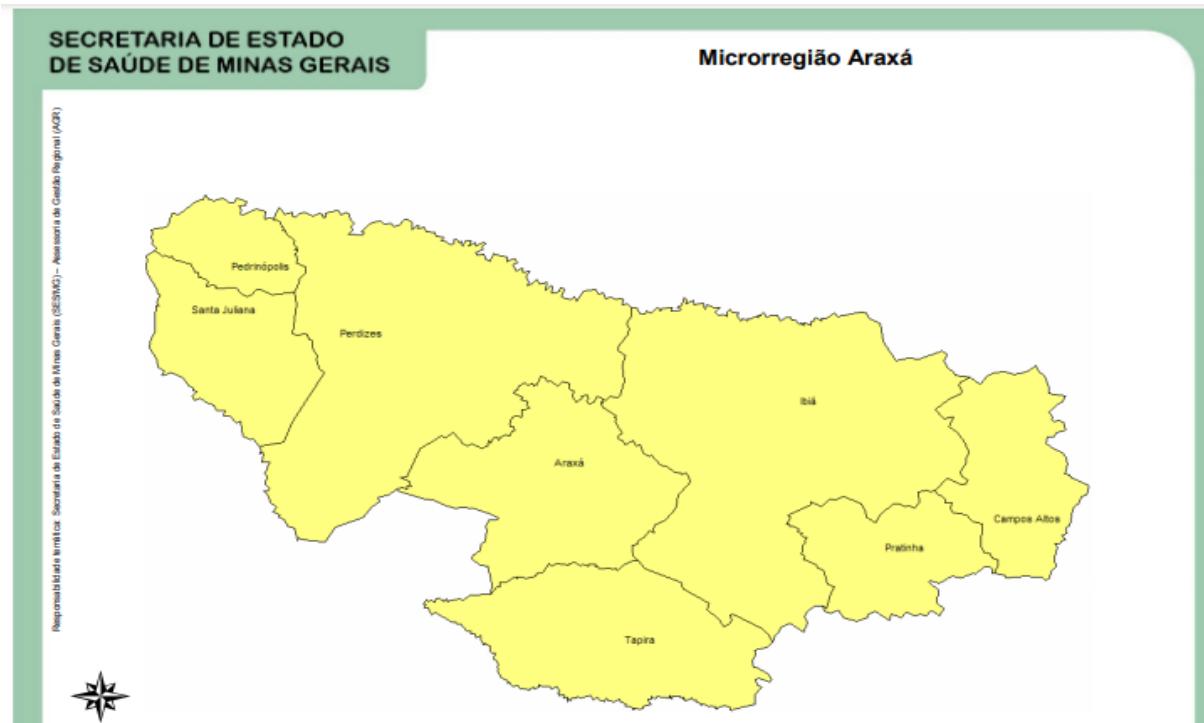
Fonte: Elaborado pelas autoras.

A Rede de atenção à saúde de Araxá possui ainda hospital particular da Unimed, laboratórios, várias clínicas e centros de natureza privada, cobrindo quase todas as especialidades médicas.

4.5.1 CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

O CEREST Regional de Araxá é um serviço de atenção secundária, que compõe a RENAST. Foi instituído no município em 2004, formado por uma equipe multidisciplinar, com atendimento humanizado e integral aos trabalhadores; atendendo às demandas de trabalhadores formais ou informais, independente do vínculo empregatício, dos municípios de Araxá, Santa Juliana, Perdizes, Ibiá, Pedrinópolis Tapira, Pratinha e Campos Altos (SES-MG, 2010).

Figura 1 -Mapa da microrregião do CEREST Regional Araxá



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde/MG.

O CEREST atua de forma intersetorial com as demais áreas da secretaria municipal de saúde e outros órgãos de controle social, visando garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores com ações de melhoria das condições de trabalho (prevenção e vigilância). Para tal, investiga acidentes de trabalho, subsidia a formulação de políticas públicas, apoia a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes de trabalho, agravos e doenças relacionadas ao trabalho e garantir as notificações dos mesmos no Sistema

de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), além de capacitar a rede de serviços de saúde, sendo o suporte técnico e especializado para o desenvolvimento de ações de ST nos serviços do SUS, e, em especial, na APS, responsável hoje pelo reordenamento das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2018).

A equipe de profissionais do CEREST Regional de Araxá, segundo definições e orientação da RENAST, está composta por seis profissionais de nível superior, dois profissionais de nível técnico e quatro auxiliares, conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 – Composição da equipe do CEREST Regional Araxá, por categoria profissional, vínculo empregatício e carga horária diária de trabalho.

Categoria profissional	Vínculo empregatício	Carga horária
Médico Ortopedista	Celetista	4H
Assistente Social	Celetista	8H
Enfermeira do Trabalho	Estatutário	8H
Enfermeira	Estatutário	6H
Fisioterapeuta Esp. Saúde do Trabalhador	Estatutário	8H
Fisioterapeuta Esp. Saúde do Trabalhador	Estatutário	8H
Técnica em Enfermagem	Estatutário	8H
Técnica em Seg. do Trabalho	Estatutário	8H
Repcionista	Estatutário	6H
Repcionista	Estatutário	6H
Motorista	Estatutário	8H
Auxiliar de Limpeza	Celetista	8H

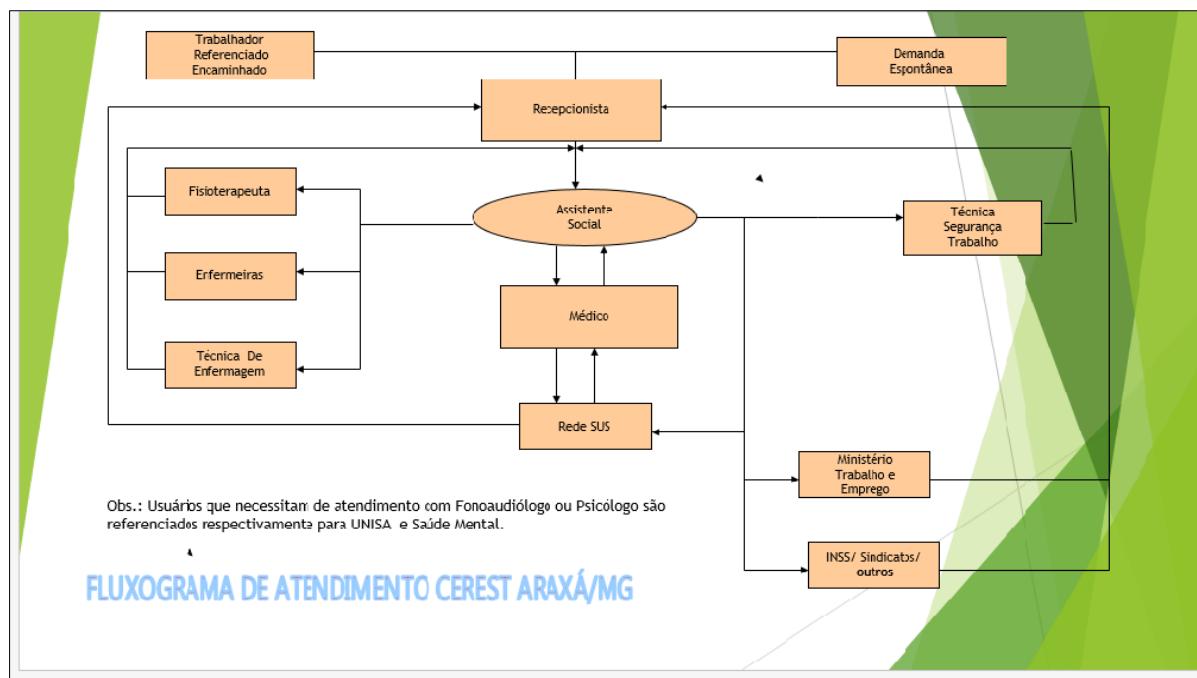
Fonte: Elaborado pelas autoras por meio dos dados do CEREST Araxá em 2020.

Faz-se importante destacar o número de profissionais da equipe visto que o CEREST atende não só o município de Araxá, como também, a microrregião composta por sete municípios, conforme Figura 1.

O CEREST atende a todos os trabalhadores que possuem um agravão ou doença que foi adquirida ou agravada no trabalho pelo processo produtivo ou decorrente de um acidente de

trabalho, encaminhado ou referenciado pela rede de atenção à saúde. O profissional de saúde, o sindicato, o INSS, ou outros setores podem e devem referenciar o trabalhador para atendimento no CEREST, ou o próprio trabalhador por demanda espontânea pode procurar atendimento no CEREST, obedecendo um fluxograma de atendimento, para melhor assistência conforme Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma de atendimento no CEREST.



Fonte: Elaborado pelas autoras por meio dos dados do CEREST Araxá em 2020.

O fluxograma do CEREST funciona de forma que o trabalhador referenciado ou não, passe primeiramente pelo atendimento com a Assistente social, que realiza um acolhimento, com preenchimento de todos os dados do trabalhador, com descrição da queixa e uma anamnese ocupacional com todo o histórico de trabalho. Em seguida o trabalhador é avaliado pelo Médico, com realização de exame clínico e procedimentos específicos, como solicitação de exames complementares para fechamento de diagnóstico. Se houver a necessidade de realização de exames, os pedidos de exames são encaminhados para o setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Araxá para marcação.

Após a marcação e realização dos exames, o paciente retorna ao atendimento do CEREST para fechamento de diagnóstico e possível fechamento de Nexo Causal/ Relação do adoecimento com o trabalho. Se for diagnosticado como agravo ou doença relacionada ao trabalho, é realizado o preenchimento da ficha de notificação do agravo específico, conforme a

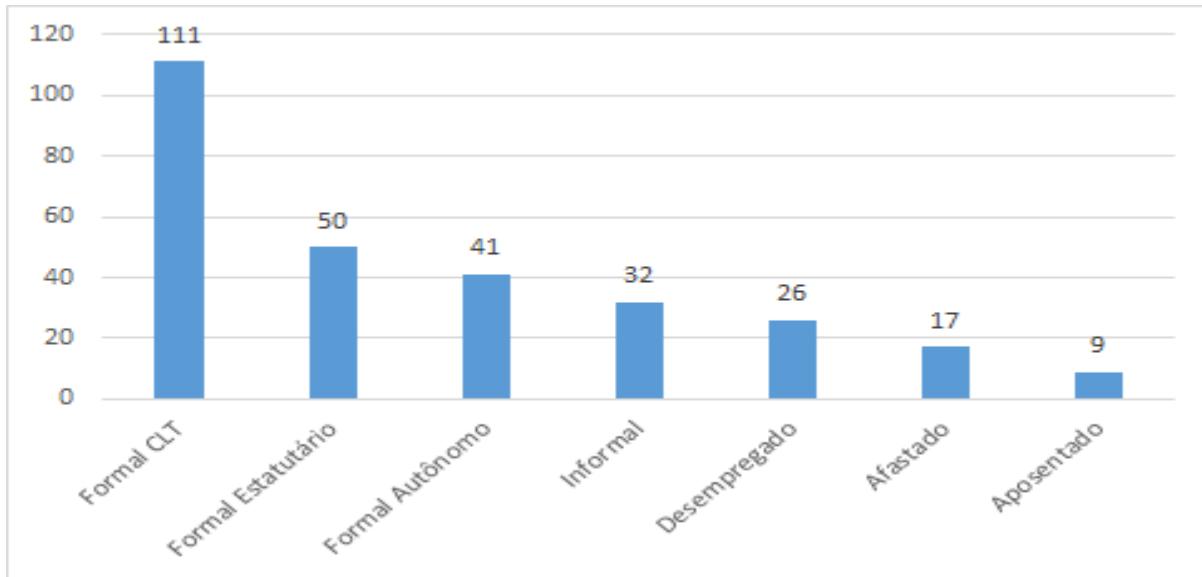
Portaria 204/2016 de notificação compulsória no Sistema de Informação de Notificação de Agravo (SINAN) e encaminhada a ficha pelo fluxo da Vigilância Epidemiológica para ser notificada no SINAN. Os demais encaminhamentos são realizados conforme a necessidade do trabalhador, como por exemplo atendimentos em grupos de orientação postural e alongamento no CEREST, encaminhamentos para assistência de outras especialidades na Rede de Atenção à Saúde do município ou outras demandas como encaminhamentos para INSS ou reabilitação.

Cabe ressaltar que para o SUS, trabalhadores são todos homens e mulheres que trabalham na área urbana ou rural, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado e mesmo os desempregados (BRASIL, 2012).

Assim, o compromisso do SUS com a vida e a saúde dos trabalhadores tem por referência sua inserção no processo produtivo/processo de trabalho, desde o início da vida laborativa, qualquer que seja a atividade de trabalho, incluindo os períodos de inatividade, desemprego, aposentadoria e velhice. Esta compreensão tem implicações importantes sobre as práticas de saúde.

De acordo com o atendimento no CEREST Regional Araxá, pode-se observar que 71 % dos trabalhadores encontram-se no mercado de trabalho formal, segurados pela previdência social regime CLT e pela previdência estatutária a nível de servidor público municipal, estadual ou federal. Observamos um total de atendimento de 32 trabalhadores na informalidade e 26 trabalhadores desempregados, ponto de atenção e alerta para as ações de ST, no reconhecimento do processo de trabalho e na assistência ofertada, visto que esses trabalhadores se encontram adoecidos e não possuem seguridade, pois encontram-se sem vínculos empregatícios e previdenciários. O gráfico demonstrado abaixo revela detalhadamente esses dados.

Gráfico 1- Trabalhadores atendidos no CEREST/Araxá, conforme vínculo empregatício.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados do CEREST Araxá em 2019.

4.5.2 Sistema de informação da VISAT em Araxá

Através de dados extraídos dos sistemas de informação da Vigilância Epidemiológica do município de Araxá MG, é possível visualizar o panorama dos eventos relacionados à saúde da população, que se dá pela notificação, feita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por meio de uma rede informatizada para apoiar o processo de investigação e subsidiar a análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças. Estratégias de atuação para promoção, prevenção e fiscalização da SST são traçadas a partir desses dados.

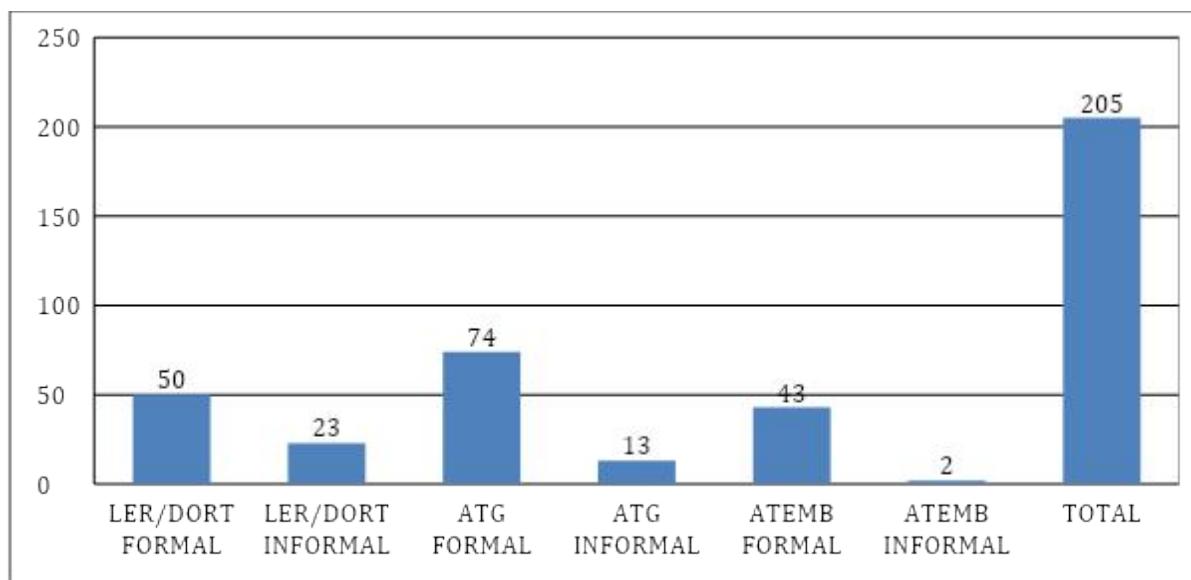
Considerando a necessidade de conhecer a incidência de doenças e agravos relacionados ao trabalho e a necessidade de registros de indicadores para fortalecimento da ST no SUS, foram publicadas algumas portarias, como a Portaria/ MS n. 777/ 2004, que dispõe notificação compulsória de onze agravos a ST, em rede sentinelha específica do SUS; a **Portaria nº 104/2011 (revogada pela portaria nº 1.271)** e, a Portaria nº 204/2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, como de notificação compulsória os agravos e doenças relacionadas ao trabalho, conforme NOTA INFORMATIVA Nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS, que orienta sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): Acidente de trabalho com exposição a material biológico (ATEMB); Acidente de trabalho, Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais

pesados) e a lista nacional de doenças e agravos, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas: Câncer relacionado ao trabalho; Dermatoses ocupacionais; Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho; Pneumoconiose e Transtornos mentais relacionados ao trabalho.

A gestora nacional do SINAN é a Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Este sistema é alimentado, sobretudo, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde considerados importantes em sua região.

O gráfico a seguir representa o número de doenças e acidentes relacionados ao trabalho, ocorridos em trabalhadores do setor formal e informal da economia que foram notificados no SINAN- NET no ano de 2019 no município de Araxá-MG. Ocorreu um total de 205 (duzentos e cinco) notificações de doenças e acidentes de trabalho, sendo 167 (cento e sessenta e sete) ocorrências em trabalhadores do setor formal da economia e 38 (trinta e oito) ocorridos em trabalhadores do setor informal da economia.

Gráfico 2 - Número de notificações de doenças e acidentes do trabalho conforme vínculo empregatício, realizadas no município de Araxá em 2019.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados do CEREST Araxá em 2019.

4.5.3 Atenção Básica

De acordo com a concepção do Ministério da Saúde, a Atenção Básica compreende um conjunto de ações, de caráter individual, familiar e coletivo, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido. Uma atenção primária de qualidade tem um potencial de resolução de até 85% dos problemas de saúde (MENDES, 2012).

Na atenção primária em saúde, o território e a delimitação geográfica possibilitam definir espaços determinados que possam causar riscos para a saúde da população. A Estratégia Saúde da Família (ESF) possibilita conhecer particularidades das pessoas e das comunidades, assim como desenvolver programas e projetos específicos frente aos diagnósticos levantados (RITTER; ROSA; FLORES, 2013).

A ESF trabalha com população definida e uma área de abrangência delimitada geograficamente. Esta estratégia é responsável pela assistência em sua área de abrangência, trata-se de um espaço comum a vários profissionais que podem sistematizar práticas e saberes de diferentes categorias com finalidade de melhorar a qualidade do serviço de saúde. Infere a disponibilidade regular de Unidades Básicas de Saúde (UBS) à população, condição para o acesso aos cuidados de saúde (FACCHINI et al. 2006).

Para Facchini *et al.* (2006), antes de qualquer intervenção é importante que a área adscrita seja estudada, para formulação de objetivos e para determinar o comportamento da equipe, pois os serviços de saúde estão em constante interação com o meio ambiente, afetando-o e sendo por ele afetados.

O diagnóstico consiste na fase inicial do planejamento, sendo um método de análise e identificação da realidade e das necessidades da população. Objetiva fazer com que medidas para organização e correção do serviço sejam tomadas quando estiverem em situação crítica, compete pensar o cotidiano do serviço de saúde, identificando os problemas, estabelecendo as prioridades, diretrizes para implementação de ações, proporciona aprendizagem, possibilitando que o planejamento, coordenação e controle sejam realizados corretamente (COTTA *et al.* 2006; SANTOS, 2002).

No diagnóstico, as particularidades devem ser analisadas e, a partir dessa constatação, realiza-se um planejamento de ações, especificam as prioridades, baseando-se na realidade do

serviço, na qual, muitas vezes, trabalha-se com populações de perfil socioeconômico e sanitário distintos (COTTA *et al.* 2006).

O diagnóstico administrativo e situacional representa um meio de assinalar, analisar e interpretar as relações entre os setores, recursos físicos, materiais, humanos, administrativos, financeiros dos serviços de saúde, além da prestação baseada na eficiência e efetividade. Deve atualizar a população sobre os processos, relações financeiras (SANTOS, 2002).

O componente situacional do diagnóstico oportuniza analisar a situação de cada território específico pertencente à ESF e da área de abrangência como um todo no que se refere ao número de pessoas atendidas, divisão por sexo, escolaridade, faixa etária. Permite o conhecimento das condições de saneamento e de outros indicadores de saúde. Esse instrumento também relaciona as consultas médicas por faixa etária, os tipos de atendimento prestados. Indica a realização de exames complementares, encaminhamentos, internações, procedimentos e visitas domiciliares, portanto, o diagnóstico traça um perfil da população assistida, além de qualificar o serviço (RIBEIRO *et al.* 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família, que vem sendo desenvolvida desde 1994, sua estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica, que é a principal porta de entrada e ordenadora das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre 2007 e 2017, a estimativa da proporção da população atendida pela ESF em Araxá passou de 19,37 % para 50,96 %.

A Atenção Básica é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território. A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas, além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

A Atenção Básica do município é a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção e desempenha papel central na garantia à população do acesso a atenção à saúde de qualidade. O acesso pode se dar por demanda da população, por busca ativa da equipe de saúde ou por encaminhamento de outros pontos da rede de atenção à saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica é a principal referência para os parâmetros e informações atualizadas mensalmente através dos sistemas de informação e obtidas diariamente na base de dados dos programas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Contextualização do mercado de trabalho e empregabilidade no município de Araxá

Conforme dados do Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), a identificação de pessoas em uma faixa etária produtiva, 18 a 64 anos, empregadas e com vínculo de trabalho formal, relaciona-se com a garantia de direitos trabalhistas e sociais, favorecendo autonomia, dignidade e melhoria das condições de vida. Entre 2014 e 2017, o percentual de empregados no setor formal na população de 18 a 64 anos em Araxá passou de 41,20% para 40,20%.

Um dos indicadores que ajudam a explicar a evolução da renda per capita, da desigualdade de renda e da pobreza no município estão relacionados ao mercado de trabalho: a taxa de atividade, a taxa de desocupação e o grau de formalização do emprego. (FJP/IMRS, 2020).

A taxa de atividade, corresponde ao percentual da população adulta (18 anos ou mais) que é economicamente ativa, ou seja, que está ocupada ou, não estando ocupada, procurou trabalho no mês anterior à pesquisa (Censo). A taxa de desocupação corresponde ao percentual da população economicamente ativa (18 anos ou mais) que está desocupada, ou seja, que não está ocupada, mas procurou trabalho no mês anterior à pesquisa. (FJP/IMRS, 2020).

Em Araxá, a taxa de atividade da população adulta (18 anos ou mais) cresceu de 67,87% em 2000 para 70,31% em 2010, ao passo que a taxa de desocupação nessa mesma faixa etária diminuiu de 12,35% para 5,12%. Esse aumento da taxa de atividade e queda na taxa de desemprego significam maior utilização da força de trabalho e contribuíram, portanto, para o crescimento da renda per capita do município, porém, atualmente esses dados podem ser bem diferentes. (FJP/IMRS, 2020).

A taxa de emprego no setor formal corresponde ao número de ocupações no setor formal em 31 de dezembro, conforme declarado pelas empresas (através da RAIS-Relação Anual de Informações Sociais), em relação à população de 16 a 64 anos de idade do município. O grau de formalização corresponde ao percentual da população ocupada (18 anos ou mais) que são empregados com carteira assinada, militares do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros, funcionários públicos, ou empregadores ou trabalhadores por

conta própria que contribuem com a previdência oficial, conforme declarado pelas pessoas no Censo Demográfico (FJP/IMRS, 2020).

Em Araxá, observou-se um aumento no grau de formalização dos ocupados de 18 anos ou mais de idade do município, que passou de 65,30% em 2000 para 73,27% em 2010 e aumento na taxa de emprego no setor formal que passou de 26,60% em 2000 para 36,80% em 2010 e para 40,20% em 2017, podendo atualmente ser diferente (FJP/IMRS, 2020).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), metodologia usada pelo IBGE que mostra quantos desempregados há no Brasil, nela, o que é conhecido popularmente como “desemprego” aparece no conceito de “desocupação”, o estudante e a dona de casa são pessoas que estão fora da força de trabalho; já o empreendedor é considerado ocupado.

O Quadro 4 mostra a participação dos setores agropecuário, industrial e de serviços (esse último subdividido em administração pública e outros serviços) no total do valor adicionado no município em 2016.

Já a composição setorial da ocupação pode ser vista no Quadro 6, que mostra, por um lado, a distribuição dos ocupados de 18 anos ou mais de idade de acordo com o Censo de 2010 e, por outro, abarcando apenas o mercado formal de trabalho, a distribuição das ocupações no ano de 2017, de acordo com as informações da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

Quadro 6 - Participação dos setores no valor adicionado – Araxá – 2016

Setores	% do valor adicionado total
Agropecuária	2,40
Indústria	37,30
Serviços	60,40
Administração Pública	11,00
Outros Serviços	49,4

Fonte: Elaborado pelas autoras por meio dos dados da FJP/IMRS (2020).

O quadro demonstrado abaixo mostra o percentual de ocupação do setor de atividades em Araxá, destacando a distribuição dos ocupados de 18 ou mais anos de idade (Censo, 2010) e as ocupações formais.

Quadro 7 - Percentual dos ocupados por setor de atividade – Araxá-MG (2010/2017)

Setores	% dos ocupados de 18 anos ou mais de idade (Censo-2010)	% das ocupações formais (RAIS-2017)
Agropecuária	8,39	3,0
Indústria de transformação	8,65	19,0
Indústria da construção	8,58	4,3
Extração mineral	6,87	0,8
Comércio	15,02	26,5
Serviços	45,46	46,4
Serviços de utilidade pública	0,85	0,0

Fonte: Elaborado pelas autoras por meio dos dados da FJP/IMRS (2020).

5.2 Perfil do trabalhador domiciliar informal nas áreas de abrangência das ESF Centro e ESF Vila Estância, em Araxá- MG

Dos 46 trabalhadores entrevistados, 80,4% eram mulheres. Isso caracteriza a predominância significativa da força de trabalho das mulheres e sua contribuição na evolução do desenvolvimento econômico, visto que o trabalho domiciliar tem características femininas, de luta de inserção no mercado de trabalho, onde a mulher passa a utilizar o espaço doméstico para conciliar as atividades laborativas com os afazeres do seu lar e de sua família.

O motivo da escolha do trabalho domiciliar mais citado pelas trabalhadoras do sexo feminino foi poder complementar a renda, conciliando o trabalho com as necessidades familiares de ficar em casa para a realização das tarefas do lar e o cuidar dos filhos, pais ou até mesmo um ente doente.

Em se tratando também de um modelo antigo de sociedade onde a mulher fica em casa cuidando do lar e o homem sai para trabalhar, é válido salientar as mudanças culturais e ideológicas ocorridas na estrutura, na cultura e no mercado de trabalho, com a inserção da participação da mão de obra masculina no trabalho domiciliar informal, apresentando nessa pesquisa um total de 19,6% de trabalhadores do sexo masculino.

Para os trabalhadores homens, quando questionados sobre o motivo da escolha do trabalho domiciliar, houve um consenso de respostas relativas à oportunidade de trabalho, falta de estudo e dificuldade em conseguir se inserir ou reinserir no mercado de trabalho formal.

Vários fatores levam os trabalhadores a entrar no mundo da informalidade e desenvolver atividades no âmbito domiciliar. Nas respostas dos entrevistados, é consequência da absoluta necessidade, sendo o principal fator citado foi à complementação da renda ou, até

mesmo, a principal e única fonte de renda; a pressão social para manter a renda das famílias e a falta de empregos formais. Esses fatores forçam o trabalhador a criar formas de trabalho, enfrentando as consequências do trabalho informal e suas desvantagens, para se manterem trabalhando, reinventando e aplicando habilidades no processo de trabalho domiciliar.

Quanto aos motivos da informalidade do trabalho, os entrevistados destacaram:

Eu trabalhava como pedreiro em uma firma, fui mandado embora, depois ora conseguia um serviço aqui, outro ali... e aí, como eu gosto eu comecei a fazer uns trabalhos aqui em casa de consertos de móveis, cadeiras e fui ficando aqui mesmo, hoje só trabalho aqui (JF, 54 anos, Marceneiro há 15 anos).

Fiquei desempregada, precisava complementar a renda, cuidar dos filhos (RCC, 57 anos, Quitandeira e salgadeira há 20 anos).

Eu optei porque não precisava pagar aluguel (DCA, 57 anos, Cabeleireira há 25 anos)

Disponibilidade de horário, eu ganho mais do que no salão, porque no salão não tem vínculo, aqui olho meus filhos, cuido da casa... (ECFLP, 27 anos, Manicure e pedicure há 16 anos).

Quanto aos riscos e adoecimentos, foi observado o caso de uma depiladora trabalhando em casa sem observar os riscos ergonômicos presentes no ambiente de trabalho. Trabalha no quarto dentro de sua casa, que possui uma maca, uma escada de dois degraus e uma pequena estante onde ela coloca a cera depilatória. A maca utilizada para o trabalho não possui altura adequada, o que a deixa com a coluna muito inclinada, por um tempo aproximado de 40 minutos, com cada cliente. Durante todo o processo de trabalho, realiza movimentos repetitivos que envolvem todo o membro superior direito - MSD, com a mão direita, principalmente utilizando os três dedos da mão (polegar, indicador e dedo médio). A trabalhadora relatou que tem uma patologia que chama “Dedo em Gatilho”. Relata a depiladora que nunca teve condição de pagar um benefício e, hoje sente falta, porque podia estar afastada do trabalho pelo seu problema na mão direita.

A tenossinovite estenosante dos flexores, conhecida como dedo em gatilho, é uma condição caracterizada por dor no trajeto dos tendões flexores associada à dificuldade de flexão ou travamento do movimento dos dedos, que podem permanecer em posição de flexão. Os fatores causais são: atividades manuais, profissionais, esportivas, entre outras, que exigem preensão forçada, movimentos repetitivos ou que submeta a mão à vibração intensa ou impacto, podem aumentar o risco do desenvolvimento de tenossinovite estenosante dos flexores

(MATTAR JUNIOR, 2008).

A entrevistada relatou que já atendeu até seis clientes por dia, com depilação total ou só de partes do corpo; porém, hoje, consegue atender em torno de três clientes. Sobre seu trabalho, explica:

Antigamente, eu atendia muito, tinha uma boa clientela, fazia massagem corporal, sobrancelha, e hoje como eu sinto muita dor na mão, não consigo atender mais de três clientes por dia e mesmo assim eu estou limitando atender dia sim, dia não, para ver se eu consigo trabalhar, pois eu preciso trabalhar, tenho minhas contas para pagar (I, 61 anos, Depiladora).

Outra entrevistada relatou que trabalhava sentada por um período aproximado de cinco horas por dia, realizando movimentos repetitivos de mãos e braços, com movimentos finos e inclinação da cabeça, fazendo bijuterias (pulseiras, colar e brinco). Quando perguntada se sentia alguma dor ou desconforto, ela respondeu:

Sinto dor na região do pescoço e lombar, câimbras nas mãos e vista fraca porque força muito, mas gosto muito do que faço, se pudesse ficaria o tempo todo fazendo minhas artes, mas quando fico muito tempo, porque tenho encomenda, sinto muita dor (LAMN, 36 anos, Artesã, há 8 anos).

De acordo com relatos dos trabalhadores entrevistados e observação do ambiente de trabalho, nota-se que quase todos exercem suas atividades laborais num cômodo da própria casa ou que foi construído no quintal, na garagem ou área improvisada e adaptada para o trabalho, e, com isso, as condições de trabalho são inadequadas e precárias para a saúde e segurança dos trabalhadores, como visto no relato de uma entrevistada:

Faço unha aqui mesmo, nesse cantinho aqui da cozinha. Quando faz muito calor, fico na área lá fora. Se eu for fazer a mão, eu fico com o banco em pé. Se eu for fazer o pé, eu o deito e coloco esse travesseiro (A.P.S. 34 anos, Manicure e Pedicure).

Segundo Pereira (2007), no trabalho em domicílio, em sua quase totalidade, a mulher passa a utilizar o espaço doméstico também para realizar sua atividade laborativa sob as mais diversas condições de trabalho, tendo sua vida e de sua família invadidas com perda da privacidade. Não existe um distanciamento do trabalho e a vida em família.

Muitos relataram na entrevista que uma das vantagens de trabalhar na própria casa é a

despesa com aluguel, não tinham que pagar aluguel. Por outro lado, relataram que isso impede a privacidade familiar, causa desconforto e, até mesmo, um sentimento de invasão e desrespeito. O relato de uma costureira, evidência:

As pessoas não entendem que nós temos vida, família... chamam em qualquer hora, almoço, jantar, dia, noite... não tem sábado, domingo ou feriado! As pessoas esperam muito da gente. Não consigo falar -Não- até mesmo para não perder a cliente (MMC, 55 anos, Costureira).

Dentre as desvantagens de realizar a atividade domiciliar informal, seguem alguns relatos dos entrevistados:

Prisão em casa, fico muito tempo em casa, não tenho tempo para nada. Não tenho férias remuneradas. Não tiro férias, se saio de férias, não ganho meu dinheiro.

Não poder aposentar.

Eu trabalho muito mais.

Não tenho tempo de lazer, toda hora tem que atender um cliente.

Não tem horário para a cliente te procurar, queria um local separado para não ter contato com minha casa.

Não tenho uma renda fixa que eu posso contar, não posso fazer compromisso com o dinheiro, pois não sei quanto que vou tirar no mês.

Esses relatos mostram que existe a preocupação dos trabalhadores em domicílio com garantias atribuídas ao trabalho formal. Além das férias e aposentadoria, é citado a carga horária de trabalho, a invasão da privacidade pelos clientes e a falta de uma renda fixa, o que está assegurado aos que trabalham no mercado formal de trabalho.

O quadro 8 apresenta as características dos entrevistados quanto a ocupação e sexo.

Quadro 8 - Número de trabalhadores entrevistados por ocupação e sexo

Ocupação	Nº de trabalhadores/Sexo	Ocupação	Nº de trabalhadores/Sexo
Bordadeira/Tricô/Crochê	5 (Feminino)	Celeiro/Cedem/Tecer	2 (Masculino)
Doceira	4 (Feminino)	Passadeira de roupas	2 (Feminino)

Manicure/Pedicure	4 (Feminino)	vendedora roupa/Avon/natura	2 (Feminino)
Quitandeira/salgadeira	4 (Feminino)	Projetista Estrutura Metálica	1 (Masculino)
Costureira	4 (Feminino)	Funileiro	1 (Masculino)
Cabeleireiro	3 (Feminino)	Fabricação e venda Tapioca	1 (Masculino)
Artesanatos em geral	3 (Feminino)	Propaganda/Marketing	1 (Masculino)
Confeiteira de Bolo	2 (Feminino)	Consultoria RH	1 (Feminino)
Design de Sobrancelha	2 (Feminino)	Depiladora	1 (Feminino)
Marceneiro	2 (Masculino)	Fabricação Mini Pizza	1 (Masculino)

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

As principais atividades/ocupações observadas nas microáreas das duas ESF, foram atividades do setor serviços, que abrange as atividades de comércio de bens e prestação de serviços (serviços prestados às famílias, serviços de manutenção e reparação) atividades que dependem de mão de obra pouco qualificada, sem exigência de escolaridade, que pode ser executada por qualquer pessoa, não requer conhecimento prévio e exige baixa ou nenhuma tecnologia. No entanto, percebe-se o crescimento desse mercado de trabalho, visto que são atividades desempenhadas de acordo com as necessidades da população. Observamos também uma quantidade bem diversificada de ocupações.

Outra análise importante a ser relatada é o fato de que as atividades/ocupações relatadas e observadas em sua totalidade possuem no seu processo de trabalho características que envolvem aspectos biomecânicos, cognitivos, sensoriais, afetivos e de organização do trabalho, características de exigências significativas do sistema osteomuscular dos trabalhadores, exigência de dispêndio de força, destreza, habilidade, posturas rígidas e fixas na execução do trabalho, consideradas fatores de risco para o adoecimento do trabalhador. Quando questionados sobre os riscos ocupacionais que eles identificam no processo de trabalho, 38 (82,61%) citaram que reconhecem que estão expostos aos riscos ergonômicos, quatro (8,7%) citaram os riscos físicos, dois (4,35%) citaram os riscos biológicos e dois (4,35%) descreveram riscos de acidente no trabalho.

Os riscos ocupacionais são aqueles aos quais os colaboradores estão expostos durante sua rotina de trabalho. O Ministério da Economia, Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, por meio da Norma Regulamentadora (NR), NR-9, NR-12 e da Portaria nº 25/1994,

classifica os riscos ocupacionais em cinco tipos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e accidentais.

Em relação ao questionamento do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), somente quatro trabalhadores relataram que fazem uso de EPI, alguns trabalhadores relataram que não precisam, pois, a atividade não tem risco ou, não tinham conhecimento da necessidade, demonstrando além do desconhecimento, negligência opcional ou financeira, do uso das medidas de prevenção de acidentes e doenças, ao fazer uso dos equipamentos ou medidas de segurança. Mas é importante salientar que alguns trabalhadores relataram que fazer uso do EPI dificulta a realização da atividade e que mesmo quando trabalhavam em empresas, não faziam uso do EPI.

Ao longo da pesquisa, em entrevista com os trabalhadores, nos deparamos com algumas situações relevantes a serem citadas. Dezoito (39,13%) dos entrevistados relataram que em algum momento da sua história laboral, já tiveram vínculos empregatícios trabalhando em outras atividades fora do domicílio e onze relataram já ter desenvolvido outras atividades laborais fora do domicílio, mas sem vínculos empregatícios.

O trabalho é um importante determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade. Ao mesmo tempo em que promove vida, subsistência, saúde e bem-estar, também pode resultar em impactos negativos, como acidentes, adoecimentos, sofrimento e óbitos. A saúde dos trabalhadores e da população em geral está intimamente relacionada aos modos de vida e trabalho das populações, isto é, está “intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 2012, p. 46-51).

Dos 46 trabalhadores entrevistados, 34 (73,91%) apresentavam queixas de acometimento à saúde, com quadros de desconforto, dor, dormência, fraqueza muscular, limitações de movimentos e outras queixas diversas, em uma região ou mais do corpo. Uma informação importante observada durante as entrevistas foi a percepção dos trabalhadores sobre sua saúde. Todos os trabalhadores ao serem perguntados, sobre a relação com o trabalho, afirmaram que têm conhecimento da relação do adoecimento com as atividades que desempenham no processo de trabalho. Dos 34 trabalhadores que apresentaram queixas, 34,7% das queixas eram na região da coluna (Cervical e Lombar), 26,4% apresentaram queixas nos membros superiores - MMSS e 26,4% relataram queixas nos membros Inferiores MMII, sendo que a maioria relatou a existência de queixa em mais de um local.

Sinto dor na região cervical até o ombro D e nos joelhos (IFO, 65 anos, Doceira, há 18 anos).

Sinto muita dor na região da coluna e nos pés (RCC, 57 anos, Quitandeira e Salgadeira, há 16 anos).

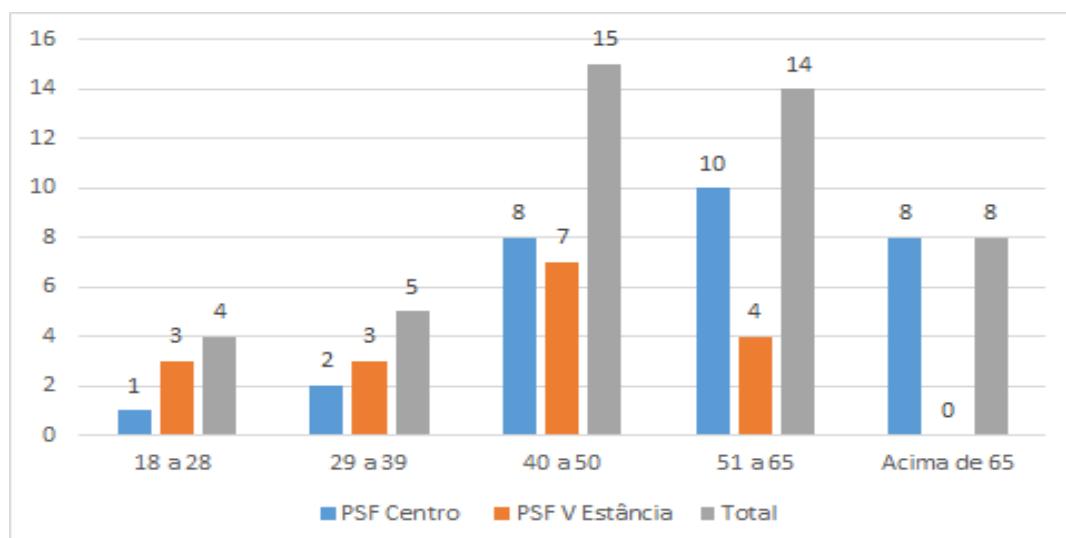
Sinto dor no pescoço e em todo o braço direito (RAS, 43 anos, manicure/pedicure/Design de sobrancelha, há 6 anos).

Sinto dor no ombro D, câimbra e fraqueza nos braços (MAG, 74 anos, doceira há 40 anos).

Sinto dor na coluna lombar, no pescoço e quando tem muita encomenda, dói mais (FPMS, 39 anos, Confeiteira há 4 anos).

Com relação à idade, como é ilustrativo no (Gráfico 3), 32,6% dos trabalhadores encontram-se entre a faixa etária de 40 a 50 anos, seguido por 30,4% entre 51 a 61 anos, 17,3 % possuem idade acima de 65 anos, 10,8 % idades entre 29 a 39 anos e 8,6% idades entre 18 a 28 anos. Observa-se que a maior porcentagem de trabalhadores possui mais de 40 anos de idade, dentre eles uma porcentagem significativa de idosos.

Gráfico 3 - Número de trabalhadores conforme faixa etária/idade.

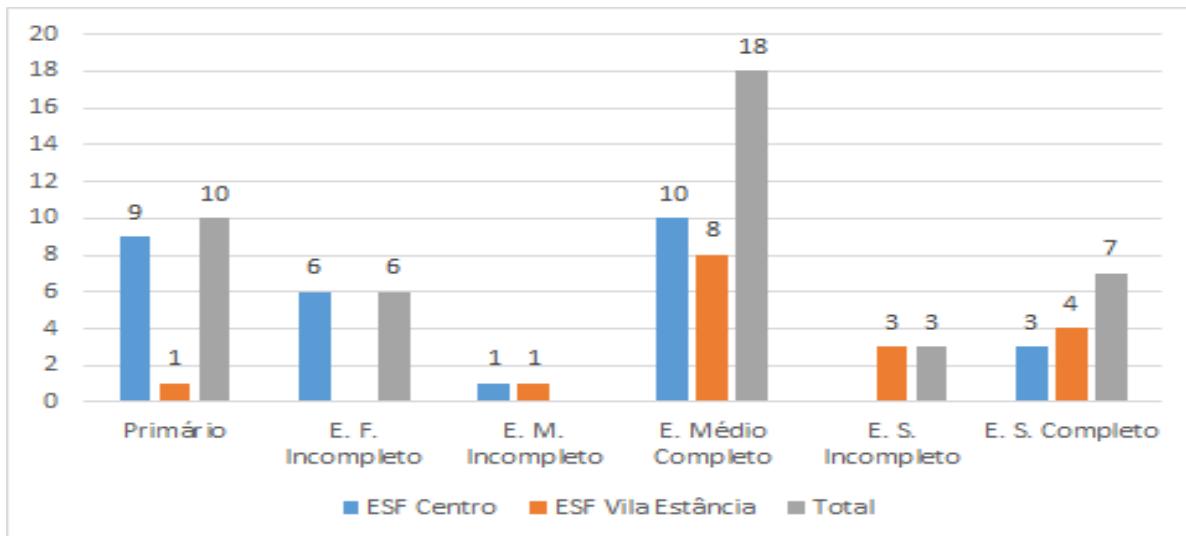


Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

O Gráfico 4 apresenta o grau de instrução dos trabalhadores avaliados. Conforme os resultados, 18 (39,1 %) dos trabalhadores domiciliares possuem o ensino médio completo, 10 (21,7%) possuem somente o primário, 7(15,2%) possui ensino superior, 6 (13%) ensino fundamental incompleto, 3 (6,5%) ensino superior incompleto e 1 (2,17%) ensino médio incompleto. Observa-se um número significativo de trabalhadores que possuem somente o

primário, fator importante citado por três (6,52%) trabalhadores que relataram dificuldade em conseguir trabalho formal por falta de estudos e motivo pelo qual, muitos trabalhadores relataram optar pelo trabalho no domicílio, por conta própria, pois são serviços que muitas vezes exigem experiência e conhecimentos, mas não escolaridade.

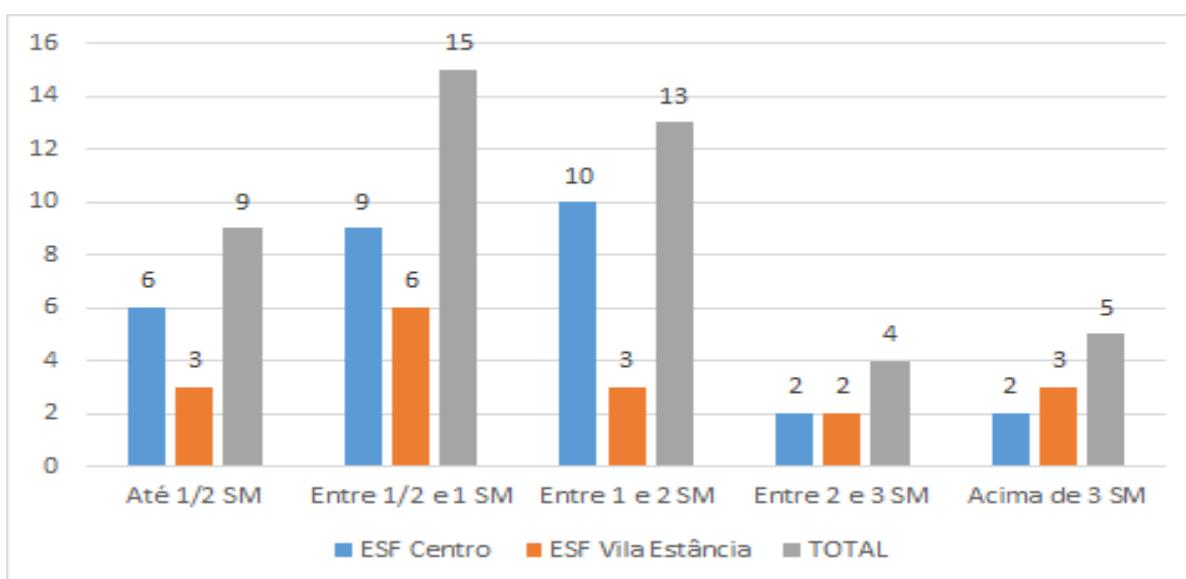
Gráfico 4 - Número de trabalhadores conforme grau de instrução/Escolaridade



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

O Gráfico 5 mostra a distribuição de renda entre os entrevistados.

Gráfico 5 - Número de trabalhadores conforme distribuição de renda.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

Conforme o gráfico 5, observa-se o baixo rendimento que algumas atividades produtivas oferecem. Somado a isso os ganhos serem incertos e variáveis quanto ao valor. Que 15 (32,6%) dos trabalhadores domiciliares informais recebem de $\frac{1}{2}$ (meio) a um salário-mínimo mensal pelas suas atividades, 13 (28,2%) recebem entre um e dois salários, 4 (8,6%) recebem entre dois e três salários-mínimos por mês, 9 (19,5%) recebem até $\frac{1}{2}$ (meio) salário-mínimo, 5 (10,8 %) acima de 3 salários mínimos. Pode-se observar um percentual baixo no quesito distribuição, com renda baixa, suficiente apenas para a sobrevivência. Nota-se uma desvalorização salarial do trabalho, sobretudo pensando que são trabalhos que requerem esforço físico na mão de obra do trabalhador. Nesse sentido, o relato de uma artesã com oito anos de trabalho esclarece:

Um colar por exemplo demora em torno de 4 horas para ficar pronto, trabalho manual com movimentos repetitivos. Só que as pessoas não dão valor e acham caro, mas não sabem do trabalho (LAMN, 36 anos).

Outros pontos que foram observados nas entrevistas, foram que dos 46 entrevistados, 12 recebem auxílio previdenciário, sendo nove aposentadorias, duas pensões do marido e um Benefício de Prestação Continuada (BPC) do filho.

6 Desafios da vigilância em saúde do trabalhador diante do trabalho domiciliar informal

Trabalhar é engajar sua subjetividade num mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo, perpassado pela luta para a dominação. Assim o real do trabalho não é somente o real da tarefa, isto é, aquilo que, pela experiência do corpo a corpo com a matéria e com os objetos técnicos, se dá a conhecer ao sujeito pela sua resistência a ser dominado. Trabalhar é, também, fazer a experiência da resistência do mundo social; e, mais precisamente, das relações sociais, no que se refere ao desenvolvimento da inteligência e da subjetividade. O real do trabalho, não é somente o real do mundo objetivo; ele é, também, o real do mundo social (Dejours, 2004).

Nos processos de trabalho desenvolvidos nos espaços domiciliares, os trabalhadores estão expostos a variadas situações nos quais se fazem presentes fatores e agentes de risco para a sua saúde, como riscos ergonômicos, físicos, químicos, biológicos e de acidentes, bem como fatores organizacionais, o que por sua vez, podem produzir lesões, agravos e adoecimentos relacionados ao trabalho e se estender para além do trabalhador, podendo comprometer também o contexto familiar.

A VISAT diante do trabalho domiciliar informal em Araxá, tem um grande desafio, no que se refere à garantia do cuidado integral aos trabalhadores que desenvolvem suas atividades produtivas, remuneradas no próprio domicílio, às margens da formalidade, desamparados pelos benefícios previdenciários no exercício de suas atividades laborais em condições precárias como espaço, ferramentas e maquinários improvisados dentre outros, muitas vezes invisível, despercebida ou inatingíveis aos olhos das políticas públicas de atenção à ST, no que tange a aplicação de ações efetivas e eficazes para a promoção e proteção da saúde desses trabalhadores.

O espaço domiciliar é considerado ambiente restrito daqueles que ali residem ou são convidados a entrar. Para realizar ações de VISAT é imprescindível observar o local de trabalho domiciliar, seus espaços, conhecer o processo produtivo, a forma como a atividade é realizada, permitindo identificar e conhecer os riscos e perigos a que o trabalhador está exposto no local de trabalho. Entrar nas casas das pessoas/trabalhadores, conhecer seus hábitos, rotinas e particularidades no trabalho, exige uma relação de confiança, que não é adquirida facilmente.

No contexto das particularidades do trabalho domiciliar informal, individual e específico, no município de Araxá, partindo da necessidade de conhecer o processo produtivo domiciliar, observa-se uma necessidade de criar estratégias no âmbito da ST, de como aproximar-se dessa classe trabalhadora com o intuito de promover melhores condições de trabalho e consequentemente melhores condições de saúde.

Considerando a responsabilidade da PNSTT em promover melhores condições de saúde para os trabalhadores no âmbito do SUS, faz-se necessário uma atenção especial na prática de desenvolvimento de estratégias que busquem soluções para os problemas de saúde dos trabalhadores domiciliares informais. Em função dos resultados encontrados, um dos desafios da VISAT no município de Araxá é incorporar o desenvolvimento das ações de ST de forma integrada, articulada e transversal com as demais áreas da vigilância em saúde e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente com a participação ativa e colaborativa da Atenção Primária em Saúde (APS), baseado no pressuposto de que as equipes da APS, que já lidam no cotidiano com as ações de assistência domiciliar, principalmente através das ACS, que possuem acesso aos espaços de trabalho e que através de um olhar sensível, podem identificar as atividade domiciliares, os riscos e perigos existentes no espaço de atividade domiciliar, como estratégia importante na utilização dos saberes e conhecimentos das ACS, para uma construção periódica e dinâmica do perfil produtivo dos trabalhadores, com participação ativa dos saberes e percepções dos trabalhadores.

A descrição da ESF como serviço de primeiro contato ou porta de entrada é um aspecto fundamental para sua implantação como modelo de atenção primária à saúde abrangente, a qual deve prestar atendimento das maiores necessidades de saúde de uma determinada população e para promover e regular o acesso a outros níveis de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos.

Soma-se a isso, a importância da realização do diagnóstico do perfil produtivo por micro área da ESF, o que permite identificar as atividades econômicas existentes na área de abrangência, as principais ocupações e os riscos e perigosos aos quais os trabalhadores estão expostos, e com base nesse perfil, possibilitar a atuação da equipe técnica do CEREST, em planejar ações de VISAT, inseridas na RAS/ESF, com objetivo de informar e orientar os trabalhadores sobre medidas de promoção, prevenção e controle dos riscos de acidente e adoecimentos relacionados ao processo produtivo. Ações essas que requerem comprometimento e envolvimento não só da equipe multi e interdisciplinar do CEREST, mas também necessita de uma colaboração e participação da equipe de profissionais da ESF, para divulgar, organizar, incentivar e estimular a participação ativa dos trabalhadores domiciliares informais, na realização das atividades propostas e ou até mesmo inovadoras.

De forma concomitante, coloca-se a necessidade da realização no território, do perfil epidemiológico desses trabalhadores, conhecer as doenças e os agravos, assim como as causas de adoecimento, sendo para isso, necessário a participação, colaboração e comprometimento dos profissionais de saúde na identificação do nexo causal, ação essa que deve ser identificada

na RAS do município e que requer a realização de uma anamnese ocupacional para identificação da relação do adoecimento com o trabalho, garantindo a notificação desses agravos e adoecimentos, juntamente ao serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) do município, produção e inserção de dados no SINAN, com vistas a subsidiar o planejamento e execuções de ações em ST.

Ao trazer uma visão mais integral do processo saúde/trabalho/doença, a VISAT amplia a concepção de saúde, e sua inserção nas redes de atenção, com efetiva integração com a atenção primária, possibilitando mudança da lógica do modelo de atenção curativo (com ênfase na doença), para um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores no âmbito do SUS, ampliando o olhar para além da doença, considerando os processos de trabalho e seus reflexos e impactos nas condições de saúde e vida dos indivíduos e de suas famílias.

A prevenção dos acidentes, agravos e doenças relacionados ao trabalho baseia-se nos procedimentos de vigilância dos agravos à saúde e dos processos e condições de trabalho e seu entendimento exige a articulação de conhecimentos interdisciplinares e o saber do trabalhador, sistematizado a partir do registro sobre o processo ou a organização do trabalho/atividade e a percepção de adoecimento, de riscos e de vulnerabilidades, considerando a multiplicidade de fatores envolvidos na determinação das doenças relacionadas ao trabalho.

Existem muitos desafios a serem enfrentados nas questões relacionadas ao adoecimento relacionado ao trabalho domiciliar informal; dentre elas, destacam-se, a necessidade de debates sobre políticas públicas em ST; mudanças contínuas na gestão do trabalho e na relação com situações de adoecimentos dos trabalhadores, além da necessidade latente de ações conjuntas e coordenadas, a nível nacional, estadual e municipal que envolvam consensos sobre as ações da VISAT.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho procurou-se dar visibilidade ao trabalho domiciliar informal no município de Araxá-MG, conhecer o perfil produtivo de um percentual de trabalhadores informais que desenvolvem suas atividades produtivas no domicílio, sem possuir vínculos previdenciários, direitos trabalhistas e sociais previstos na legislação brasileira.

O levantamento realizado do trabalho domiciliar, por amostragem, mesmo com as limitações de acesso ao processo produtivo, permitiu conhecer melhor qual o perfil dos trabalhadores, em que tipo de atividade essa forma de trabalho predomina, permitindo ter uma melhor visão de como esse trabalho é realizado, quais os riscos os trabalhadores estão expostos, qual a relação desses trabalhos com as queixas que os trabalhadores expuseram na entrevista e quais as necessidades e impactos esses trabalhos têm para com os trabalhadores, todos esses dados servirão de contribuição para subsidiar o desenvolvimento de ações de VISAT.

Nessa amostra de pesquisa foi possível observar que o trabalho domiciliar passa a ser uma alternativa para se ter uma remuneração e conciliar as atividades de trabalho e atividades do lar, como cuidar dos filhos, da casa e de familiares, porém aumentando a carga de exposição a rotinas intensas, com carga horária de trabalho prolongada, mediando serviços do lar e atividades de trabalho e principalmente utilizando locais de trabalho improvisados.

Durante a entrevista houve um consenso na importância dada pelas trabalhadoras do sexo feminino, em relação a flexibilização de horário para escolha do trabalho domiciliar, podendo definir seu horário de trabalho, facilitando a conciliação com as responsabilidades familiares.

Foi observado uma dificuldade dos trabalhadores em calcular seu ganho de fato, talvez por não conseguir separar o tempo despendido de trabalho e nem mesmo os custos gastos com energia, água, manutenção dos equipamentos e outros gastos. Uma queixa comum relatada foi o fato de não poder fazer compromisso com a renda, pois não se tem uma renda fixa no final do mês.

Em se tratando de ambiente e processo de trabalho, foi observado uma resistência por parte dos trabalhadores em mostrar ou falar sobre o processo de trabalho, talvez por vergonha ou receio de mostrar a escassez de recursos materiais e ou estruturas inadequadas, misturadas ou conjuntas com as dependências familiares, com pouca ou nenhuma privacidade no trabalho, pois muitas vezes não se separa ambiente de trabalho e ambiente familiar. Outra questão relatada por vários trabalhadores, em relação ao trabalho domiciliar, foi o fato de não ter horário de almoço, jantar ou mesmo descanso, os clientes não têm percepção em relação a horários de

atendimento, invadindo muitas vezes a privacidade do trabalhador e da família na procura por atendimento, seja no horário de almoço, jantar, manhã ou durante a noite.

O conhecimento do processo saúde/doença decorrente do trabalho através do levantamento das condições de saúde e dos riscos e fatores do trabalho que podem gerar ou desencadear doenças ou agravos é fundamental para propor medidas para a prevenção e o controle das doenças relacionadas ao trabalho, além de subsidiar o planejamento das ações de ST juntamente com a rede de atenção à saúde.

Nas entrevistas e conversas com os trabalhadores domiciliares, sobre estarem na informalidade, foi possível observar que apesar das queixas relativas às condições de trabalho, à privação dos direitos trabalhistas, de proteção social, de assistência à seguridade e da falta de oportunidade de emprego formal, observamos a importância do trabalho domiciliar na vida dos entrevistados, compreendemos que o trabalho desenvolvido por eles, faz parte da realização individual, ao modificar a natureza e produzir bens, previamente concebidos, para satisfazer as suas necessidades ou dos membros da sua comunidade. E assim, podemos concluir que o trabalho faz parte da condição da vida humana, na medida em que pode possibilitar a construção de identidade, na identificação das pessoas associado a sua ocupação e ao que produz, sendo meio de sociabilização e de apropriação material.

A pesquisa realizada, nos traz resultados desafiadores para a VISAT municipal, mas ao mesmo tempo norteia e contribui para o planejamento de ações voltadas para a ST domiciliar informal, através de articulações entre os setores envolvidos, matriciamento e realização de intervenções efetivas pelo serviço do CEREST Regional Araxá juntamente às equipes de ESF, identificando os trabalhadores domiciliares informais, suas atividades laborais e as suas possíveis consequências para a saúde, propondo o estabelecimento de diretrizes e prioridades para o desenvolvimento de ações focadas na VISAT, com participação ativa dos trabalhadores domiciliares.

8 REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo and ALVES, Giovanni. **As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital.** *Educ. Soc.* [online]. 2004, vol.25, n.87, pp.335-351. ISSN 1678-4626. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302004000200003>

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. **Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/Bahia.** Salvador: DIVAST, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico, 2010.** Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde:** Caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2 ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER):** distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes **de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico]. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 41. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico]. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 41, Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<https://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_trabalhadora.pdf>. acesso em: 21 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. Renast online. **Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS, 2012**. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/recursos/diretrizes-implanta%C3%A7%C3%A3o-vigil%C3%A2ncia-sa%C3%BAde-trabalhador-sus>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

BRÁZ, Aline de Carvalho. **O trabalho domiciliar e seus impactos na saúde do trabalhador:** uma aproximação à realidade dos trabalhadores têxteis em Juiz de Fora. 2011.

COTTA Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2006;15(3):7-18. Disponível em:

<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742006000300002>. Acesso em: 07 de jul.2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>

DEJOURS, Christophe. **Subjetividade, trabalho e ação.** 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. saúdeocup.** 2013, vol.38. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100007>

_____; HOEFEL, Maria da Graça. **O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS:** a estratégia da RENAST. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.4. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2005.v10n4/817-827/>>. Acesso em: 14 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400007>

FACCHINI LA, PICCINI RX, TOMASI E, THUMÉ E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA FV, et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Cienc. Saúde Col.** 2006;11(3):669-81. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30982.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>

FUNDAÇÃO João Pinheiro. **IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social.** Disponível em: <<http://imrs.fjp.mg.gov.br/Home/IMRS>>. Acesso em: 17 set. 2020.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **O campo da Saúde do Trabalhador:** resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações Trabalho-Saúde. Cad. Saúde Pública. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>

_____ ; SANTOS, Ana Paula Lopes dos. **Saúde do Trabalhador, hoje:** re-visitando atores sociais. Ver Med. Minas Gerais, 20 (2 Supl. 2): S5-S12, 2010. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/261/244>>. Acesso em: 22 out. 2020.

LAVINAS, Lena; SORJ, Bila; BARSTED, Leila Linhares; JORGE, Angela. **Trabalho a domicílio:** Novas formas de contratualidade. IPEA, 2000.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast):** reflexões sobre a estrutura de rede. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, mar. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em: 18 out. 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742011000100010>

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Propósito da vigilância em saúde do trabalhador. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 10, v. 4, p. 987-92, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400021>. Acesso em: 17 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400021>

MATTAR JÚNIOR, Rames. **Tenosinovite estenosante dos flexores – ou dedo em gatilho.** Rev. Einstein. 6 (Supl. 1): S143-S6, 2008.

MENDES, René; CAMPOS, Ana Cristina Castro Campos. **Saúde e Segurança no Trabalho Informal: Desafios e Oportunidades para a Indústria.** Disponível em: <[https://www.renastonline.ensp.fiocruz.br//default/files/arquivos/recursos/SST_no_trabalho_informal.pdf](http://renastonline.ensp.fiocruz.br//default/files/arquivos/recursos/SST_no_trabalho_informal.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2021.

NORMANDO, Ana Lúcia. Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 1-4, jan./abr., 2011. Disponível em: <https://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/boletim_4.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

OLIVEIRA, Hilderline Câmara; SANTOS, Joseneide Sousa Pessoa; CRUZ, Eduardo Franco Correia. **O MUNDO DO TRABALHO: concepções e historicidade**. 2007.

PEREIRA, Cibélia Aparecida. **Análise do processo de trabalho das indústrias de confecções da região de Londrina-Pr.** 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000123274>>. Acesso em: 17 set. 2020.

PINHEIRO, Vinícius. C.; MIRANDA, R. M. B. O perfil dos não contribuintes da Previdência Social. **Informe da Previdência Social**, Brasília, v. 12, n. 3, mar. 2000.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos et al. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 3, dez. 2008. ISSN 2176-9133. Disponível em:<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13044>>. Acesso em: 08 jul. 2020. <https://doi.org/10.5380/ce.v13i3.13044>

RITTER, Fernando; ROSA, Roger dos Santos; FLORES, Rui. **Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação**. Cad. Saúde Pública.2013, vol.29, n.12, pp.2523-2534. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001200016&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 06 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132812>

SANTOS CH. **Subsídios para elaboração do diagnóstico administrativo de enfermagem. Legislações e Normas COREN-MG**. Ed. Especial. Belo Horizonte: 2002. Gestão1999/2002. p. 29-32. Disponível em: <<https://www.corenmg.gov.br/public/anexos/modelDiagnosticos.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

VARGAS, Juliano. **A informalidade no mercado de trabalho:** Um desafio institucional permanente para a economia brasileira. 2015.

_____. **O mundo, o Brasil e a informalidade do trabalho:** uma abordagem conceitual. 2016.

VIEIRA, Meire Cristina da Fonseca. **O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador:** uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009. 2009.

SOUZA, Alessandra Martins; SILVAL, Flávia Cristina Silva; MANO, Marcel. **O trabalho informal domiciliar nas bancas de pesponto no Setor calçadista de Uberaba:** novas e velhas demandas do Serviço social. 2018.

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO DOMICILIAR INFORMAL: Desafio para vigilância em Saúde do Trabalhador

Pesquisador: WILLIAM RODRIGUES FERREIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18150819.0.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.763.225

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.673.293, de 31 de outubro de 2019.

Conforme apresenta o protocolo: Estudo exploratório quali-quantitativo em que será aplicado um questionário semiestruturado socioeconômico ocupacional; observação das condições dos ambientes e processos de trabalho domiciliar, dos fatores e das situações de risco no processo de trabalho; descrição participativa dos trabalhadores domiciliares e sua percepção em relação ao trabalho que desenvolvem.

Participarão 50 trabalhadores domiciliares do município de Araxá-MG, de duas micro áreas de ESF, geográfica e economicamente distintas para realização de visita in loco nos ambientes de trabalho domiciliar.

Serão utilizadas como fontes secundárias de dados as informações do banco de dados das unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), as fichas de cadastro familiar utilizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Identificar as atividades domiciliares informais ligadas a economia do município de Araxá e a diversidade de situações envolvidas na dinâmica do processo produtivo.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica	CEP: 38.408-144
Bairro: Santa Mônica	
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131	Fax: (34)3239-4131
	E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.763.225

Secundários: - Traçar o perfil produtivo dos trabalhadores domiciliares informais do município de Araxá-MG; - Caracterizar os ambientes e processos de trabalho no setor informal domiciliar; - Contribuir para a ampliação do entendimento e desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador acerca dos problemas ambientais e de saúde decorrentes do trabalho domiciliar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

RISCOS: Risco de identificação, constrangimento ao responder o questionário; constrangimento em falar sobre o ambiente e o processo de trabalho e sobre possíveis acidentes ou adoecimentos. Para minimizar o risco de identificação do participante serão empregados códigos para identificação. O sigilo das informações e do material coletado dos participantes da pesquisa receberá cuidados especiais para aplicação do questionário e cuidados especiais para que não ocorra quebra de sigilo. Logo após a consolidação dos dados da pesquisa e o término do trabalho, todo o material coletado que possui identificação será delatado. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Todos os relatos, depoimentos e informações serão gravados em um aparelho de MP3 e, posteriormente, arquivados em um CD. Tanto o CD quanto o material utilizado para transcrever as entrevistas ficarão em poder da pesquisadora por um período de cinco anos e, ao término deste, todo este material será incinerado.

A pesquisa terá riscos de constrangimento ao responder as perguntas, mas serão minimizados uma vez que as informações serão colhidas através de uma entrevista por questionário e em ambiente reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. O pesquisador exercerá o cuidado na abordagem, fazendo-a de maneira reservada e individual, acompanhando os sujeitos no preenchimento das respostas, mantendo sigilo em todas as etapas da pesquisa. O pesquisador estará atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Assegurará a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico financeiro.

BENEFÍCIOS: Os participantes da pesquisa poderão ser beneficiados com o entendimento sobre os riscos ocupacionais e adquirindo um olhar perceptivo, possibilitando reflexões sobre segurança no ambiente e processo de trabalho, reconhecendo situações de risco de acidentes e doenças ocupacionais e promovendo medidas de promoção e prevenção no ambiente e processo de trabalho. O levantamento destes dados trará benefícios para a área de Vigilância em saúde do

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica	CEP: 38.408-144
Bairro: Santa Mônica	
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131	Fax: (34)3239-4131
	E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.763.225

trabalhador, respaldando em futuras sugestões de ações de promoção e prevenção da saúde e segurança dos trabalhadores. Após a pesquisa, se o trabalhador concordar, poderá receber orientações sobre formas de prevenção e proteção da saúde e segurança no trabalho, por ações educativas e assistenciais pela vigilância em saúde do trabalhador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Lista de Pendências apresentada pelo CEP/UFU no seu Parecer Consustanciado Número 3.530.131 foi atendida.

1- Fazer as alterações necessárias na versão do Projeto gerada pela Plataforma Brasil, conforme o Projeto detalhado.

RESPOSTA: "Conforme solicitado no parecer Nº 3.673.293, no dia 14 de novembro de 2019, foi realizado todas as mudanças na versão do Projeto gerado pela Plataforma Brasil." ANÁLISE: As alterações foram feitas no PB conforme o projeto detalhado.

ATENDIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consustanciado número 3.673.293, de 31 de outubro de 2019, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Maio de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Endereço:	Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro:	Santa Mônica
UF:	MG
Município:	UBERLÂNDIA
Telefone:	(34)3239-4131
CEP:	38.408-144
Fax:	(34)3239-4131
E-mail:	cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.763.225

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.763.225

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1301344.pdf	04/12/2019 17:04:12		Aceito
Outros	PARECERCEP.doc	04/12/2019 17:03:32	WILLIAM RODRIGUES FERREIRA	Aceito
Outros	respostacep.docx	17/09/2019 22:45:54	WILLIAM RODRIGUES FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.docx	17/09/2019 22:42:02	WILLIAM RODRIGUES FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/07/2019 13:00:39	WILLIAM RODRIGUES FERREIRA	Aceito
Outros	linkcurriculo.docx	30/07/2019 08:39:10	WILLIAM RODRIGUES FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocepcorrigido.doc	30/07/2019 08:09:37	WILLIAM RODRIGUES FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcla.docx	30/07/2019 08:09:01	WILLIAM RODRIGUES FERREIRA	Aceito
Outros	ANEXOquestionario.doc	22/07/2019 14:50:11	WILLIAM RODRIGUES FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodeequipe.pdf	22/07/2019 14:45:35	WILLIAM RODRIGUES FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoinstituicao.pdf	22/07/2019 14:31:08	WILLIAM RODRIGUES FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.763.225

UBERLÂNDIA, 11 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

9.2 Anexo 2

Autorização da instituição coparticipante

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa **"TRABALHO DOMICILIAR INFORMAL: Desafio para vigilância em Saúde do Trabalhador"** será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos Participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

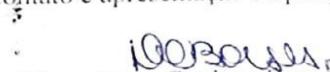
Autorizo a pesquisadora, Flávia Aparecida Freire de Almeida, a realizar as etapas referentes à pesquisa de trabalho de mestrado, utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Etapa 1 - Descrição das atividades domiciliares, do município de Araxá:

- Momento de conversa com o coordenador / gerente de cada Estratégia Saúde da Família, juntamente com a equipe de Agentes Comunitários de Saúde, para obter informações relativas a cada território sobre a existência de atividade/trabalho domiciliar em cada micro área, direcionando a busca e analisando aspectos relevantes.
- Busca das informações no banco de dados das unidades de ESF, nas fichas de cadastro familiar utilizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) conforme a porcentagem de cobertura de ESF no município de Araxá que corresponde a 60%, possuindo um total de 14 unidades de ESF;

Etapa 2 - Visita in loco nos ambientes de trabalho domiciliar;

- Escolha por amostragem de duas micro áreas de ESF/PACS, para ser realizado um trabalho in loco, conforme conversa com coordenadores e ACS das ESF/PACS. A visita será realizada juntamente com a ACS responsável pela micro área da ESF, em sua rotina normal de trabalho, visitando os domicílios onde existe trabalho domiciliar informal para um primeiro contato e apresentação da pesquisa;


 Diane Dutra Cardoso Borges, Secretaria Municipal de Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde
 Prefeitura Municipal de Araxá
 Araxá, 30 de Janeiro de 2019

APÊNDICE I

Entrevista semiestruturada com trabalhador (a) domiciliar

- 1- Sexo: () Masculino () Feminino
- 2- Idade:
- 3- Escolaridade:
- 4- Quantas pessoas moram no domicílio?
() Duas pessoas. () Três pessoas. () Quatro pessoas. () Cinco pessoas.
() Seis pessoas. () Mais de 6 pessoas. () Moro sozinho.
- 5- Ocupação (Atividade exercida no domicílio):
- 6- Renda mensal:
- 7- Possui vínculo empregatício?
- 8- Realiza contribuição previdenciária?
- 9- Exerce outra atividade produtiva fora do domicílio?
- 10- Se sim, qual? () Formal ou () Informal
- 11- Tempo de trabalho na ocupação/ atividade domiciliar:
- 12- Ocupação anterior? () Formal ou () Informal
- 13- Tempo de trabalho na ocupação anterior?
- 14- O trabalhador já se acidentou no trabalho?
- 15- O trabalhador possui alguma dor/ doença ou agravo? Qual?
- 16- Se caso possui, tem relação com o trabalho?
- 17- Recebe algum auxílio da Previdência Social ou outros? Qual?
- 18- O trabalhador utiliza Equipamento de proteção individual? Qual ou quais?
- 19- Quais os riscos ocupacionais o trabalhador identifica no seu ambiente/ processo de trabalho?
() Risco químico () Risco físico () Risco biológico () Risco Ergonômico
() Acidente
- 20- Qual o motivo da escolha do trabalho domiciliar?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “TRABALHO DOMICILIAR INFORMAL: Desafio para vigilância em Saúde do Trabalhador”, sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. William Rodrigues Ferreira, professor da Universidade Federal de Uberlândia e Flávia A. Freire de Almeida, Fisioterapeuta, funcionária Pública lotada no CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional Araxá, mestranda na Universidade Federal de Uberlândia.

Nesta pesquisa estou buscando identificar as atividades domiciliares informais ligadas a economia do município de Araxá e a diversidade de situações envolvidas na dinâmica do processo produtivo para ampliação do entendimento e desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador acerca dos problemas ambientais e de saúde decorrentes do trabalho domiciliar.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela mestranda, Flávia A. Freire de Almeida, no primeiro contato com os trabalhadores domiciliares, antes da obtenção de qualquer dado. O trabalhador terá um tempo para decidir se quer participar ou não da pesquisa, conf. item IV da Resol. CNS 466/12 ou Cap. III da Resol. 510/2016. Na sua participação, em um período de tempo de aproximadamente 30 minutos, você será submetido a um questionário semiestruturado socioeconômico ocupacional, e observação das condições dos ambientes e processos de trabalho domiciliar, dos fatores e das situações de risco, juntamente com descrição participativa dos trabalhadores domiciliares, sobre os pontos de vista e a percepção dos trabalhadores em relação ao trabalho desenvolvido por eles; todos os relatos, depoimentos e informações serão gravados em um aparelho de MP3 e, posteriormente arquivados em um CD. Vale destacar que, tanto este CD quanto o material utilizado para transcrever as entrevistas ficarão em poder da pesquisadora por um período de cinco anos, quando ao término deste, todo este material será incinerado.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Acredita-se que o presente trabalho apresenta riscos mínimos aos seus participantes, podendo haver constrangimento ao responder o questionário; constrangimento em falar sobre o ambiente e o processo de trabalho e sobre possíveis acidentes ou adoecimentos. O sigilo das informações e do material coletado e a identidade dos participantes da pesquisa, receberá cuidados especiais para aplicação do questionário e cuidados especiais para que não ocorra quebra de sigilo, logo após a consolidação dos dados da pesquisa e o término do trabalho, todo o material coletado que possui identificação será delatado. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Os participantes da pesquisa poderão ser beneficiados com o entendimento sobre os riscos ocupacionais e adquirindo um olhar perceptivo, possibilitando reflexões sobre segurança no ambiente e processo de trabalho, reconhecendo situações de risco de acidentes e doenças ocupacionais e promovendo medidas de promoção e prevenção no ambiente e processo de trabalho. O levantamento destes dados trará benefícios para a área de Vigilância em saúde do trabalhador, respaldando em futuras sugestões de ações de promoção e prevenção da saúde e segurança dos trabalhadores. Após a pesquisa se for do consentimento do trabalhador, poderá receber orientações sobre formas de prevenção e proteção da saúde e segurança no trabalho, por ações educativas e assistenciais pela vigilância em saúde do trabalhador.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Flavia Aparecida Freire de Almeida, telefone 34-999562420/34-36624390 e no local de trabalho, rua Calimério Guimaraes, número 462, bairro centro no município de Araxá – MG. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus Santa Mônica* – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Araxá,de..... de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE III

Carta Convite

Convite para participação na pesquisa "Trabalho Domiciliar informal: Desafio para vigilância em Saúde do Trabalhador"

Você é um trabalhador domiciliar? Desenvolve alguma atividade de trabalho no seu domicílio?

O Professor Dr. William Rodrigues Ferreira, professor da Universidade Federal de Uberlândia e Flávia A. Freire de Almeida, Fisioterapeuta, funcionária Pública lotada no CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional Araxá, mestrandna na Universidade Federal de Uberlândia, convida todos os trabalhadores que desenvolvem algum tipo de trabalho no seu próprio domicílio, para participarem da pesquisa **"Trabalho Domiciliar informal: Desafio para vigilância em Saúde do Trabalhador"**

Nesta pesquisa estamos buscando a identificação das atividades domiciliares informais ligadas a economia do município de Araxá e a diversidade de situações envolvidas na dinâmica do processo produtivo para ampliação do entendimento e desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador acerca dos problemas ambientais e de saúde decorrentes do trabalho domiciliar.

Na sua participação, em um período de aproximadamente 30 minutos, você será submetido a um questionário semiestruturado socioeconômico ocupacional, e observação das condições dos ambientes e processos de trabalho domiciliar, dos fatores e das situações de risco, juntamente com descrição participativa dos trabalhadores domiciliares, sobre os pontos de vista e a percepção dos trabalhadores em relação ao trabalho desenvolvido por eles.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os participantes da pesquisa poderão ser beneficiados com o entendimento sobre os riscos ocupacionais e adquirindo um olhar perceptivo, possibilitando reflexões sobre segurança no ambiente e processo de trabalho, reconhecendo situações de risco de acidentes e doenças ocupacionais e promovendo medidas de promoção e prevenção no ambiente e processo de trabalho.

Para participar da pesquisa entre em contato para agendarmos uma conversa: telefone/whatsapp: (34) 999562420, ou e-mail: flaviafreirefisio@yahoo.com.br

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

A447 Almeida, Flavia Aparecida Freire de, 1974-
2021 TRABALHO DOMICILIAR INFORMAL: Desafio para vigilância
em Saúde do Trabalhador de Araxá-MG [recurso
eletrônico] / Flavia Aparecida Freire de Almeida. -
2021.

Orientadora: Vivianne Peixoto da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.710>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Silva, Vivianne Peixoto da,
1978-, (Orient.). II. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, PPGAT				
Data:	27/10/2021	Hora de início:	14:00h	Hora de encerramento:	17:00h
Matrícula do Discente:	11812GST026				
Nome do Discente:	Flávia Aparecida Freire de Almeida				
Título do Trabalho:	Trabalho domiciliar informal: Desafio para vigilância em Saúde do Trabalhador de Araxá-MG				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Meet, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores Doutores: Prof. Dr. William Rodrigues Ferreira, Instituição: UFU ; Prof. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh, Instituto de Ciências da Saúde: UFTM, membro externo; Prof. Dra. Vivianne Peixoto da Silva, Instituição: UFU ; orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Prof. Dra. Vivianne Peixoto da Silva, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(as) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado (a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **ISABEL APARECIDA PORCATTI DE WALSH**, Usuário **Externo**, em 25/11/2021, às 17:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vivianne Peixoto da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 08/12/2021, às 09:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **William Rodrigues Ferreira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 08/12/2021, às 11:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3198327** e o código CRC **74AF9CA3**.