

LUCIANA CUGLIARI

**“TRAPP” - TRABALHO INFORMAL, PRECÁRIO
OU PERIGOSO:**

abordagem de ação coletiva para vigilância de acidentes e doenças
do trabalho, em Campinas-SP.

CAMPINAS

2006

LUCIANA CUGLIARI

**“TRAPP” - TRABALHO INFORMAL, PRECÁRIO
OU PERIGOSO:**

abordagem de ação coletiva para vigilância de acidentes e doenças
do trabalho, em Campinas-SP.

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: Prof. Dr. HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

C895t Cugliari, Luciana
“TRAPP” – Trabalho informal, precário ou perigoso: abordagem de
ação coletiva para vigilância de acidentes e doenças do trabalho, em
Campinas - SP / Luciana Cugliari. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde pública . 2. Acidentes de trabalho. 3. Saúde
ocupacional. I. Corrêa Filho, Heleno Rodrigues. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

**Título em ingles: “TRAPP” – Informal, precarious or dangerous work: A
Collective action approach to the surveillance of labor accidents and
injuries in South-eastern Brazil**

Keywords: • Public health
• Work accidents
• Occupational Health

Área de concentração : Epidemiologia

Titulação: Mestrado

Banca examinadora: Prof Dr Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Profa. Dra. Maria Inez Monteiro

Prof Dr Rodolfo Andrade Gouveia de Vilela

Data da defesa:15/02/2006

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho

MEMBROS:

1. Profa. Dra. Maria Inêz Monteiro

2. Prof. Dr. Rodolfo Andrade Gouveia de Vilela

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:15/02/2006

DEDICATÓRIA

Com imensa gratidão, dedico esse trabalho ao meu orientador, Professor Heleno, que me permitiu essa fantástica viagem com descobertas que não podia imaginar que faria, pelo caráter exemplar, pela dignidade incontestável, pela humanidade gigantesca e pela mão sempre mestra e amiga.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem Ele nada há.

Aos meus pais, José Eduardo e Maria Antonieta, pelo amor incondicional e por me ensinarem os caminhos que tornaram possível a vitória sobre os mais variados obstáculos e que faz transcender os momentos que parecem abismos sem fim.

Ao meu irmão, Mateus, pelo TUDO que significa em minha vida. Por ser irmão, amigo, ouvido...meu mestre *muitas* vezes.

Ao meu amor, Renato, por sempre acreditar em mim, me encorajando, e por me acolher em seu amor nos momentos difíceis também.

À minha querida Sofia, pela maravilhosa imagem do seu sorriso inocente (e sapeca!) que muitas vezes foi meu oásis.

À querida amiga Ana Luíza, pelo apoio imprescindível, e por ser sempre pronta e solícita.

Ao Centro de Saúde DIC III, na pessoa das Agentes Comunitárias de Saúde e da Coordenadora Rosana Garcia, por terem acreditado e apoiado nossa idéia.

Ao Distrito de Saúde Sudoeste, na pessoa de José Fernando Loureiro pela parceria que viabilizou a realização do estudo.

“Se existe amor, há também esperança de existirem, verdadeiras famílias, verdadeira fraternidade, verdadeira igualdade e verdadeira paz. Se não há mais amor dentro de você, se você continua a ver os outros como inimigos, não importa o conhecimento ou o nível de instrução que você tenha, não importa o progresso material que alcance, só haverá sofrimento e confusão no cômputo final. O homem vai continuar enganando e subjulgando outros homens, mas insultar ou maltratar os outros é algo sem propósito.”
(Sua Santidade, o Dalai Lama)

“aquele que ama ao próximo cumpriu a lei” (Rom 13,8)

| | PÁG. |
|---|-------------|
| RESUMO | <i>viii</i> |
| ABSTRACT | <i>x</i> |
| INTRODUÇÃO GERAL | 12 |
| Hipótese geral..... | 24 |
| OBJETIVOS | 25 |
| CAPÍTULOS | 27 |
| 1º ARTIGO- O trabalho informal e a saúde dos trabalhadores: uma revisão de literatura. (*)..... | 28 |
| 2º ARTIGO- Trabalho em condições precárias e perigosas na periferia urbana sob o olhar dos Agentes Comunitários de Saúde: 2004-2005.(*)..... | 47 |
| DISCUSSÃO GERAL | 73 |
| CONCLUSÃO GERAL | 76 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 79 |
| ANEXOS | 85 |
| FICHA PARA TRABALHO PRECÁRIO E PERIGOSO..... | 86 |
| QUESTÕES PARA OS CASOS – ACIDENTADOS OU DOENTES..... | 89 |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 91 |

RESUMO



“TRAPP” – Trabalho informal, precário ou perigoso: abordagem de ação coletiva para vigilância de acidentes e doenças do trabalho, em Campinas-SP

O projeto denominado “TRAPP” - Trabalho informal, precário e perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS teve como objetivos: detectar riscos de Acidentes e doenças no Trabalho e de modalidades identificáveis de PERIGO ou de PRECARIIDADE no trabalho indocumentado (informal), na área de atuação de equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foram combinados métodos de investigação epidemiológica por local e eventos-sentinelas em base populacional, o delineamento das informações e dos procedimentos de coleta e intervenção foi feito através de grupos focais com trabalhadores de saúde e lideranças locais. A informação epidemiológica e social foi subsídio para discutir os problemas encontrados em grupos focais denominados 'Núcleos de Saúde Coletiva'(NSC) com objetivo de intervir localmente de modo adequado. Nos 12 meses de coleta os 115 trabalhadores encontrados relataram cargas horárias semanais de trabalho com média e mediana de 30 horas e erro padrão de 1,267. Estimou-se o total de 184.444 horas trabalhadas em 52 semanas. A frequência de acidentes com e sem afastamento no grupo foi de 10,4% ao ano ou 6,5 por 100 mil horas trabalhadas. Houve 670 horas perdidas resultando na proporção de tempo perdido de 0,36%. O trabalho das ACS baseou-se em relações de vínculo familiar e confiança de que as informações confidenciais das famílias não seriam repassadas para instituições repressoras do aparelho do Estado. Isso gerou conflito não resolvido com a intenção de fazer vigilância de acidentes no trabalho.

Palavras-chave: Saúde pública, Acidentes de trabalho, Saúde do trabalhador.

ABSTRACT



INTRODUÇÃO GERAL

“TRAPP” - Informal, precarious or dangerous work: A collective action approach to the surveillance of labor accidents and injuries in South-eastern Brazil.

The “TRAPP” Project meant to address the non-documented, precarious or dangerous jobs in the informal market with the collective approach of health services workers in the Brazilian Unified Health System (SUS). The objectives were to detect risks of work related diseases and accidents besides identifiable forms of danger and precariousness in the sector, through the action of teams of Community Health Agents (ACS). A combination of epidemiologic and focus groups intervention was set, using sentinel events and places of a population based team and designing data collection forms and intervention proposals together with local community leaders. The epidemiologic and social information subsidized focus groups of multi-professional health workers teams (NCS) to discuss and find out adequate means for intervention. A twelve months prospective follow-up detected 115 workers that reported working the median and mean time of 30 hours/week (standard error of 1.267). There were 184,444 estimated yearly worked/hours during the 52 weeks period. The accidents frequency rate was 10.4% a year or 6.5 per 100 thousand worked hours. The proportion of lost work time was 0.36% (670/184,444 h). The ACS strategy was based in building family links and trust that information would not be passed to the state repressive institutions. This raised a potential unsolved conflict with the purpose of carrying out work accidents surveillance.

Keywords: Public Health, Work Accidents; Occupational Health.

A gênese do projeto deriva da complexidade e multiplicidade de questões presentes nas áreas de saúde do trabalhador e ambiental. Neste sentido, com o intuito de formular ações alternativas de atuação nessas áreas, buscou-se a criação de uma rede de cooperação entre universidades, serviços de saúde, sindicatos e instituições não governamentais para o intercâmbio de informações e experiências. Com esse objetivo, foi realizada, no ano de 2000, a “Primeira Conferência em Saúde Ocupacional e Ambiental” na cidade de Morélia, no México, reunindo representantes de vários países americanos. O resultado concreto desta conferência foi o desenho do projeto de cooperação “Observatório das Américas” na área de saúde, trabalho e meio ambiente.

Em prosseguimento às atividades iniciadas no México, realizou-se a “II Conferência de Saúde Ocupacional e Ambiental: Integrando as Américas”, em Salvador/ Bahia, entre 17 e 20 de junho de 2002, reforçando a necessidade de viabilizar a cooperação internacional entre diversas instituições, com vistas à melhoria do meio ambiente e das condições de trabalho e saúde nas Américas. Em 2003 foi lançado o Observatório de Saúde do Trabalhador, iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com a Representação da OPAS/OMS no Brasil. Seu objetivo é facilitar o acesso à informações e análises sobre saúde do trabalhador, facilitando a produção de estudos e pesquisas e a formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e projetos setoriais na área, com vistas ao desenvolvimento de um efetivo controle social.

Com o intuito de contribuir com o desenvolvimento desta rede internacional de cooperação, foi idealizado, em 2001, o projeto conjunto de pesquisa intitulado "Work and Health in México and Brazil", entre universidades dos Estados Unidos da América - Massachusetts – Lowell (UMASS/Lowell); do México - Sonora, Morélia e UNAM e do Brasil - Universidade Estadual de Campinas/SP (UNICAMP), Universidade Federal de Pelotas/RS e Universidade Federal da Bahia/ BA, com o objetivo principal de oferecer oportunidades para reunir e organizar redes de pesquisadores, profissionais, representações sindicais e ONG's atuantes na área de saúde, trabalho e meio ambiente, para reforçar a solidariedade e a cooperação internacional entre as diversas instituições das Américas.

Os objetivos específicos da cooperação internacional estabelecidos foram:

- ✓ discutir os principais problemas de saúde, trabalho e meio ambiente associadas aos impactos da globalização, da emergência de novas tecnologias produtivas e de gestão e das políticas sociais excludentes praticadas nas Américas;
- ✓ propiciar momentos de conhecimento e troca de experiências no âmbito da ação e desenvolvimento de projetos, lutas sociais em saúde e meio ambiente nos diversos países das Américas, tornando possível o conhecimento e a difusão das estratégias vitoriosas e importantes entre os povos americanos;
- ✓ discutir avanços na produção do conhecimento, nas pesquisas, nas ações educativas e no desenvolvimento jurídico e institucional das Américas, voltados para os interesses dos trabalhadores, com a melhoria da saúde, com o combate às injustiças sociais e contra as ações de degradação do meio ambiente em geral;
- ✓ unificar conceitos e metodologias capazes de construir indicadores de saúde, trabalho e meio ambiente, criando ou utilizando-se de sistemas informáticos e comunicacionais para tornar visíveis as epidemias no mundo do trabalho, a violência, a precarização da saúde e a degradação do meio ambiente, na perspectiva de reorientar profundamente o atual processo economicista excludente e atualmente hegemônico entre os povos americanos.

Na UNICAMP a temática escolhida para integrar esta pesquisa conjunta foi o trabalho informal, precário ou perigoso, expressa no projeto piloto de Pesquisa Epidemiológica Populacional intitulado TRAPP — Trabalho informal, precário ou perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS, conduzido na área de atuação do Centro de Saúde do Distrito Industrial III da Secretaria de Saúde do município de Campinas.

Coordenado pelo Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho, pesquisador do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Saúde e Trabalho, do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, o projeto TRAPP foi aprovado pelo Comitê de

Ética desta Faculdade e foi articulado com ações do PROMED – Programa de Modernização do Ensino Médico – dos Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil, desenvolvendo-se em um conjunto de ações de integração docente-assistencial que abrangem desde o ensino de graduação em medicina à pesquisa-ação em pós-graduação.

Seus objetivos foram:

- ✓ detectar riscos de Acidentes e doenças no Trabalho e de modalidades identificáveis de PERIGO ou PRECARIIDADE no trabalho indocumentado (informal), na área de atuação do Centro de Saúde do DIC-III, Distrito Sudoeste, Campinas, SP.;
- ✓ difundir informação epidemiológica para promover ações sociais que busquem construir a solidariedade coletiva no universo do trabalho, a seguridade social e formas de trabalho sustentáveis que não agridam o meio ambiente;
- ✓ trocar informações epidemiológicas e sociais sobre trabalho informal precário ou perigoso, com outros grupos sociais e pesquisadores interessados na temática.

Este projeto de pesquisa envolveu, no âmbito da Faculdade de Ciências Médicas, duas dissertações de mestrado em Saúde Coletiva, iniciadas em 2004, de caráter epidemiológico: TRAPP - Trabalho Informal, Precário ou Perigoso: abordagem de ação coletiva para vigilância de acidentes e doenças do trabalho, em Campinas-SP, desenvolvido pela aluna Luciana Cugliari e outra sobre o Trabalho informal, precário ou perigoso em Uberaba, com a aluna Aidê Amábile Coelho dos Santos.

Outros pesquisadores se associaram com esse projeto na UNICAMP conduzindo trabalhos específicos e cooperação geral com a articulação entre a Universidade e órgãos públicos, a saber: _ O Prof. Dr. Octávio Henrique de Oliveira Pavan, coordenador do Laboratório de Difusão Científica e Tecnológica, Departamento de Engenharia Genética, Instituto de Ciências Biológicas e a Prof^ª. Dra. Emilia Rutkowski, coordenadora do Laboratório Fluxus da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e

Urbanismo. Coube a cada grupo participante do convênio elaborar projetos de pesquisa específicos. Desta forma, sob a coordenação do Prof. Dr. Octávio Henrique Pavan (UNICAMP/IB) e da enfermeira Karla Fabiana Fonseca (UNICAMP/FCM/DMPS/Pós-Graduação), foi desenvolvido o "Jogo do Saber: o Trabalho Precário e Perigoso" com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do Centro de Saúde DIC III. O jogo teve como objetivos, capacitar as agentes na temática e possibilitar que elas conscientizem a comunidade a uma mudança positiva de atitude, de forma lúdica. Na Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, o projeto proposto foi o “TRAPP Catadores”, que envolveu um estágio de estudante bolsista internacional e uma tese de doutorado desenvolvida pela aluna Ana Luiza Roma Couto Serra, com o objetivo de desenvolver um modelo teórico para diferentes cenários de políticas públicas indutoras de condições estruturais para integrar a atividade dos catadores de materiais recicláveis ao sistema formal de limpeza urbana e dar-lhes reconhecimento legal e social.

Os parceiros iniciais da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas foram os integrantes da equipe técnica do Distrito de Saúde Sudoeste: José Fernando Loureiro e José Lucas Santana, com o apoio da Coordenadora Ellen Fagundes Costa Telli. Colaboraram ativamente, de 2002 a 2005, três sucessivos coordenadores do Centro de Saúde do DIC III sendo, a Enfermeira Sanitarista Rosana Garcia, a que por último definiu o arcabouço de execução juntamente com a equipe local de profissionais de saúde, em especial as Agentes Comunitárias de Saúde daquela unidade básica de saúde.

O responsável pela articulação internacional do projeto TRAPP Campinas foi o Prof. Dr. Carlos Eduardo Gomes Siqueira da Universidade de Massachusetts – UMASS/Lowell. O Coordenador Geral Internacional do Projeto “Work and Health in México and Brazil” foi o Professor Rafael Moure-Eraso, Chefe do Departamento de Ambientes de Trabalho da UMASS/LOWELL.

Inicialmente, para as ações de intercâmbio, o projeto contou com financiamento inicial da Fundação Fogarty, ficando ao encargo dos grupos a busca de financiamento para as ações locais de pesquisa. Com este propósito, foi feito um pedido de financiamento, ao Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, efetivado em 2003 (FNS - 2762/2003 – TRAPP).

Missões de apoio e cursos de curta duração foram realizados no Brasil desde 2001, ministrados por professores visitantes da Universidade de Massachusetts/Lowell ligados ao projeto. O intercâmbio iniciou-se com a visita do professor David Wegman, PhD, ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP de 12 a 14 de junho de 2002.

No período de 21 a 23 de maio de 2003, os professores Dra. Margaret Quinn, PhD e Dr. David Kriebel, PhD, ministraram o curso intitulado “Course on Environmental Epidemiology and Worker’s Health”, realizado no auditório da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

O curso “Custo Efetividade das Intervenções em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente”, foi realizado no período de 15 a 18 de março de 2004 na sede da FUNDACENTRO em São Paulo, com os professores Dr. Charles Levenstein, PhD, Dra. Supriya Lahiri, PhD e Dra. Judith Gold, PhD.

Em 19 de julho de 2004, na sede regional do sindicato dos químicos unificados em Campinas, a palestra "Pela Aplicação de uma Visão de Prevenção sobre as Substâncias Tóxicas" foi proferida pelo professor Dr. Rafael Moure-Eraso, PhD.

Ainda nessa série de eventos realizou-se de 18 a 24 de julho de 2005, na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP o Workshop “Cost-Effectiveness of Preventive Intervention and Preliminary Design for a Collaborative Group for a Knowledge Network on Working Conditions” conduzido pelos professores Charles Levenstein, PhD e Supriya Lahiri, PhD, época na qual foi assinado um convênio para Cooperação UNICAMP/ UMASS_LOWELL (02P-24585-2004) e outro para Cooperação Pós-graduada UNICAMP/UMASS_LOWELL (02P-24588-2004).

Importante salientar, *a priori*, que o estudo inicialmente proposto visava ser desenvolvido com a colaboração ativa e “empoderada” das agentes comunitárias de saúde do DIC-3. Para tanto, todas as ações locais, foram articuladas com o projeto denominado “TRAPP: Trabalho informal, precário ou perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS” (2003-2005), coordenado pelo **Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa**

Filho, que passou a contar com financiamento do Ministério da Saúde do Brasil através do Fundo Nacional de Saúde.

Este, por sua vez, encontra-se inserido no projeto "Work and Health in Mexico and Brazil" (2002-2005) que tornou-se um Projeto internacional de investigação social consorciada entre universidades. Dele participaram a universidade norte-americana (UMASS/LOWELL – Centro Coordenador), três universidades brasileiras (UNICAMP; UFPEL e UFBA) e duas mexicanas (MORÉLIA e SONORA) com objetivos de intercâmbio na área de saúde, trabalho e meio ambiente, voltado para a construção ou identificação de indicadores confiáveis na área de saúde do trabalhador, implementação de programas de ação, desenvolvimento de pesquisas e atividades cooperativas integradas à luta pela melhoria do meio ambiente e das condições de trabalho e saúde nas Américas.

A proposição do estudo em Campinas fundamentou-se na premissa de que sem saúde não pode haver trabalho, já que sem saúde não há vida!

Inicialmente foram considerados dois aspectos na abordagem dessa proposição: o primeiro, individual, foi representado pela preocupação com o trabalhador como pessoa possuidora do direito constitucionalmente garantido, e indisponível, do direito à saúde e como tal, deve ter a sua disposição mecanismos suficientemente eficazes que lhe garantam não só uma produção plena no seu trabalho como também que lhe garanta nas horas destinadas ao lazer e à família, total capacidade de dedicação e gozo.

Em segundo plano, considerou-se o trabalhador como fonte de lucro para o empregador (enquanto trabalhador saudável) e como fonte de despesa, ônus, tanto para o empregador quanto para a previdência social. No que tange ao empregador, deverá procurar substituto para o trabalhador doente o que, basicamente, implica em treinamento de novo trabalhador e, portanto, despesa.

No dizer de SEGADAS VIANA, *in Instituições de Direto do Trabalho*: “sob o prisma econômico, é conveniente enfatizar que o investimento empresarial na prevenção de acidentes se traduz na continuidade da produção, na eliminação de desperdícios e na obtenção de melhor qualidade para o produto”. No que concerne à Previdência Social,

temos que trabalhador afastado por doença recebe auxílio doença, onerando, portanto, a Previdência. Esse trabalhador, se saudável, não geraria gastos, motivo mais que suficiente para a implantação de um sistema eficaz de proteção à saúde do trabalhador em todas as esferas, desde os trabalhadores domésticos, passando por aqueles que laboram em indústrias, alcançando, bem assim, os rurais.

A gravidade do assunto é patente e as buscas por soluções é de longa data. O Papa Leão XIII, em sua Encíclica Rerum Novarum(1891), já dispunha:

“Não é justo nem humano exigir do homem tanto trabalho a ponto de fazer pelo excesso de fadiga embrutecer o espírito e enfraquecer o corpo. A atividade do homem, restrita como a sua natureza, tem limites que se não podem ultrapassar”. (OLIVEIRA, 1997 [APUD] SÜSSEKIND,1999) .

A Organização Internacional do Trabalho tem voltado seus olhos à questão diuturnamente e, muito embora seja constante no engendrar de forças para que tal problema seja efetivamente solucionado, os números apresentados pela estatística continuam a, no mínimo, preocupar.

O alarmante índice mundial de doenças e acidentes do trabalho divulgado pela OIT (SÜSSEKIND,1999) guarda atrás de si famílias destruídas, pessoas mutiladas, não somente em seu corpo físico, mas naquilo que têm de mais raro e caro: a dignidade humana. A média anual dos tolhidos ao trabalho, por acidentes e doenças causadas pelas más condições de trabalho, no mundo é de 12,5 milhões de acidentados, sendo que destes, 220 mil têm conseqüências fatais. A proporção de acidentes com morte corresponde a 6 para cada 100 mil trabalhadores, índice variável no setor da construção, que conforme o país, chega a oscilar entre 60 a 120 para cada 100 mil.

A estatística brasileira é ainda mais preocupante: ocorreram 424.137 acidentes do trabalho e 20.646 casos de doenças decorrentes do trabalho, 3.967 óbitos registrados e 15.156 trabalhadores tiveram sua capacidade permanentemente interrompida no ano de 1995. Estes números tornam-se sobremaneira estarrecedores quando nos deparamos com

uma média de 1 acidente a cada 1 minuto e 30 segundos em nosso país. (SÜSSEKIND, 1999).

Os dados do Ministério da Previdência Social são igualmente preocupantes. Os indicadores de acidente do trabalho, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) de 2002, aponta incidência de 14,22 de acidentes típicos; 0,98 de doenças ocupacionais; 14,98 de incapacidades temporárias; 56,93 de acidentes na faixa etária dos 16 aos 34 anos, sendo a incidência total de 17,25 por 1000 vínculos. Em 2003, a incidência de acidentes típicos foi de 13,79; 0,91 de doenças ocupacionais; 14,56 por 1000 vínculos, de incapacidades temporárias; 57,00 de acidentes na faixa etária dos 16 aos 34 anos, sendo a incidência total de 16,83 por 1000 vínculos (DATAPREV, 2005).

Todavia, esses são números subnotificados. “Acredita-se que no Brasil ocorra subnotificação importante de acidentes do trabalho, particularmente dos de menor gravidade e, em áreas menos desenvolvidas, inclusive de acidentes graves” (BINDER e CORDEIRO, 2003). Tal assertiva contribui para a afirmação de que o número de acidentes entre os trabalhadores informais é maior que entre os formais, uma vez que os acidentes e doenças computados pela Previdência Social são aqueles que dizem respeito aos trabalhadores que são contribuintes do Sistema Previdenciário.

A comunidade internacional tem mostrado preocupação com o problema, exteriorizando-a através de inúmeros estudos, pesquisas e conferências que vem realizando. A OIT e a OMS acentuaram o relevo da questão ao estabelecer que seus princípios diretivos fundam-se na preocupação de “criar um ambiente mais favorável, facilitar a adaptação entre os homens, suas funções, melhorar a saúde e o moral do pessoal e, por conseqüência, as relações humanas”, bem como “reduzir o custo de reparação dos acidentes em virtude da existência de socorros e cuidados imediatos, e enfim, em razão desses fatores, à melhoria, no campo da produtividade”. (SÜSSEKIND, 1999). O papel relevante que conquistou a matéria da saúde do trabalhador teve sua gênese no final do século XIX, quando um pequeno número de governantes, de países esparsos, começou a voltar sua atenção para o problema. Nesta época, porém, importavam-se somente com os serviços fabris e com aqueles realizados em oficinas. Já no início do presente século a visão ampliou-se. Os cuidados para com as questões acidentárias e sua prevenção tiveram seus

horizontes alargados em grande escala. Tal cuidado verifica-se nas mais modernas Constituições como a de Portugal (1974), a de Cuba (1976), a da Espanha (1977) e a do Peru (1978).

No Brasil o assunto só alçou o nível constitucional em 1946 (art. 154, VIII), disposição que permaneceu inalterada na Carta de 1967 e que foi reformulada na Carta de 1969. A Constituição Federal vigente, promulgada em outubro de 1988, enunciou no rol dos direitos sociais do trabalhador a “redução de riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança” (art. 7º, XXII), determinando o pagamento de adicionais de remuneração para as “atividades penosa, insalubres ou perigosas” (art. 7º, XXIII).

Entretanto, garantir-se uma indenização ao trabalhador acidentado ou acometido de doença profissional é aviltante, tendo em vista que, com assevera JUAN POZZO “a reparação cobre somente uma das conseqüências mais direta evidentemente do infortúnio. A reparação resolve, em parte, a situação criada para a vítima e para seus parentes, por meio de uma indenização pecuniária”. Todavia, como conseqüência do acidente do trabalho e das doenças profissionais, temos que não se “prejudica somente a vítima ou os que dela dependem economicamente, mas também prejudica a sociedade, pois aumenta o número de inutilizados, total ou parcialmente para o trabalho. Dessa maneira, diminui a capacidade criadora nacional” (SÜSSEKIND, 1999).

A temática da saúde do trabalhador ganha contornos ainda mais importantes quando se pensa na saúde do trabalhador informal, tendo em vista a precariedade inerente à sua condição e o constante aumento de pessoas que, para sobreviver, necessitam ingressar nesse tipo de trabalho.

Por serem desprovidos de proteção previdenciária, por caber ao Sistema Único de Saúde o cuidado amplo de sua saúde, principalmente no que respeita à prevenção e, como já dito, pelo aumento crescente e incontrolado de pessoas trabalhando no setor informal é que o tema se reveste de relevância e urgência.

Como parte do projeto TRAPP realizou-se revisão da produção literária existente sobre saúde e trabalho informal, bem como se buscou descrever e qualificar os acidentes do mercado de trabalho informal, na área do centro de saúde do território alvo. A principal suposição do projeto foi que a ocorrência de acidentes e doenças do trabalho informal, precário e perigoso, apresentaria índices de frequência e gravidade, de magnitude igual ou maior que o registrado na literatura para o trabalho formal.

Para a efetivação do estudo foi escolhida área de abrangência do Centro de Saúde DICIII, “inserida no setor Sudoeste da cidade de Campinas, que abriga a maior concentração populacional do município, reunindo em sua grande maioria os pertencentes à faixa de renda mais baixa. Denominada genericamente de DIC-3, corresponde à área de atuação da única unidade básica de saúde existente na região, que é o Centro de Saúde do Distrito Industrial III, que abrangia no período da pesquisa os bairros: Santo Antônio, Vista Alegre, Todescan, Santos Dumont I, Santos Dumont II, Chácaras, Dic II, Dic III, Dic IV, Dic V, Dic VI, e as ocupações¹; Rosalina, Dic V de Março, Filadélfia, Aero Aeroporto, Aruanã, Zumbi dos Palmares, Chico Mendes, Eldorado dos Carajás e Carlos Marighela. Sua origem associa-se à implantação incompleta do Distrito Industrial de Campinas, à abertura do Aeroporto de Viracopos e com a abertura de loteamentos populares, com pouca ou nenhuma infra-estrutura.

Verifica-se nesta área um padrão de crescimento caótico, no qual o uso do solo é composto por uma mescla de usos, havendo predominância de usos residenciais em relação a usos comerciais, industriais e de serviços. O uso residencial é constituído por conjuntos habitacionais populares, loteamentos de baixa renda, resultado da autoconstrução que emprega toda a família e também habitações precárias em áreas de ocupação.

As habitações inserem-se em ruas e calçadas com escassa iluminação, sem pavimentação, invadidas por vegetação e cortadas por valas por onde escoam tanto as águas pluviais como as servidas. Entretanto, a paisagem não é homogênea, havendo áreas mais antigas, próximas às vias principais que são asfaltadas e urbanizadas. Nota-se a ausência de

¹ Ocupação é termo utilizado localmente para descrever a construção de agrupamentos de moradias individuais, sem a aprovação prévia do poder público, em terrenos destinados a outras atividades como construção de indústrias e equipamentos sociais.

espaços coletivos de lazer, e salta aos olhos, o grande número de igrejas neopentecostais responsáveis por intensos momentos de catarse e alívio espiritual. Há somente três escolas estaduais para atender as crianças e os jovens da região.

As atividades de comércio e serviços são de âmbito local, como açougues, oficinas, serralherias, pequenas mercearias, bares, igrejas e depósitos de sucata. Como pano de fundo desse cenário, estão as grandes indústrias, implantadas no adjacente distrito industrial e ao longo dos eixos das Rodovias Santos Dumont e Bandeirantes, que presentes na paisagem, fazem a articulação com as demais partes da cidade e constituem para a população, barreiras físicas que dificultam o acesso local.

Além da precariedade dos assentamentos urbanos, verificava-se nessa área da cidade problemas ambientais relativos à falta de saneamento básico, degradação de cursos d'água, processos erosivos, devastação da cobertura vegetal, invasões e ocupações de áreas de preservação permanente, em uma clara correlação entre condição social e degradação ambiental.

É neste ambiente com escassos equipamentos públicos, concentração de pobreza e demandas sociais insatisfeitas que vivem e se inter-relacionavam cerca de 37 mil pessoas, segundo o núcleo de saúde coletiva do centro de saúde do DIC III, que “através da vida cotidiana constroem seus modos de sentir, perceber e, sobretudo de agir em seu espaço”. (SERRA,2003)

O CENTRO DE SAÚDE DIC III

O CS DIC III era uma das quarenta e seis Unidades Básicas de Saúde que integravam a rede municipal de saúde de Campinas no ano de 2005.

O prédio do CS DIC-III era um complexo construído em alvenaria composto por uma recepção; uma farmácia acoplada a um almoxarifado, que armazenava medicamentos e materiais por cerca de um mês. Havia ainda uma sala de coordenação; uma sala de odontologia com quatro equipes; duas salas de ginecologia-obstetrícia; dois

consultórios de pediatria e quatro consultórios clínicos. Contava também com uma sala de inalação e fisioterapia; de curativo e medicamentos injetáveis; de procedimentos gerais (urgência; emergência; observação; eletrocardiograma); de coleta de exames laboratoriais; de ACS (Agentes Comunitárias de Saúde) e Vigilância Epidemiológica; de enfermeiros; de microcomputadores; salas auxiliares para expurgo, esterilização e estoque de materiais; além de banheiros e cozinha.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2005), a equipe de atendimento à população deste centro de saúde era composta por cinco médicos generalistas, cinco enfermeiros do Programa de Saúde da Família (PSF), dezenove auxiliares de enfermagem do PSF, duas atendentes de enfermagem, dezenove agentes comunitárias de saúde, seis cirurgiões dentistas, quatro médicos pediatras, cinco médicos ginecologistas-obstetras, um auxiliar de consultório, um auxiliar administrativo, cinco outros profissionais de nível técnico e médio e uma coordenadora da unidade.

A unidade realizava os seguintes serviços: consultas: de enfermagem, de odontologia de ginecologia/obstetrícia, de clínica médica, de pediatria; aplicação de medicamentos, atendimentos programáticos de enfermagem, inalações, procedimentos complexos de enfermagem, verificação de sinais vitais, vacinação de crianças e adultos, procedimentos cirúrgicos básicos, tratamento odontológico preventivo, curativos, serviço de atenção a tuberculose, Programa de Saúde da Família, controle e acompanhamento à gestação; grupos de orientação e terapêutica; exames de apoio diagnóstico: acuidade visual, Papanicolau, exames laboratoriais, biópsias, eletrocardiograma, glicosimetria; vigilância em saúde: acidentes de trabalho, carteira de saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária; atividades externas: atendimentos domiciliares; outros serviços especializados: esterilização de materiais, farmácia, informações gerais de saúde.

Hipótese geral

A literatura existente e a apreciação subjetiva dos trabalhadores da saúde apontam para a ocorrência de acidentes e doenças nos trabalhos informais, precários ou perigosos, com prováveis índices de frequência e gravidade, de magnitude igual ou maior que os registrados na literatura para o trabalho formal.

ARTIGOS



OBJETIVOS



1º ARTIGO

O trabalho informal e a saúde dos trabalhadores: uma revisão de literatura. (*²)

The informal work and the workers' health: a review of the literature

Luciana Cugliari – Cugliari, L. (*³)

Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Corrêa Filho, H. R.

Ana Luiza Roma Couto Serra – Serra, A. L. R. C.

² Parcialmente financiado por bolsa de pós-graduação do Governo Brasileiro do CNPq período 2004-2005.

³ Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 Cidade Universitária Zeferino Vaz CEP:13.084-970 Campinas-SP. lucianaculhari@adv.oabsp.org.br

Resumo

Com o advento da mundialização do capital e enfraquecimento do papel do Estado através da adoção de políticas neoliberais, houve uma reestruturação negativa do mercado de trabalho percebida ante a baixa taxa de emprego (diminuição dos postos de trabalho), a modificação nos contratos de trabalho, a diminuição da barganha salarial, e conseqüentemente, dos níveis dos salários e pela crescente desregulamentação e flexibilização dos direitos trabalhistas. Conseqüência desse movimento é o crescimento constante do trabalho informal e das doenças e acidentes dele advindos. Desse cenário, percebeu-se a necessidade de uma revisão de literatura sobre agravos à saúde no trabalho informal. Foram encontrados 20 estudos que tratam do tema no Brasil. Na literatura internacional Quinlan e colaboradores, encontraram 93 estudos, dentre os quais, 76 apontaram para uma associação entre trabalho precário e deterioração na saúde dos trabalhadores. Concluiu-se pela necessidade da produção de novos estudos para um aprofundamento consistente sobre a temática, incentivando e dando suporte à políticas públicas que visem a melhoria da saúde laboral.

Palavras-chave: Política de Saúde; Política Social; Serviços de Saúde / utilização; Saúde dos trabalhadores.

Abstract

The informal precarious or dangerous work: _ one particular interface between the Law and the Brazilian Unified Health System in 2004-2005. (*⁴)

As the money capital ruling has grown, and the State power diminished, the World has been dominated by neo-liberal policies. Some consequences were a negative trend of the work wages by productive restructuring; changes in job contracts; less power for salary negotiations; and, consequently, low salaries; soaring deregulation; and workers' rights flexibilization. As a result, the informal job market is growing associated with the upward trend of work related accidents and diseases. This scenario has driven the review of the literature about workers' health and associated hazards. Twenty studies were rated important with regards to Brazilian literature. An International review found 93 studies, and 76 among them pointed to an association between precarious jobs and the deterioration of workers' health. A final need of support for public policies towards workers' health improvement was pointed out after considering the lack of scientific knowledge and research production in the field.

Keywords: Health Policy; Public Policy; Health Services / utilization; Workers' Health.

⁴ Partially supported by the Brazilian Government funding for graduate studies through scholarship from CNPq –National Council for Scientific and Technological Development during 2004-2005".

Introdução

O TRABALHO INFORMAL

Com o advento da globalização do capital e enfraquecimento do papel do Estado pela adoção de políticas neoliberais, houve reestruturação negativa do mercado de trabalho percebida ante a baixa taxa de emprego (diminuição dos postos de trabalho), a modificação nos contratos de trabalho, a diminuição da barganha salarial, e conseqüentemente, dos níveis dos salários e pela crescente desregulamentação e flexibilização dos direitos trabalhistas.

Como corolário desse processo global, temos o incremento do mercado informal, e em Bosco (2003) encontramos o ora descrevemos como a equação do mercado de trabalho informal:



Figura 1- diagrama elaborado da informação de Bosco, 2003.

CONCEITOS: SETOR INFORMAL, TRABALHO INFORMAL, INFORMALIDADE.

A introdução do conceito de setor informal ocorreu em 1972 por meio de um estudo feito pela OIT (Organização Internacional do Trabalho) no Quênia.

A definição adotada pela Organização à época incluía no Setor Informal aqueles “com pouco capital, em mercados não regulamentados e pouco competitivos, com uso de técnicas de trabalho pouco complexas e intensivas, e utilizando pequeno número de trabalhadores remunerados ou membros da família (CACCIAMALI, 1983)”.

Na América Latina, o conceito de *setor informal* foi introduzido por intermédio do PREALC (Programa Regional de Emprego para a América Latina e Caribe), no começo dos anos 70 e considerava-o como complementar ao *Setor Formal*.

Souza (1980 a) e Cacciamali (1983) criticam o conceito proposto pela PREALC, arguindo que este não elucida as relações existentes entre o Setor informal e o sistema econômico e, rompendo com tais formulações, posicionam-se como defensoras de um *Setor Informal* resultante do “movimento econômico realizado pelo Setor Formal” (Souza, 1983), isto é, este se subordina àquele. Portanto, evidente que não aceitam a divisão dualista do mercado de trabalho proposta naquele momento.

Cacciamali (1983) entende, ainda, que o *Setor Informal* está vinculado às condicionantes seguintes:

- O produtor é ao mesmo tempo empregador e empregado;
- Ele mesmo produz, podendo lançar mão do trabalho familiar, ou não, para ajudar na produção;
- O objetivo central do trabalho informal é gerar renda para sustentar o trabalhador, sua família e a atividade que a gera;
- Existe ausência quase total do vínculo impessoal; freqüente o trabalho familiar;
- Se houver divisão do trabalho, é regra a manutenção do domínio do proprietário sobre as partes componentes da produção.

Pontua, ademais, Cacciamali (1983) que o *Setor Informal* engloba além daquelas atividades mais simples, também as mais elaboradas, exercidas por trabalhadores qualificados como autônomos: profissionais liberais, prestadores de serviços, comerciantes, são alguns deles.

Na década de 80, há um movimento importante na construção do conceito expresso pela admissão da relevância das atividades informais na contribuição que prestam para o acúmulo e expansão capitalistas.

Já na década de 90 o setor informal passa a ser definido ante uma análise formal expressa pelo Estado através de suas leis e as relações de trabalho existentes em seu seio. Ocorre então a crítica aos conceitos elaborados nos anos 80 ressaltando que naquela oportunidade limitaram-se os teóricos a mensurar emprego e desemprego, não trazendo à baila as conseqüências advindas do incremento do setor informal.

Meneleu Neto (1993) é um exemplo desse pensamento, tendo em vista seu entendimento de que a então crescente desregulamentação do mercado de trabalho conduz à revisão dos conceitos existentes para a compreensão do que compõe a informalidade. O autor denomina de “desformalização” das relações laborais o processo descrito acima.

No alvorecer do novo século, Alves (2001) elaborou uma crítica ao conceito de *setor informal* e *setor formal*, adotando o conceito de informalidade, por entender que “essas duas formas de trabalho estão imbricadas uma na outra, e já não dão conta de explicar a realidade” incorporando o uso “do conceito de *Informalidade*, entendendo que este é bem mais amplo e pode abarcar situações diversas”.

Em Malaguti (2000), a Informalidade aparece como conceito abarcando o de Setor Informal. Propõe, para a análise da informalidade, a criação de “novos instrumentos teóricos” elaborados para entender a complexidade que lhe é peculiar.

A grande dificuldade existente na caracterização do trabalhador informal fica evidenciada em Martins e Dombrowski (2000), quando demonstram a diversidade de trabalhadores que atuam no setor: desde aqueles que possuem razoável capital, até ambulantes de todos os tipos; desde crianças, até idosos; daqueles que iniciaram sua vida laboral na informalidade, até ex-trabalhadores assalariados.

Cacciamali (2000) por sua vez, fala não em *Informalidade*, mas em *Processo de Informalidade* que se refere aos diversos modos de introdução no trabalho, que tem como ponto de partida o rearranjo da economia em níveis tanto locais, quanto nacionais e até mundiais.

O *Processo de Informalidade*, proposto por Cacciamali (2000) tem como seus representantes:

- assalariados sem registro: admitidos ao trabalho por contratos que infringem frontalmente a legislação trabalhista, ficando, assim, à margem das garantias sociais previstas em lei. Então, se sofrem acidentes ou ficam doentes em decorrência do trabalho não terão como receber qualquer renda e tampouco serão protegidos pelas negociações coletivas, vez que não são filiados ao sindicato respectivo;
- trabalhadores por conta própria: geralmente laboram na prestação de serviços e visando a obtenção de renda, não tendo como objetivo primordial o lucro.

Em Noronha (2003) observamos uma demonstração de que o binômio “formal/informal” carece de clareza conceitual. Assevera o autor que um esclarecimento a contento só seria viável se houvesse a identificação dos “diversos tipos ou grupos de contratos atípicos”, conceitos que variam de acordo com o momento histórico de cada localidade. Prossegue, afirmando que são três as interpretações do binômio:

- 1ª. Econômica: relaciona informalidade com “atividades periféricas não rentáveis”; divide as atividades em formais e informais;
- 2ª. Jurídica: considera a inexistência de contratos formais ou informais, admitindo os *legais* ou *ilegais*;
- 3ª. Popular: influenciada pelas interpretações econômicas, jurídicas e por aquelas expressas pela mídia e órgãos de pesquisas, identifica com *informal* o trabalhador que não possui carteira de trabalho, gerando, então, o conceito de *injusto*.

Da elucidação do conceito de informalidade e da compreensão dos motivos que geram o aumento desmedido do número de trabalhadores informais vislumbra-se a possibilidade de uma cadência igual para o crescimento das doenças e acidentes dele advindos. Desse cenário, percebeu-se a necessidade de uma revisão de literatura sobre a questão da saúde dos trabalhadores informais e agravos de que são acometidos. Ressalte-se que o problema reveste-se de uma gravidade ainda superior, tendo em vista que uma vez doente ou acidentado este trabalhador encontra-se desprotegido, restando-lhe laborar doente, ou quiçá, acidentado para poder garantir a própria subsistência e a de sua família.

Considera-se informal para efeitos do estudo proposto, aquele trabalho realizado sem documentação ou, em existindo tal registro, não haja recolhimento previdenciário devido.

Métodos

Esta revisão foi realizada em duas frentes. Primeiramente foram revisados dissertações, teses e projetos no âmbito da cooperação com as universidades do projeto “Work and Health in Mexico and Brazil”. A partir dos registros encontrados verificou-se a lista das citações que já haviam sido identificadas naqueles estudos. Em seguida, foram consultadas as bases indexadas: Medline, Lilacs e Scielo, para o período 1995-2005.

Resultados

Na literatura internacional temos Quinlan (2001) e seus colaboradores que procederam a uma revisão de literatura realizada sobre os efeitos na saúde e segurança do trabalhador precário em sociedade industrializadas desde 1984 até 2000, durante 2 anos, nas bases bibliográficas Medscape/Medline, Niosh e Social Science Citation Index, utilizando-se várias palavras, mormente: “outsourcing/subcontracting; small business; self-employment; temporary worker; part-time worker; downsizing; contingent workers; organizational restructuring”.

A citada revisão foi suplementada por outras fontes, como a revisão de literatura anterior disponível. Realizaram pesquisa direta em revistas relevantes nos campos da medicina, saúde, relações industriais/gerenciamento, psicologia, prevenção de acidentes/ciências da segurança e nas ciências sociais. Conferiram as listas de citações já identificadas por estudos prévios não identificados, tendo sido assistidos por colaboradores da Europa e das Américas do Sul e do Norte, especialmente em locais que as publicações não são em inglês. Tiveram como objetivo identificar TODOS os estudos que de alguma forma guardassem relação entre emprego precário e saúde e segurança ocupacionais, publicados até o ano de 2000, tendo escolhido focar em estudos que incluíssem medidas diretas de efeitos na saúde, ou medidas legais e outros conhecimentos especificamente vinculados à saúde e segurança ocupacionais. Os estudos foram conduzidos nos seguintes países: França (8); Estados Unidos (28); Canadá (2); Finlândia (6); Noruega (2); Suécia (12); Polônia (1); Reino unido (11); Dinamarca (1); Alemanha (3); Austrália (11); União Européia (2), num total de 93 estudos, que foram divididos nas seguintes categorias:

- 1- categoria de emprego precário
- 2- método de pesquisa
- 3- índice mensurado de saúde e segurança ocupacional
- 4- associação negativa com trabalho precário
- 5- causas:
 - Premiação econômica (economic reward)
 - Desorganização (disorganization)
 - Falha legal (regulatory failure)

Foram adotadas cinco categorias genéricas de emprego precário:

1. Trabalhadores temporários (incluídos empregados sob contrato de curto prazo (até 1 ano), bem como trabalhadores diaristas ou que trabalham por hora. 24 estudos encontrados: 14 com associação negativa entre emprego precário e resultados para saúde e segurança ocupacionais; 2 com associação nula; 8 com associação indeterminada.

2. Trabalhadores sujeitos a várias formas de mudanças organizacionais (downsizing/organizational/restructuring/job insecurity): 41 estudos encontrados: 36 com associação negativa entre emprego precário e resultados para saúde e segurança ocupacionais; 3 com associação nula ou positiva; 2 com associação indeterminada.
3. (outsourcing) subcontratação baseada no trabalho realizado no domicílio, inclui autônomos (self-employed) subcontratados, locação de mão-de-obra (leased labor) e domésticos: 29 estudos encontrados: 23 com associação negativa entre emprego precário e resultados para saúde e segurança ocupacionais; 6 com associação indeterminada.
4. Trabalho em tempo parcial: 7 estudos encontrados: 1 com associação negativa entre emprego precário e resultados para saúde e segurança ocupacionais; 6 com associação nula/positiva, comparado com o trabalhadores em tempo integral.
5. Pequenos negócios/autônomos: 14 estudos encontrados: 6 com associação negativa entre emprego precário e resultados para saúde e segurança ocupacionais; 8 com associação indeterminada.

Os estudos foram também classificados de acordo com o método utilizado:

1. Fontes secundárias analisadas (fontes oficiais ou de empresas: 30 estudos).
2. Estudos longitudinais: 22 estudos, incluindo caso-controle e coorte.
3. Estudos transversais: 37 estudos.
4. Estudos de casos qualitativos: 12 estudos.

Dentre os 93 estudos encontrados, 34 utilizaram medidas objetivas de saúde e segurança ocupacionais (como taxas de acidentes ou doenças cardiovasculares), 46 utilizaram medidas subjetivas de saúde, 12 utilizaram relação de doentes e absenteísmo, 11 mediram políticas públicas e treinamento em saúde e segurança ocupacionais.

Do total dos estudos, 35 discutiram o impacto da pressão econômica ou de premiação entre os trabalhadores, 45 apontando para a desorganização de alguns tipos (inadequada supervisão, treinamento, etc.) e 20 apontaram para alguma inadequação na regulamentação ou prática de compensação.

Observa-se em Quinlan (2001) que a maioria dos estudos (76) encontraram associação entre emprego precário e uma associação negativa com saúde e segurança ocupacionais. Do restante (93 - 76 = 17) 11 estudos produziram achados inconclusivos (principalmente porque não tinham avaliação de medidas nos pontos de partida, marcos referenciais ou grupo controle), enquanto somente 6 estudos não encontraram nenhuma relação ou relação positiva de emprego precário e saúde, sendo que 2 deles eram estudos sobre trabalhadores em tempo parcial. No total, de 81 estudos nos quais um efeito era mensurável, mais de 90% encontraram associação adversa entre emprego precário e resultados para saúde e segurança ocupacionais.

Finalmente, QUINLAN (2001) revela que a pesquisa sobre os efeitos na saúde e segurança ocupacional do emprego precário está ainda nos seus estágios iniciais, identificando uma série de problemas metodológicos e áreas necessitadas de mais atenção pelos pesquisadores, como ficou demonstrado acima.

Na literatura brasileira foram encontrados 18 estudos sobre o tema . Dentre eles, 02 foram publicados no ano de 1997. O *primeiro* (SANTANA, 1997) teve por objetivo responder se o trabalho informal é fator risco para a saúde mental das mulheres e através de um estudo transversal realizado em uma população de 327 mulheres selecionadas randomicamente, concluiu-se que os achados indicam que o trabalho informal é risco para sintomas mentais. O *segundo* (OLIVEIRA, 1997) objetivou identificar o número de óbitos relacionados ao trabalho, registrados em declarações de óbito com confirmação através de entrevistas realizadas com as famílias. Esse estudo apontou que dos 159 pesquisados, 7 estavam relacionados ao trabalho informal, 6 à execução de atividades ilícitas e 1 à atividade ignorada.

Em 1999 foram publicados outros 03 estudos. O *primeiro* (WÜNSCH FILHO, 1999) visou demonstrar os motivos que levaram à incidência de acidentes de trabalho no Brasil apresentar tendência decrescente nas últimas décadas, concluindo pela explicação que indica a migração para o setor terciário, com menor risco de acidentes, como responsável pela diminuição. O *segundo* (CORDEIRO, 1999) teve por objetivo estimar indicadores de mortalidade para população classificada segundo ocupações, para demonstrar a desigualdade social implícita nessa distribuição. Coeficiente de mortalidade padronizado (CMP), razão de risco padronizada e anos potenciais de vida perdidos (APVP) foram calculados, variando entre 0,6 e 39,9 óbitos/1000 trabalhadores e entre 33 e 334 anos/1000 trabalhadores o CMP e APVP, respectivamente, concluindo-se que os indicadores de mortalidade, quando analisados segundo a ocupação e causas básicas do óbito, traduzem a desigualdade social existente na realidade estudada. O *terceiro* estudo trata-se de uma tese de doutorado (IBANHES, 1999) que teve por objetivo verificar a organização e as condições de saúde dos trabalhadores ambulantes em bairro da capital paulista. Concluiu pela inserção no trabalho de ambulante por conta da necessidade de sobrevivência, pela ausência de atendimento de saúde para as queixas referidas pelos trabalhadores, exceto no que se refere às urgências e emergências e pela compreensão do que venha a ser problema de saúde, somente quando esse afasta o sujeito do seu trabalho.

No ano 2000, foi publicado apenas um estudo (Ludermir, 2000), transversal, que procurou estimar a associação entre desemprego e trabalho informal com os transtornos mentais comuns, distinguindo-se entre os sexos. As “odds ratios” encontradas apontaram uma diferença significativa estatisticamente entre as mulheres informais, já entre os homens não, concluindo que cada gênero vivencia de modo diverso o seu trabalho, chamando atenção para a situação e a necessidade do reforço do referencial teórico que aborde relação de classe e gênero.

Em 2001, foi encontrado somente único estudo -observacional- (CORDEIRO, 2001), o qual objetivou estimar risco de óbito e a curva de sobrevivência em certa população, classificada segundo ocupação, analisando as histórias ocupacionais respectivas, bem como dos cônjuges, dos falecidos entre 01/01/97 e 31/03/98, num total de 992 indivíduos. Foram escolhidas as variáveis: tempo, idade no óbito ou entrevista e ocupação.

A partir de um modelo ajustado de riscos proporcionais, concluiu-se pela majoração do risco de morte entre grupos menos qualificados, tendo sido encontrada diferença próxima de 12 anos entre intelectuais e braçais.

Já em 2003, foram encontradas mais 06 publicações sobre tema. O *primeiro* (LUDERMIR & LEWIS, 2003) deles, investigou a associação entre trabalho informal e desordens mentais comuns no nordeste do Brasil, através de um estudo *cross sectional* (transversal) com amostra de 683 pessoas maiores de 15 anos, com resultados que apontaram para uma alta prevalência de desordens mentais comuns entre os informais, comparados com os formais, concluindo-se que o entendimento das desordens mentais passa pelo entendimento da dinâmica sócio-econômica. O *segundo* (SANTANA, 2003) estudo visou a entender a distribuição anual de incidência por gênero e tipo de contrato de trabalho, em uma população entre 18 e 65 anos (n=2.947), através de entrevistas domiciliares individuais. A incidência anual de acidentes de trabalho foi estimada em 5,8%, pouco menor entre as mulheres (5,53%) que entre os homens (6,05%) e entre os trabalhadores formais (5,67%), pouco menor que entre os informais (5,92%). O *terceiro* (SANTANA, 2003) trata-se de um inquérito de base comunitária que objetivou estimar a incidência anual de acidentes não fatais ocorridos entre uma amostra aleatória por conglomerados de empregadas domésticas, utilizando como instrumento questionários individuais que perguntavam acerca das condições de vida, trabalho e saúde. Foi encontrada uma incidência anual de acidentes sem conseqüência fatal, 5,0% maior entre as empregadas domésticas, comparadas com as demais trabalhadoras, concluindo-se pela significância estatística ($p < 0,05$), e pelo absenteísmo de 38,1% decorrente dos efeitos dos acidentes. Concluiu, com base nos resultados que é tema importante para a saúde pública. O *quarto* (SANTANA, 2003) estudo estimou a incidência anual e descreveu as características dos acidentes que não resultaram em morte em adolescentes, em inquérito realizado com uma amostra de 361 jovens entre 10 e 20 anos de idade. Foram encontrados 6,4% de acidentes não fatais; entre as mulheres o trabalho que mais causou acidentes foi o doméstico, sendo que 38,5% precisaram de assistência médica e desses, 36,4% deixaram seqüelas permanentes não incapacitantes, os demais foram de pequena gravidade; entre os homens 60% dos acidentes ocorreu em vias públicas, recebendo atendimento de emergência. O *quinto* (BINDER E CORDEIRO, 2003) estudo objetivou verificar o número

de acidentes ocorridos em certo local e a magnitude do sub-registro. Foram selecionados 4.782 domicílios com 17.219 moradores em município com população estimada em 102.494 habitantes. Foram confirmados 76 casos de acidente do trabalho, sendo que 39 dentre eles não eram cobertos pelo seguro previdenciário, concluindo-se que pouco mais de 1/5 dos acidentes ocorridos naquela localidade foram registrados, no período estudado. O *sexto* (SANTANA & LOOMIS, 2003) estudo teve por objetivo estimar a incidência anual de acidentes não-fatais em trabalhadores com ou sem contrato de trabalho, especificado por gênero. Foi um estudo de base comunitária com entrevistas individuais nas casas das pessoas, numa cidade do nordeste brasileiro, com indivíduos entre 18 e 65 anos, numa amostra de 2.907 pessoas. As incidências encontradas demonstram que os acidentes do trabalho são um problema comum de saúde no Brasil e que merece atenção no que diz respeito ao gênero.

Em 2004 foi publicado um estudo apenas (HENNINGTON, 2004), que analisou os óbitos decorrentes de causas externas entre a população masculina, com idade entre 15 e 64 anos, dos residentes em Campinas nos anos de 1999 e 2000 e, através de entrevistas com familiares, buscou-se resgatar a história ocupacional deles. Concluiu-se que 30% dos trabalhadores possuíam carteira assinada no momento do óbito, tendo sido caracterizados como acidente do trabalho 27 em 66.

No ano de 2005, verificou-se a publicação de 04 estudos. O *primeiro* (CORDEIRO *et al*, 2005) deles objetivou estimar a subnotificação de acidentes do trabalho ocorrida em cidade média do interior paulista, através de inquérito domiciliar por amostra aleatória (9.626 residências), tendo como alvo os maiores de 9 anos e os acidentes ocorridos nos últimos 90 dias, verificando-se, para cada caso de acidentes, se havia notificação respectiva. Foram encontrados 26.751 pessoas com idade superior a 9 anos e dentre esse, mais da metade em atividade (aproximadamente 60% homens e 40% mulheres) e cerca de 1/3 trabalhavam sem contrato de trabalho. Concluiu-se pela ocorrência de subnotificação e pela necessidade de construir um sistema de informação para saúde do trabalhador. O *segundo* (GARRONE NETO *et al*, 2005) foi um estudo transversal que objetivou estimar a incidência de acidentes de trabalho entre pescadores de certa região do Médio Rio Araguaia e estabelecer associações a fatores sociais, econômicos e laborais.

Dentre os 92 participantes 56 relataram acidentes relacionados ao trabalho, sendo 86% com animais aquáticos, o que associado a outros resultados levou a conclusão de que os acidentes com animais aquáticos são risco importante para a saúde dos trabalhadores com pesca, causando até incapacidades temporárias para o trabalho. O *terceiro* (SILVA *et al*, 2005) estudo teve por objetivo descrever as condições de trabalho de catadores e os riscos que essas oferecem à saúde deles, através de um estudo caso-controle, sendo que os casos representavam 455 catadores e os controles 535 não-catadores. Foram identificados riscos ergonômicos, químicos, biológicos, de segurança e psico-sociais. 71% dos trabalhadores disseram acreditar que seu trabalho era perigoso; 20% relataram algum tipo de acidente. Concluiu-se pela necessidade de educação, proteção individual e coletiva, melhoramento das condições de trabalho e políticas públicas. O *quarto* (CORDEIRO *et al*, 2005) estudo apresenta a construção de o Sistema de Vigilância de Acidente do Trabalho (SIVAT) em Piracicaba/SP, fruto do esforço conjunto do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba, da Subdelegacia do Ministério do Trabalho e Emprego em Piracicaba e Sindicatos de Trabalhadores, com o “objetivo de produzir informações e, sobretudo, tecnologia de atuação úteis ao planejamento e à execução de uma política eficiente de prevenção de acidentes do trabalho em Piracicaba” (CORDEIRO *et al*, 2005). São características desse sistema: informações que saem dos locais de atendimento ao acidentado; abrangência universal independente da existência ou não do vínculo de emprego; evento sentinela origina ações de vigilância e promoção à saúde; compreensão de que a análise da distribuição dos acidentes e dos riscos derivados do trabalho é crucial para a definição de estratégias de atenção dos acidentados e prevenção dos acidentes. Começou a funcionar no dia 01/11/2003, tendo registrado até 31/10/2004 5.320 acidentes, esboçando incidência de acidentes de 3,8% no município.

Conclusão

A presente revisão identificou estudos que procuram qualificar e quantificar os acidentes relacionados ao trabalho informal, e sua relação com violência e morte entre diversos grupos (pescadores, adolescentes, mulheres) ou mesmo dentro de uma cidade específica. Todavia, o número desses estudos não abrangem amplamente o campo do

mercado de trabalho indocumentado ou informal, destacando-se as iniciativas de abordagem das relações entre essa modalidade de relações de trabalho e os acidentes do trabalho.

Conclui-se que no que tange à saúde do trabalhador informal muito há que ser feito, mormente pela explosão que se assiste do setor na atualidade, no país.

Evidente resta, que esse ramo do conhecimento ainda está dando seus primeiros passos e há que avançar, para incentivar e dar subsídios à construção de políticas públicas que visem mitigar riscos de adoecimento e acidentes entre esses trabalhadores que só pela sua natureza informal, já estão privados de muitos direitos, não sendo admissível que sejam também privados desse que é o maior dentre todos eles: o direito à saúde que quando desrespeitado faz esvaír-se a própria vida.

Referências Bibliográficas

ALVES, MARIA APARECIDA. “**Setor Informal**” ou “**Trabalho Informal**”? Uma **Abordagem Crítica sobre o Conceito de Informalidade**. Campinas, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas)

BINDER, M.C.P.; CORDEIRO, R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. **Rev. Saúde Pública**, 37(4):409-416, 2003.

CACCIAMALI, M.C. As economias informal e submersa: conceitos e distribuição da renda. In Camargo JM, Giambiagi F, eds. **Distribuição de renda no Brasil**, pp 121-43. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

CACCIAMALI, M.C. Globalização e processo de informalidade. **Economia e Sociedade**, UNICAMP, I.E., nº 14, pp.152-174, Campinas, 2000.

CACCIAMALI, M.C. Setor informal urbano e formas de participação na produção. **Instituto de Pesquisas Econômicas**, São Paulo, 1983.

CACCIAMALI, M.C. A Economia Informal 20 anos depois. **Indicadores Econômicos – FEE**, Porto Alegre, v. 21, nº 4, pp. 217-232, 1994.

CACCIAMALI, M.C. Flexibilização: maior de micro e pequenas empresas ou manutenção da concentração de formas descentralizada?. **Contemporaneidade e Educação**, ano II, nº 1, p.47-57, maio/97.

CORDEIRO, R.; SILVA, E.A. Desigualdade da sobrevivência de trabalhadores de Botucatu, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 17:669-77, 2001.

CORDEIRO R.; PEÑALOZA, E.; CARDOSO, C.F.; CORTEZ, D.B.; KAKINAMI, E.; SOUZA, J.J.G. et al. Desigualdade de indicadores de mortalidade no sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 33: 593-601, 1999.

CORDEIRO, R.; SAKATE, M.; CLEMENTE, A.P.G.; DINIZ, C.S.; DONALÍSIO, M.R.; Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em localidade do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, 39: 254-360, 2005.

CORDEIRO, R.; VILELA, R.A.G.; MEDEIROS, M.A.T.; GONÇALVES, C.G.O.; BRAGANTINI, C.A.; VAROLLA, A.J. et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba. **Cadernos de Saúde Pública**, 21: 1574-83, 2005.

GARRONE NETO, D.; CORDEIRO, R.; HADDAD JR., V. Acidentes do trabalho em pescadores artesanais da região do Médio Rio Araguaia, Tocantins, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 21: 795-803, 2005.

HENNINGTON, É.A.; CORDEIRO, R.; MOREIRA FILHO, D.C. Trabalho, violência e morte em Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, 20: 610-7, 2004.

IBANHES, L.C. **O Setor Informal Urbano: a Organização de Saúde de um Grupo de Vendedores Ambulantes**. São Paulo, 1999. (Tese-Doutorado-Universidade de São Paulo)

LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cadernos de Saúde Publica**, 16: 647-59, 2000.

LUDERMIR, A.B; LEWIS, G. Informal work and common mental disorders. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 38: 485-9, 2003.

MALAGUTI, M.L. **Crítica à razão informal – a imaterialidade do salariado**. Boitempo, São Paulo, 2000.

MENELEU NETO, J. Mercado Informal – Roteiro para uma nova agenda de Pesquisa. **Anais do III Encontro Nacional de Estudos do Trabalho (ABET)**, vol. II, pp. 829-836, Rio de Janeiro 1993.

QUINLAN, M.C.; MAYHEW, C.; BOHLE, P. The global expansion o precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. **International Journal of Health Services**, 31: 335-413, 2001.

REIS, A. C.; SOUZA, E. R.; SILVA, C. M. F. P.; MINAYO, M. C.; VEIGA, J. P.; SANTOS, N. et al. Perfil da mortalidade por causas externas no Brasil, 1980 a 1998. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5, 2002, Curitiba. **Livro de Resumos, Rev. Bras. de Epidemiol. Supl. Esp. Paraná**, 2002. p.449.

SANTANA, V.S.; AMORIM, A.M.; OLIVEIRA, R.; XAVIER, S.; IRIART, J.; BELITARDO, L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. **Revista de Saúde Pública**, 37: 65-74, 2003.

SANTANA, V.S.; ITAPARICA, M.; AMORIM, A.M.; ARAÚJO FILHO, J.B.; ARAÚJO, G.; OLIVEIRA, M. et al. Acidentes do trabalho não fatais em adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, 19: 407-20, 2003.

SANTANA, V.S.; LOOMIS, D.; NEWMAN, B.; HARLOW, S. Informal jobs: another occupational hazard for women's mental health? **International Journal of Epidemiology**, 26: 1236-42, 1997.

SANTANA, V.S.; LOOMIS, D. Informal jobs and non-fatal occupational injuries. **Annals of Occupational Hygiene**, 48: 147-57, 2004.

SANTANA, V.S.; MAIA, A.P.; CARVALHO, C.; LUZ, G. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, 19: 481-93, 2003.

WÜNSCH FILHO, V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, 15(1): 41-51, 1999.

Objetivou-se com o presente estudo a realização de uma revisão da produção existente no que tange ao tema saúde e trabalho informal, bem como descrever e qualificar os acidentes do mercado de trabalho informal, na área do centro de saúde do território alvo.

2º ARTIGO

Trabalho em condições precárias ou perigosas na periferia urbana sob o olhar dos Agentes Comunitários de Saúde:_ 2004-2005.(*⁵)

Heleno R Corrêa Filho(*⁶)

Luciana Cugliari (*²)

José Fernando Loureiro (*⁷)

⁵ Parcialmente financiado por bolsa de pós-graduação do Governo Brasileiro do CNPq período 2004-2005.

⁶ UNICAMP/FCM-DMPS, 13081-970. Campinas SP BRASIL: helenocf@unicamp.br

⁷ Secretaria Municipal de Saúde, Distrito Sudoeste, Vigilância Sanitária. Campinas, SP, BRASIL.

Resumo

Trabalho em condições precárias ou perigosas na periferia urbana sob o olhar dos Agentes Comunitários de Saúde: 2004-2005.

O Sistema Único de Saúde do Brasil adotou as equipes de Agentes Comunitários de Saúde para promover e assistir integralmente à saúde do trabalhador informal em condições precárias ou perigosas. Este estudo teve o objetivo de detectar e descrever acidentes e doenças nessas modalidades de trabalho por meio de cinco equipes de uma Unidade Básica de Saúde. Utilizou-se método descritivo prospectivo de base populacional. Investigou-se o tempo trabalhado e os acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho por visitas semanais durante um ano. Os trabalhadores encontrados foram caracterizados quanto à morbidade referida e exposição presumida aos riscos ocupacionais. O instrumento de coleta de dados foi elaborado por grupo focal de trabalhadores do próprio serviço de saúde.

Nos 12 meses de coleta os 115 trabalhadores encontrados relataram cargas horárias semanais de trabalho com média e mediana de 30 horas e erro padrão de 1,267. Estimou-se o total de 184.444 horas trabalhadas em 52 semanas. A frequência de acidentes com e sem afastamento no grupo foi de 10,4% ao ano ou 6,5 por 100 mil horas trabalhadas. Houve 670 horas perdidas resultando na proporção de tempo perdido de 0,36%.

Constatou-se ser possível identificar algumas modalidades de trabalho precário através das visitas domiciliares e que ainda há obstáculos para o acesso aos locais de trabalho para que os agravos do trabalho sejam detectados e controlados.

Palavras-chave: Epidemiologia; Acidentes de trabalho; Saúde do Trabalhador.

Summary

Precarious and dangerous job conditions at urban settings under the scrutiny of Community Health Agents in South-Eastern Brazil: _ 2004-2005.

The Brazilian Unified Health System adopted the Community Health Agents teams to promote and to deliver comprehensive health care to workers in the informal job market under precarious or hazardous conditions. This study aimed at detecting and describing occupational accidents and diseases through the surveillance of five local teams at the target area of a Community Health Center. A population based prospective surveillance carried out weekly information for one year. Data was collected on total worked time, work accidents; work related perceived morbidity and presumable exposure to work hazards. A series of focus groups sessions with the Health Agents prepared the data collection forms.

A twelve months prospective inquiry detected 115 workers that reported working the median and mean time of 30 hours/week (standard error of 1.267). There were 184,444 estimated yearly worked/hours during the 52 weeks period. The accidents frequency rate was 10.4% a year or 6.5 per 100 thousand worked hours. The proportion of lost work time was 0.36% (670/184,444 h).

It was possible to identify some specific hazardous and precarious types of jobs through home visiting but it showed no effectiveness when attempting to enter the job sites. This prevents from detecting and controlling occupational hazards with this kind of surveillance nowadays.

Keywords: Public Health, Work Accidents; Occupational Health.

Introdução

Leciona Alexandre Marcondes Filho: “A vida humana tem certamente, um valor econômico. É um capital que produz e os atuários e matemáticos podem avaliá-lo. Mas a vida do homem possui, também, um imenso valor afetivo e um valor espiritual inestimável, que não se podem pagar com todo o dinheiro do mundo”. Nisto consiste, sobretudo, o valor da prevenção em que se evita a perda irreparável de um pai, de um marido, de um filho, enfim, daquele que sustenta o lar proletário e preside os destinos de sua família. **“A prevenção é como a saúde. Um bem no qual só reparamos quando o acidente e a moléstia chegam.”**(grifos nossos), (in, SÜSSEKIND,1999).

Dispõe a Magna Carta Brasileira de 1988 no capítulo dos Direitos Sociais, art. 7º, *caput*: “São direitos sociais dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem a melhoria de sua condição social:

XXII – redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”. (grifo nosso).

Outrossim, temos o disposto no inciso II do art. 200 “Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições nos termos da lei: II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”. (grifo nosso).

Temos, portanto, a Lei Suprema determinando competência ao SUS para que atue efetivamente na saúde do trabalhador, bem assim no que tange ao meio ambiente do trabalho, posto dispor no inciso VII do referido artigo que também compete ao SUS “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.” (grifo nosso).

Tal estudo será, ainda, o cumprimento de uma obrigação imposta pela Constituição Federal através de seu artigo 225 *in fine*: “impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”, tendo em conta que também o SUS possui o ônus de praticar ações efetivas no que tange à Saúde do Trabalhador.

Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990, disciplina as competências do SUS, especificando-as e incluindo como área de atuação do Sistema a saúde do trabalhador, senão vejamos:

“Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS:

I – a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica

c) de vigilância de saúde do trabalhador

(...)

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

Nos parágrafos 1º, 2º e 3º esclarece detidamente qual o significado para o Sistema Único de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador, como abaixo demonstrado:

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I – controle de bens de consumo que direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I – assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V – informação ao trabalhador e a sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da;

VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina de setor ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.” (grifos nossos).

Da letra da lei denota-se a importância do planejamento de ações em saúde laboral, as quais devem ser incentivadas com contumácia pelos gestores tendo em vista as elevadas prevalência e incidência de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, bem assim sua alta significância como questão de saúde pública.

Em realidade, o planejamento deve posicionar-se ante a problemática doença/acidente do trabalho, de maneira que avaliando os riscos de agravos, tenha uma atuação efetiva no que concerne à precaução e eliminação dos perigos inerentes ao labor. Faz-se ainda mister, que tome em consideração àqueles que já foram atingidos pelo infortúnio, atendendo-os e tratando-os, o que muitas vezes deverá ser feito de maneira diferenciada, ora por conta do agravo ou lesão sofrido – momento que a dificuldade do nexo de causa se faz presente-, ora em consequência da intervenção que será exigida do Sistema Único de Saúde que possui competência fiscalizadora, já que “Os princípios da universalidade e integralidade trazem em si a idéia de que o respeito à saúde deve contemplar todos os cidadãos, também na sua condição de trabalhadores” (MAENO & CARMO, 2005).

Nessa esteira, estará cumprindo o Sistema, por meio das ações de planejamento e gestão, com os preceitos preconizados na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, identificando as necessidades sociais de saúde da população e promovendo mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, focalizando as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

No que tange à estratégia, mais especificamente quanto ao eixo de atenção, a PNH incentiva a intersetorialidade. É sabido que a área de saúde do trabalhador apresenta interface com várias outras tais como: justiça, previdência, promotoria, meio ambiente, agricultura, dentre outras, todavia, o exercício tem se mostrado obstaculizado, sem resultados palpáveis. “Contribuem para isto as demandas diferenciadas, as discrepâncias de objetivos, a deficiência de planejamento das instituições; a execução de ações pontuais; aplicação de métodos e técnicas diversificadas, o não acompanhamento e avaliação de resultados” (BAHIA, 2002). Mais uma vez, percebe-se quão valiosa e essencial é a missão do planejamento em saúde, tendo em vista que é através de mecanismos por ele propostos que a intersetorialidade encontra meios para sua consolidação, produzindo os profícuos frutos almejados pela Política Nacional de Humanização. Ademais, com a tomada de iniciativas desse tipo, também estará cumprindo o requisito de racionalidade do SUS, segundo o qual “o SUS deve se organizar e oferecer ações e serviços de acordo com as necessidades da população e com os problemas de saúde mais frequentes em cada região”.

Contudo, a despeito de tantos percalços, frutos já estão sendo colhidos de ações bem planejadas devido à implantação do Programa de Saúde do Trabalhador, pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), com iniciativas mobilizadas no sentido da construção de uma atenção diferenciada para os obreiros através de equipes multidisciplinares e com ênfase na intersectorialidade, bem assim um esquema de vigilância em saúde que conta a participação ativa dos trabalhadores.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) tem também como missão conjunta com outros setores da saúde “garantir uma rede eficiente de referência e contra-referência, articulada com as ações das vigilâncias epidemiológicas e sanitária”, possibilitando ainda, dentre outras, a “disponibilidade de instrumentos para o diagnóstico e estabelecimento de nexos com o trabalho pelos meios propedêuticos necessários; recursos materiais para as ações de vigilância em saúde(...); mecanismos que corrijam a indefinição e duplicidade de atribuições, tanto no âmbito do SUS, quanto entre outros setores do governo; coleta e análise das informações sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho nos sistemas de informação em saúde e sobre sua ocorrência na população trabalhadora no setor informal, não segurada pela Previdência Social; definição de mecanismos claros e duradouros para o financiamento das ações em saúde do trabalhador” (DIAS, 2001). Esse modelo tem grande importância visto que privilegia a atenção primária de saúde.

Ademais, olhar o ser humano/indivíduo de maneira ampla e integrada requer que se percebam todos os papéis e condições em que essa pessoa está inserida enquanto sujeito participante de uma sociedade. Um desses papéis é o de trabalhador e, dependendo da maneira que ele exerce seu trabalho, das condições às quais está exposto, ter-se-á um impacto sobre sua saúde.

A incorporação da atenção à Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde do SUS se justifica pela busca de atingir os objetivos do Sistema em tratar as pessoas em sentido pleno de cidadania, com acesso a recursos científicos atualizados e disponíveis amplamente, incluindo a atenção por meio da estratégia da clínica ampliada (CAMPOS,1999).

O estudo foi motivado pela hipótese de que os acidentes e doenças do trabalho informal, precário ou perigoso poderiam apresentar índices de frequência e gravidade, de magnitude igual ou maior que o registrado na literatura para o trabalho formal.

Assim, planejou-se o estudo com o objetivo de descrever e qualificar os acidentes do mercado de trabalho informal, na área do centro de saúde do território alvo.

Métodos

Para atingir o objetivo, o presente estudo pretendeu detectar riscos de acidentes e doenças no Trabalho e de modalidades identificáveis de PERIGO ou de PRECARIIDADE no trabalho indocumentado (informal), na área de atuação do Centro de Saúde do DIC-III, Distrito Sudoeste, Campinas, SP, verificando a magnitude do evento através da medição de indicadores de acidente e doença, visto que o argumento epidemiológico altera a qualidade da informação.

Buscou-se também analisar as condições nas quais é possível utilizar os serviços do SUS para medir e acompanhar a incidência e a prevalência de doenças e acidentes no mercado de trabalho informal ou indocumentado.

Delineou-se a combinação do método epidemiológico de construção de indicadores com o método de busca ativa. Estudo do tipo Descritivo Prospectivo que iniciou sua realização em 2003 para início de coleta de dados em 2004 e foi conduzido em parceria com as ACS do DIC-3.

A estratégia de construção de indicadores epidemiológicos de frequência e gravidade de afastamentos do trabalho por acidentes com lesão, óbito e doenças partiu da observação ativa dos ACS construindo denominadores por meio de tabelas de horas trabalhadas por grupo de trabalho precário detectado ativamente em visitas semanais, com a coleta de informação através de questionários (conforme anexos) aprovados pela Comissão de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP. O total de horas trabalhadas semanais foi computado com a somatória das estimativas individuais disponíveis através de observação participante direta.

A tradução do jogo para o idioma Inglês e depois para o Indonésio levou à exportação do jogo de definições populares para ser utilizado entre trabalhadores adolescentes da Indonésia (Markaanen, 2004). O jogo de definições sobre saúde e trabalho foi planejado para utilização em festas populares e escolas elementares e secundárias. Pretende-se construir a consciência coletiva sobre o que é precário e perigoso por meio lúdico através das crianças e adolescentes.

Um Segundo grupo focal foi organizado pelas Coordenadoras do DIC3, Trata-se do grupo do Conselho Local de Saúde (CLS). Nesse grupo foi discutida a justificativa e a necessidade de organizar-se um trabalho de pesquisa sobre os perigos decorrentes do trabalho precário.

De maneira geral, as reuniões com os membros do CLS foram encaradas como oportunidades de apresentação dos problemas encontrados para a Comunidade, pactuação de atividades a serem desenvolvidas e delimitação do que seria aceitável fazer dentro dos limites dos pesquisadores e das instituições envolvidas.

Alguns dos representantes presentes às reuniões do Conselho Local eram, eles mesmos, os próprios trabalhadores encontrados em situação precária e de perigo. Havia no CLS trabalhadores de construção civil e da mineração clandestina de areia, que declaravam conhecer de perto condições ainda mais precárias como a dos catadores-recicladores de material descartado.

A discussão sobre a importância de uma pesquisa com essas modalidades de trabalho revelou-se muito fácil dada a presença dos próprios trabalhadores no CLS. Cerca de 15 representantes populares discutiram problemas decorrentes da exposição de trabalhadores dos bairros da área a modalidades de trabalho perigoso. Houve questionamento sobre o que seria possível fazer e o problema selecionado como mais inquietante ou mais transcendente foi vacinar contra Hepatite B os mineradores clandestinos de areia. Resolveu-se adicionalmente tentar conseguir fundos para financiar a compra de luvas e botas impermeáveis, apesar de ser reconhecido que a mineração clandestina não seria permitida oficialmente pelos órgãos de nenhuma esfera de governo – Municipal, Estadual ou Federal.

A digitação foi planejada para execução descentralizada e conferida através de dupla entrada no nível de Distrito de Saúde e/ou do Grupo de Pesquisa visando minimizar erros de consistência.

Foram utilizados mecanismos de avaliação qualitativa sempre que a informação quantitativa revelou-se precária ou de difícil obtenção. Para tanto, o mecanismo de discussão coletiva através de grupos técnicos dos Centros de Saúde foi utilizado como método pedagógico e de discussão para intervenção.

As vinte Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de 5 equipes iniciaram a coleta de informação sobre condições de trabalho precário e perigoso em junho de 2004. Sua área de trabalho compreendeu 20 bairros/ocupações (Santo Antonio, Vista Alegre, Todescan, Santos Dumont I, Santos Dumont II, Chácaras, Dic II, Dic III, Dic IV, Dic V, Dic VI, e as ocupações; Rosalina, Dic V de Março, Filadélfia, Aero Aeroporto, Aruanã, Zumbi dos Palmares, Chico Mendes, Eldorado dos Carajás e Carlos Marighela) com 37 mil habitantes em áreas mescladas de habitações regulares e irregulares. As áreas irregulares são chamadas de ocupações por que eram terrenos destinados pelo Estado para construção de indústrias que não se instalaram e deixaram vagos os espaços onde a população construiu suas casas e traçou ruas estreitas e não pavimentadas.

As visitas semanais das ACS aos locais de trabalho e aos domicílios, acompanhadas semanalmente, produziram fichas sobre grupos humanos trabalhando e morando em precariedade ou perigo, na área de abrangência do Centro de Saúde do território alvo. Quando voltavam aos locais perguntavam sobre a ocorrência de acidentes tanto para os trabalhadores quanto para seus familiares. Foi feita ficha específica para anotação de dados de acidentes.

O total aproximado de horas em trabalho de campo é de 416 horas, considerado o tempo de 1 ano e quatro meses, uma vez por semana.

Ambas as fichas preservaram o anonimato e as condições de sigilo para informação conforme as exigências do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos que aprovou a investigação.

Os dados individuais sobre acidentes foram obtidos e confrontados com condições gerais dos grupos em que esses trabalhadores acidentados estavam inseridos.

Considerou-se informal para efeitos do estudo proposto, aquele trabalho realizado sem documentação ou, em existindo tal registro, não haja recolhimento previdenciário devido.

Resultados

Foram encontrados no território doze acidentes durante o período de 52 semanas. Somente nove dos acidentados tiveram a idade anotada devido a preocupações com não permitir a quebra de confiança com os grupos de trabalhadores. Ocorreu um acidente com criança de dez anos no serviço de reciclagem (catação e manuseio de resíduos sólidos). Registrou-se dois acidentes acima de 50 anos de idade.

Detectou-se maior número de acidentes entre trabalhadores que exerciam funções de pedreiro (5/12) e de reciclagem de lixo (4/12). Um dos recicladores se acidentou ao fazer troca de telhas no local de trabalho. Outras funções (3/12) ficaram com um acidente de faxineira, de entregador de mercadorias e uma acompanhante domiciliar de idoso. Isso gerou seis acidentes na “construção civil”. Os recicladores e a acompanhante de idosos foram classificados no setor de “Serviços Comunitários, sociais e pessoais”.

As jornadas de trabalho conhecidas ou corretamente informadas dos acidentados eram de mediana de 44 horas semanais. Um dos acidentados declarou trabalhar 140 horas por semana.

Oito de doze acidentados trabalhavam em jornadas diurnas e 4/12 em períodos de turno (vespertino, noturno e rotativo), esses últimos eram recicladores, a acompanhante, e o entregador de mercadorias.

Os locais do corpo mais agravados em acidentes foram os membros superiores e inferiores (5/12). Ocorreram ainda lesões na coluna vertebral e anexos(2/12) bem como no pescoço(1/12). Seis dos doze acidentados relataram continuar trabalhando sem

afastamento ainda com as seqüelas das lesões. Dois pedreiros ficaram afastados 45 dias e a acompanhante parou de trabalhar durante um mês devido à dor na coluna lombar. Todos os afastamentos significaram perda de renda e dependência de terceiros para a manutenção pessoal. Ninguém respondeu afirmativamente à pergunta sobre se estava trabalhando em jejum no momento em que ocorreu o acidente. A maioria (9/12) preferiu não responder, o que indica dificuldade para obter esse tipo de informação em entrevista direta. Também o grau de completude de informações sobre os horários de trabalho e a ocorrência de acidentes foi inferior a 80% indicando também ser esse um item de informação de difícil obtenção entre esses trabalhadores informais.

GRUPOS REALIZANDO TRABALHO PRECÁRIO OU PERIGOSO:

As anotações dos locais de trabalho perigoso preservaram o anonimato e foram feitas em grupo. Identificou-se apenas idade, carga horária, sexo e raça/cor. Conseqüentemente, e também intencionalmente, não se pode saber exatamente quem de qual grupo foi a pessoa acidentada. A anotação em grupo preservou a confiança e confidencialidade. Por sua vez impossibilitou o trabalho de controle de qualidade com re-entrevista das pessoas dos grupos e dos eventuais acidentados.

Com os dados sobre os 115 trabalhadores detectados ao longo das 52 semanas do período de coleta estimou-se que apenas 33% (38/115) dos participantes dos grupos considerados trabalhando em condição precária ou perigosa tinham fichas ou prontuários no Centro de Saúde de referência. As Agentes Comunitárias de Saúde, portanto, conheciam os trabalhadores em suas visitas semanais, mas os mesmos não recorriam aos serviços de saúde com freqüência. Uma das possíveis explicações é a maior cobertura de serviços para mulheres e crianças enquanto a maioria dos trabalhadores é de homens adultos.

Foram detectados 115 trabalhadores em condições precárias. Dentre esses havia 12 crianças menores de 10 anos (12,5%) e as mulheres respondiam por 25% da força de trabalho. A proporção de trabalhadores pretos correspondeu à distribuição geral da população brasileira com 13% de negros e 25% de pardos.

A maioria dos trabalhadores tinha idade entre 20 a 59 anos, embora o contingente de menores de 16 anos seja de 19,8% e tenham sido encontradas pessoas com mais de 60 anos em condições precárias de trabalho.

Tabela 1: Distribuição etária dos trabalhadores com idade conhecida entre os 115 encontrados trabalhando em condições precárias na base territorial de cinco equipes de Agentes Comunitárias de Saúde, julho-2004 a junho-2005.

| Idade | Freqüência | Percentagem |
|---------|------------|-------------|
| 0 – 9 | 12 | 12,5 |
| 10 – 15 | 7 | 7,3 |
| 16 – 19 | 10 | 10,4 |
| 20 – 29 | 16 | 16,7 |
| 30 – 39 | 17 | 17,7 |
| 40 – 49 | 21 | 21,9 |
| 50 – 59 | 10 | 10,4 |
| 60 – 69 | 3 | 3,1 |
| TOTAL | 96 | 100,0 |

Dezessete pessoas entrevistadas (17/115=14,78%) referiram ter observado ou presenciado pelo menos um acidente nos últimos doze meses nos seus locais de trabalho, sendo que 3 delas (3/115=2,61%) referiram saber da ocorrência de um óbito entre trabalhadores do grupo do mesmo local de trabalho. Essa ocorrência de óbitos e sua relação com os trabalhos desenvolvidos não pode ser confirmada, dado que pode ter ocorrido erro de interpretação com a pergunta ou erro de classificação da causa de morte e sua vinculação com o trabalho. A investigação de óbitos pela base populacional seria confiável com dados obtidos prospectivamente nos serviços de medicina legal e verificação de óbitos. No entanto, isso requer metodologia diferente da empregada no trabalho dos ACS.

A desvinculação dos trabalhadores com a Previdência Social ou Seguridade Social é avaliada através do grau de organização ou marginalidade em relação aos benefícios sociais em caso de acidentes ou doenças, pela segurança de ganhar o suficiente para necessidades mínimas, e finalmente, por trabalhos à margem da lei e das convenções sociais como o jogo popular clandestino (jogo do bicho) e a prostituição. Houve consenso entre as ACS de que ainda que anotassem eventualmente a existência de criminosos como traficantes de drogas não seriam entrevistados nem identificados por escrito. Além da preocupação com o perigo de que as ACS fossem identificadas por engano como informantes da polícia, havia a preocupação com a manutenção dos vínculos subjetivos de confiança com os familiares e conhecidos residentes no bairro.

Uma escala de sete níveis foi desenvolvida pelo grupo focal de ACS para a categorização dos vínculos. A ficha de investigação epidemiológica para grupos de trabalhadores em perigo continha as definições usadas na escala para leitura em campo, tal como se segue:

Pequena Explicação sobre os conceitos: (ANEXO 1)

1. Cooperativa é formalmente constituída. Um nível superior de organização.
2. Autônomos que realizam trabalhos e podem até ganhar bem mas se não contribuem para a Previdência Social estão na informalidade. Podem ser comerciantes e profissionais bem sucedidos embora trabalhem com atividades perigosas – telhadistas, construção civil, segurança patrimonial não registrada, etc.
3. Sub-rendimentos próprios significa que embora trabalhe por conta própria não consegue dinheiro para reinvestir ou manter sua própria atividade. Trabalha na pobreza e cada rendimento é insuficiente para comprar de novo o que vende ou o que usa para trabalhar.
4. Empregado não oficial é aquele subordinado a outros e que trabalha por que alguém deixa ou manda – exemplo: “flanelinha” que 'toma conta' de carros em rua comandada por alguém.

5. “Bicos” são os que outros mandam fazer sem relação permanente de trabalho mas são subordinados. Alguns podem ser deficientes físicos, mentais, indigentes em abandono, com impossibilidade de vínculo permanente. Exemplos: catadores de lixo (ragpickers); catadores de areia, etc.
6. Contravenção é forma socialmente aceita de trabalhar sem pagar imposto ou fazer o que a lei não permite (profissionais do sexo, jogo do bicho). Não implicam, necessariamente, em violência contra terceiros.
7. Quarto setor é o trabalho ilícito sem possibilidade de contato social com líderes ou com pessoas da comunidade. Há riscos de conflito ou violência. Não se recomenda nem mesmo iniciar qualquer contato.

Os resultados do levantamento das modalidades de trabalho idealizadas com a escala estão apresentados na tabela 2:

Tabela 2: Modalidades de trabalho precário ou perigoso encontradas na base populacional do território de 5 equipes de Agentes Comunitários de Saúde, julho de 2004 a junho de 2005.

| Modalidade | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Cooperativa (1) | 1 | 1.7% |
| Autônomos não contribuintes (2) | 23 | 38.3% |
| Sub-rendimentos (3) | 9 | 15.0% |
| Empregado não oficial (4) | 8 | 13.3% |
| “Bicos” (5) | 15 | 25.0% |
| Contravenção (6) | 2 | 3.3% |
| Quarto setor (crime)(7) | 2 | 3.3% |
| Total | 60 | 100.0% |

Na tabela de modalidades de trabalho verifica-se, de modo polar, a raridade da organização em cooperativas contra o predomínio absoluto de pessoas que tentaram se cadastrar na Previdência Social como trabalhadores autônomos isolados, mas não conseguem pagar as mensalidades.

A grande maioria tenta sobreviver como trabalhador eventual em qualquer serviço, especialmente na construção civil, onde a função denominada “ajudante geral” significa realizar qualquer tipo de trabalho auxiliar empilhando ou carregando materiais e limpando obras civis. Nessas funções, os trabalhadores não têm duração definida da relação de trabalho.

O degrau mais “baixo” da escala acumula os que vendem bens de consumo sem conseguir ganhar o suficiente para comprar mais para continuar a vender (sub-rendimentos). Acabam dependendo de doações em espécie ou em dinheiro. Podem eventualmente recorrer a pequenos furtos para sobreviver. Um exemplo foi o encontro de um cidadão idoso escavando a área central do que deveria ser uma futura avenida, em busca de vender o ferro retirado de fundações de construções antigas abandonadas sob o leito da rua.

Esses últimos são seguidos pelos que trabalham na contravenção de leis de usos e costumes, como a prostituição, ou em comércios que são monopólio do estado (jogo de loterias). Por último ocorre a identificação de criminosos que convivem com a população à margem das relações com a lei, com a polícia e com os aparatos do Estado.

QUANTIDADE DE ACIDENTES DO TRABALHO:

Os 115 trabalhadores encontrados relataram cargas horárias semanais de trabalho com média e mediana de 30 horas, erro padrão de 1,267. Somaram um total de 3.547 horas por semana, com estimativa de 184.444 horas trabalhadas em 52 semanas ou um ano.

A frequência total de acidentes com e sem afastamento no grupo foi de 12/115 ou 10,4% ao ano, ou 6,5 acidentes por 100 mil horas trabalhadas. A gravidade estimada foi de 670 horas perdidas o que foi considerado subestimação, pois os trabalhadores simplesmente não se afastam mesmo quando acidentados, dado o risco de fome absoluta. A proporção de tempo perdido foi de 0,36%.

As funções ou tipos de trabalho encontrados são relativos a sessenta grupos de pessoas em atividade comum. As mais frequentes são pedreiros e ajudantes gerais de construção civil, seguidos da reciclagem de resíduos sólidos e mineradores clandestinos de areia. Apesar de ser anotada a presença de três traficantes de drogas essas pessoas não eram regularmente abordadas pelas equipes devido às normas de segurança adotadas.

A lista das funções de trabalho encontrada pode ser vista na tabela 3 abaixo:

Tabela 3: Funções exercidas no trabalho precário ou perigoso encontradas na base populacional do território de 5 equipes de Agentes Comunitários de Saúde, julho de 2004 a junho de 2005.

| Tipo De Trabalho | Frequência | Porcentagem |
|----------------------------|------------|---------------|
| Acompanhante acamado Idoso | 2 | 3.3% |
| Ajudante Geral | 6 | 10.0% |
| Areia Mineração | 9 | 15.0% |
| Caminhão Chapa | 1 | 1.7% |
| Elétrico | 1 | 1.7% |
| Encanador e Eletricista | 1 | 1.7% |
| Faxineira | 1 | 1.7% |
| Funileiro | 1 | 1.7% |
| Limpa Terrenos | 1 | 1.7% |
| Mecânico, Autoelétrica | 1 | 1.7% |
| Pedreiro | 17 | 28.3% |
| Profissional do Sexo | 1 | 1.7% |
| Reciclagem | 12 | 20.0% |
| Serralheiro | 1 | 1.7% |
| Tatuagens | 1 | 1.7% |
| Tráfico | 3 | 5.0% |
| Vendedor | 1 | 1.7% |
| Total | 60 | 100.0% |

A conceituação do que significa perigo no trabalho mostrou-se variável demais para atingir-se consenso entre os membros do grupo de Agentes Comunitários de Saúde quando reunidos em grupo focal. Decidiu-se, por consequência, que as anotações de perigo seriam feitas para que a subjetividade de cada um permitisse análise posterior.

As modalidades de perigo encontradas e anotadas para os 115 trabalhadores foram categorizadas posteriormente. Constatou-se a preocupação com trabalho em condições de contaminação agravada pela possibilidade de traumatismos como porta de entrada para infecções virais (Hepatite) e bacterianas. A referência ao perigo de queimadura é devida ao risco de queimadura química por resíduos de indústrias lançados nas águas dos rios onde se realiza mineração clandestina de areia para construção civil. Boa parte dos entrevistados refere-se com generalidade ao perigo percebido pelas ACS, chegando um deles a negar a possibilidade de perigo no seu local de trabalho. A preocupação com a coluna, especial a lombar é a segunda maior entre os trabalhadores encontrados.

Tabela 4: Tipos de perigo reconhecido por trabalhadores encontrados exercendo trabalho precário ou perigoso na base populacional do território de 5 equipes de Agentes Comunitários de Saúde, julho de 2004 a junho de 2005.

| Tipo De Perigo | Freqüência | Percentagem |
|-----------------------------|------------|-------------|
| Dor na Coluna | 6 | 10.0% |
| Geral Inespecífico | 26 | 43.3% |
| Negação do Perigo | 1 | 1.7% |
| Quedas | 1 | 1.7% |
| Quedas e Dor de Coluna | 1 | 1.7% |
| Queimaduras | 1 | 1.7% |
| Traumatismos | 2 | 3.3% |
| Traumatismos c/ Ferramentas | 2 | 3.3% |
| Traumatismos Contaminados | 12 | 20.0% |
| Traumatismos e Queimaduras | 5 | 8.3% |
| Violências | 3 | 5.0% |
| Total | 60 | 100.0% |

Discussão

A noção do que é precário encontra fundamentação padronizada na literatura. O acréscimo das noções de perigo e trabalho penoso acrescentou dificuldades transculturais entre as ACS e seus contatos com as famílias residentes e trabalhadores dos bairros da área-território. Como são moradores novos procedentes de outros estados, e até de países vizinhos, como Bolívia e Paraguai, pensam e agem de modo diferente em relação ao trabalho.

O acompanhamento do trabalho das ACSs possibilitou a compreensão da complexidade do exercício dessa atividade e pela realidade ali encontrada. O acúmulo de funções foi o que primeiro verificou-se pelo prejuízo que poderia trazer à pesquisa. Outro fato é a realidade desestruturada também encontrada fora do serviço, tanto física, quanto social, econômica, passando pela emocional e que se traduz em demandas que muitas vezes não podem ser solucionadas pela estrutura oferecida pelo SUS, vez que tampouco de sua competência é. A tentativa hercúlea das agentes de arrecadar comida para aqueles que nada tem em suas mesas, chamando à ação solidária seus colegas de trabalho, é exemplo típico daquilo que supera tudo aquilo que é competência de trabalho delas.

A promoção à saúde é coisa que deveria passar à larga de ações tão elementares quanto às relacionadas à fome. Presencia-se também e por muitas vezes, consultas sobre benefícios previdenciários e de direitos de outras naturezas, o que também deixa claro que a capilaridade do SUS torna-o um sistema “tapa-buraco” fragilizando-o, portanto, já que suas competências são extensas e profundas não se admitindo que sejam distorcidas. As questões que necessitam do incremento de políticas públicas para serem efetivamente solucionadas não podem desembocar todas no Sistema provocando a criação de um gargalo que contribuirá para o seu enfraquecimento.

O impacto causado pelo enfrentamento da realidade de anotar as condições de grupos de pessoas trabalhando precariamente ou sob perigo foi sentido de modo desestruturante pelo grupo das ACS. Suas anotações nas fichas revelam a dificuldade de compreender e propor alternativas. A maioria preferiu não escrever qualquer proposta e apenas 38,3% (23/60) das fichas anotadas foi discutida entre as ACS e levada para o

Núcleo de Saúde Coletiva com a opinião de que era possível tomar alguma providência de Saúde Coletiva para melhorar a condição dos grupos de trabalhadores encontrados em condição precária. Apenas uma das anotações apontava para a possibilidade de convencer os trabalhadores a formar uma cooperativa. As demais 22 anotações mencionavam providências genéricas de controle de danos com vacinações e processo educacional preventivo em geral. Um dos locais visitados onde se realizava reciclagem de resíduos sólidos rejeitou qualquer visita posterior temendo ações de fiscalização do Estado como consequência das observações repetidas. De fato, uma das ACS, recomendava por escrito, que a vigilância sanitária do Município tomasse providências diante do quadro de perigo encontrado em outro local visitado.

Depreende-se das poucas anotações a sensação de impotência, das ACS, para propor mudanças dos locais e das condições de trabalho encontradas. Reaparece como ameaça e como última alternativa, a tentativa de recorrer, tal qual no modelo antigo da Saúde Pública, aos métodos verticais de fiscalização e imposição de medidas sem o envolvimento da população, o que ocorre pela inexistência da possibilidade viável de resolver a partir de uma Unidade Básica de Saúde problemas como a fome, por exemplo. Esse tipo de demanda, além da sensação de impotência percebida do acompanhamento de trabalho de campo, gera angústia e ansiedade por não se poder resolver problemas sociais tão graves e profundos. Como consequência as ACS se queixam de em depressão e pedem transferências de postos de trabalho, buscam mudanças para outros empregos, e relatam não suportar esse tipo de enfrentamento.

As anotações feitas pelas ACS nas fichas, antes das reuniões dos Núcleos de Saúde Coletiva, revelam também desesperança. Apenas três delas escreveram que era possível sensibilizar a vizinhança para amenizar ou melhorar as condições dos trabalhadores. Ao descrever qual tipo de providência poderia ser tomada, uma somente, escreveu: "orientações".

A despeito do mandamento legal e de todo o saber produzido na área de Saúde do Trabalhador, denota-se que a atenção à saúde do trabalhador não se encontra efetivamente incorporada entre as ações tradicionais da saúde pública, especificamente dentro da Unidade de Saúde pesquisada. Ainda é incipiente a preocupação dos gestores em

ocupar-se com o tema, mesmo quando existente um núcleo de saúde coletiva dentro da UBS. As Agentes Comunitárias de Saúde são, por muitas vezes, confundidas/entendidas como fiscais e não como promotoras de saúde, o que de fato são. Essa percepção cria um abismo, um silêncio velado pelo medo da reprimenda do Estado.

Pelo exposto, se ressalta a importância do controle social, pois é através dele que a população tomará conhecimento dos problemas que a acometem e fará a multiplicação dessa informação entre seus pares, criando uma ponte entre o que ocorre dentro e o que se dá fora do serviço, vez que “O SUS expressa, de maneira inequívoca, uma nova relação do Estado com a população: a universalidade, a equidade e a integralidade – princípios que regem o sistema -, aliadas ao controle social, colocaram o povo como eixo central do sistema e como um agente ativo na sua conformação, de maneira permanente”. (MAENO & CARMO, 2005)

Conclusão

O trabalho das ACS é baseado em relações de vínculo familiar e confiança de que as informações confidenciais das famílias não serão repassadas a instituições repressoras do aparelho do Estado. Isso gerou conflito não resolvido com a intenção de fazer vigilância de acidentes no trabalho.

A vigilância nos locais de trabalho foi substituída, no final do período, por vigilância com informações obtidas em visitas familiares e em atendimentos do Centro de Saúde base do bairro-território. Parece possível que essa situação seja geral para todos os locais onde o modelo de trabalho das equipes de ACS é o mesmo, ou seja, em todo o Brasil até 2005.

Os índices de frequência e gravidade dos acidentes aparentemente não foram maiores do que os notificados para o mercado formal de trabalho.

Não foram encontrados indícios de que seja possível garantir a seguridade social dos trabalhadores nem a sustentabilidade do ambiente do território pesquisado.

A comparação com estudos de outros locais aponta para um subdimensionamento dos achados da pesquisa, tendo em vista as limitações metodológicas que se apresentaram no decorrer do estudo, bem assim às dificuldades por parte dos pesquisadores durante as tentativas da promoção da motivação e treinamento que foram realizadas com as ACS.

As dificuldades foram agravadas pelos vários momentos de crise administrativa e institucional – geradores de conflitos e disputas internas ao serviço - e ausência intermitente da designação de gestor local direto por que passou a Unidade Básica de Saúde, foram somados ao volume de trabalho e atribuições das próprias ACS. Esse cenário gerou evidentes prejuízos para fundamentar a viabilidade da proposta de vigilância contínua direta de condições de trabalho precário pelas ACS em sua base territorial, deixando entreabertas possibilidades distintas quanto à periodicidade, abrangência e coleta domiciliar dos dados. Outros estudos poderão auxiliar no enfoque de aproximar o SUS da Saúde do Trabalhador informal no que diz respeito a essas modalidades de vigilância socialmente compartilhada e controlada.

Referências bibliográficas

ALVES, MARIA APARECIDA. “Setor Informal” ou “Trabalho Informal”? Uma Abordagem Crítica sobre o Conceito de Informalidade. Campinas, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas)

BAHIA, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. **Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância da Saúde do Trabalhador.** SESAB/SUVISA/CESAT – Salvador: CESAT/SESAB. 2002

BAKER, S. P.; SAMKOFF, J. S.; FISHER, R. S.; VAN BUREN, C. B. Fatal occupational injuries. **JAMA**, 248(6): 692-697, 1982.

BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. Padrões de mortalidade por causas externas em menores de 20 anos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5, 2002, Curitiba. **Livro de Resumos, Rev. Bras. de Epidemiol. Supl. Esp.** Paraná, 2002. p.444.

BERALDO, P. S. S.; MEDINA, M. G.; BORBA, E. A.; SILVA, L. P. **Informe Epidemiológico do SUS.** Brasília, DF: CENEPI, jan/fev, 1993. p.41-49.

BRANT, V. **São Paulo: Trabalhar e Viver.** São Paulo: Comissão Justiça e Paz/Brasiliense, 1989.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da república Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2): 393-403, 1999.

CASTILLO, D. N.; LANDEN, D. D.; LAYNE, L. A. Occupational injury deaths of 16 and 17 years old in the United States. **American Journal of Public Health**, 84(4): 646-49, 1994.

CORDEIRO, R.; VILELA, R.A.G.; MEDEIROS, M.A.T; GONÇALVES, C.G.O.; BRAGANTINI, C.A.; VAROLLA, A.J. et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba. **Cadernos de Saúde Pública** 21: 1574-83, 2005.

CORREA FILHO, H.R.; MAGALHÃES, L. V.; LOUREIRO, J.F; SANTANA, J.L. **"TRAPP" - Trabalho informal, precário e perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS.** [Mimeo] Comunicação pessoal 34.p, Projeto de Pesquisa apresentado a Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNICAMP - FCM, Campinas, SP, Setembro de 2003.

DATAPREV, 2005. Disponível em: <<http://www.mps.gov.br>> Acesso 17/11/2005.

DIAS, Elisabeth Costa (org). **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Ministério da Saúde, Representação no Brasil da OPAS/OMS – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

FARIA, N.; FACCHINI, L. A.; FASSA, A. G., TOMASI, E. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, 16(1): 115-128, 2000.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: banco de dados. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica>.

MATTOSO, J. A. **Desordem do trabalho.** São Paulo: Scritta, 1195. 209p.

MEDRONHO, R.A. (Ed.) **Epidemiologia.** São Paulo: Ed Atheneu,2003.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

NAVARRO DIAS, A. R.; SAPORITO, W. F.; SOUZA, S. A. B.; VITÓRIO, P. K.; WILCKEN, M. F. T.; NASCIMENTO, V. B. Acidente do trabalho – análise de algumas variáveis epidemiológicas. **Arq. MÉD. ABC**, 13: 10-14, 1990.

PEPE, C. C. C. A.; MINAYO, C. M. Acidentes de trabalho e violência urbana no município do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5, 2002, Curitiba. **Livro de Resumos, Rev. Bras. de Epidemiol. Supl. Esp.** Paraná, 2002. p.450.

QUINLAN, M.C.; MAYHEW, C.; BOHLE, P. The global expansion o precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. **International Journal of Health Services**, 31: 335-413, 2001.

REIS, A. C.; SOUZA, E. R.; SILVA, C. M. F. P.; MINAYO, M. C.; VEIGA, J. P.; SANTOS, N. et al. Perfil da mortalidade por causas externas no Brasil, 1980 a 1998. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5, 2002, Curitiba. **Livro de Resumos, Rev. Bras. de Epidemiol. Supl. Esp. Paraná**, 2002. p.449.

SEADE - SÃO PAULO (ESTADO). SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Vinte anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista**. São Paulo: Seade, 1998. 246 p.

SCHOBER, S. E.; HANDKE, J. L.; HALPERIN, W. E.; MOLL, M. B.; THUN, M. J. Work-related injuries in minors. **American Journal of Industrial Medicine**, 14: 585-595, 1988.

SURUDA, A.; EMMETT, E. A. Counting recognized occupational deaths in the United States. **Journal of Occupational Medicine**, 30(11): 868-872, 1988.

STAMBURY, M.; GOLDOFT, M. Use of OSHA inspections data for fatal occupational injury surveillance in New Jersey. **American Journal of Public Health**, 80(2): 200-202, 1990.

DISCUSSÃO GERAL

A comparação com estudos de outros locais e com os dados estatísticos oficiais, aponta para um subdimensionamento dos achados da pesquisa, tendo em vista as limitações metodológicas que se apresentaram no decorrer do estudo, bem assim às dificuldades por parte dos pesquisadores durante as tentativas da promoção da motivação e treinamento que foram realizadas com as ACS.

Os dados produzidos e extraídos da região servem para direcionar as ações e estratégias a serem seguidas pela Unidade Básica de Saúde. O conhecimento da realidade dos riscos, dos perigos e agravos propicia a tomada de ações efetivas e eficazes.

É certo que as fontes de dados genéricas sobre acidentes e doenças, como o INSS, OIT, Ministério do Trabalho, IBGE, são boas, quando existem sozinhas. Todavia, sendo possível a produção de dados concretos na micro-realidade desejada, há que se fazer, para melhor agir. O SUS nesse contexto é privilegiado, pois é um sistema altamente organizado, “tem como população-alvo, toda a população, mesmo os que exercem atividades de trabalho, independentemente da existência e/ou natureza do vínculo empregatício. Seu viés é o da saúde, no seu sentido mais amplo e profundo. Possui uma rede com capilaridade suficiente para atingir praticamente cada domicílio e local de trabalho do País.”(MAENO E CARMO,2005).

Portanto, ainda que os dados apresentados pelo estudo sejam inconclusivos e subdimensionados, apontam para a realidade existente naquela região. Indicam que o aprimoramento do instrumento e metodologia de coleta poderá, no futuro, produzir dados mais expressivos e que de fato demonstrem a situação existente naquela área acerca de acidentes e doenças relacionadas ao mercado de trabalho informal, precário ou perigoso.

Da comparação com revisão de literatura, verifica-se a autenticidade do estudo ora realizado, vez que em nenhum caso a busca ativa dos eventos-sentinela foi feita a partir do serviço de saúde com as ACSs e com o objetivo de perceber o quanto o tema da saúde do trabalhador está inculido no serviço da rede básica. Com efeito, não é afirmar que os resultados encontrados estejam ocorrendo da mesma maneira e intensidade em todos os centros de saúde da rede, porém, fica a certeza de que ainda há muito que se fazer para que de fato a atenção à saúde do trabalhador seja incorporada, integrada, nas práticas diárias das equipes.

No caso particular da UBS pesquisada foi implantada melhor infra-estrutura de interface entre a gestão local e órgãos formadores de recursos humanos e de pesquisa em saúde, a saber:

- . Melhor processamento local de dados, facilitando-se a conexão previamente existente com a Internet para tráfego de dados em banda larga;
- . Articulação para trabalho continuado de médicos residentes de Medicina Preventiva e Social com interesse nos aspectos da Saúde do Trabalhador;
- . Atuação formativa com grupos de alunos de graduação de medicina para estágios rotativos com metas pedagógicas estabelecidas em função das necessidades do serviço, após pactuação entre gestores, professores e profissionais de saúde;
- . Melhor integração do processo formativo de médicos residentes e alunos de graduação em Medicina com os níveis distrital e municipal de saúde na cidade;
- . Continuidade das ações locais de promoção e proteção da Saúde dos Trabalhadores após o término da pesquisa através de novas formas de vigilância epidemiológica e discussão locais.

Em resumo abriu-se um leque de possibilidades que foi além do impacto local das ações experimentais de vigilância e que poderá resultar em intercâmbio com Agentes Comunitários de Saúde em outras locais dentro e fora do país.

CONCLUSÃO GERAL

A evolução do conceito de trabalho informal/setor informal contribuiu para o seu entendimento, todavia ainda restem dúvidas, tendo em vista a interseção dos setores formal e informal. Ocorre que, mesmo ante a incerteza absoluta acerca do que seja o trabalho informal, percebe-se o incremento desse mercado por obra da dinâmica econômica mundial contemporânea.

Do crescimento explosivo do trabalho informal e dos riscos, perigos e agravos advindos do trabalho já tão conhecidos pelo saber produzido na área da Saúde do Trabalhador, vislumbrou-se a necessidade de saber o que está ocorrendo entre os informais.

Realizou-se uma revisão bibliográfica para conhecer o que já foi produzido no mundo no que tange ao saber sobre saúde e trabalho informal. Verificou-se a existência de poucos estudos acerca do tema e a urgente necessidade do fomento e realização de novas pesquisas para que se conheça em profundidade seus meandros.

Foi elaborada uma pesquisa de campo para estimar e detectar riscos de acidentes e doenças advindas do trabalho e de modalidades identificáveis de PERIGO ou de PRECARIIDADE no trabalho indocumentado (informal), na área de atuação do Centro de Saúde do DIC-III, Distrito Sudoeste, Campinas, SP, verificando a magnitude do evento através da medição de indicadores de acidente e doença, visto que o argumento epidemiológico altera a qualidade da informação, buscando-se ainda analisar as condições nas quais é possível utilizar os serviços do SUS para medir e acompanhar a incidência e a prevalência de doenças e acidentes no mercado de trabalho informal ou indocumentado, através das visitas semanais das ACS aos locais de trabalho e aos domicílios.

Quanto à quantificação dos acidentes e doenças encontrados, temos que os índices de frequência e gravidade dos acidentes aparentemente não foram maiores do que os notificados para o mercado formal de trabalho.

Não foram encontrados indícios de que seja possível garantir a seguridade social dos trabalhadores nem a sustentabilidade do ambiente do território pesquisado.

O estudo contribuiu principalmente para a concretização da necessidade existente de tornar cada Unidade Básica de Saúde preocupada e com olhos atentos à questão da saúde do trabalhador incluindo-a entre suas práticas e prioridades, o que tem sido feito com empenho das Coordenações do Centro de Saúde do DIC III e do Distrito Sanitário Sudoeste da Cidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ALMEIDA FILHO, NAOMAR DE; ROUQUARYROL, MARIA ZÉLIA. **Introdução à Epidemiologia Moderna. 2ª. Edição, COOPMED – APCE - ABRASCO** Belo Horizonte: 1992.

ALVES, MARIA APARECIDA. “**Setor Informal**” ou “**Trabalho Informal**”? **Uma Abordagem Crítica sobre o Conceito de Informalidade.** Campinas, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas)

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho.** São Paulo: Cortez/UNICAMP, 1995. 155p.

BAKER, S. P.; SAMKOFF, J. S.; FISHER, R. S. VAN BUREN, C. B. Fatal occupational injuries. **JAMA**, 248(6): 692-697, 1982.

BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. Padrões de mortalidade por causas externas em menores de 20 anos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5, 2002, Curitiba. **Livro de Resumos, Rev. Bras. de Epidemiol. Supl. Esp.** Paraná, 2002. p.444.

BERALDO, P. S. S.; MEDINA, M. G.; BORBA, E. A.; SILVA, L. P. **Informe Epidemiológico do SUS.** Brasília, DF: CENEPI, jan/fev, 1993. p.41-49.

BINDER, M.C.P.; CORDEIRO, R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. **Rev. Saúde Pública**, 37(4):409-416, 2003.

BRANT, V. **São Paulo: Trabalhar e Viver.** São Paulo: Comissão Justiça e Paz/Brasiliense, 1989.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da república Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

CAIADO A.S.C. et al. Município de Campinas. In: CANO W. & BRANDÃO C. A. (coords). **A Região Metropolitana de Campinas: urbanização, economia, finanças e meio ambiente.** Campinas, São Paulo. Editora da Unicamp, 2002.

CORDEIRO, R.; SILVA, E.A. Desigualdade da sobrevivência de trabalhadores de Botucatu, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 17:669-77, 2001.

CORDEIRO R.; PEÑALOZA, E.; CARDOSO, C.F.; CORTEZ, D.B.; KAKINAMI, E.; SOUZA, J.J.G. et al. Desigualdade de indicadores de mortalidade no sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 33: 593-601,1999.

CORDEIRO, R.; SAKATE, M.; CLEMENTE, A.P.G.; DINIZ, C.S.; DONALÍSIO, M.R.; Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em localidade do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, 39: 254-360, 2005.

CORDEIRO, R.; VILELA, R.A.G.; MEDEIROS, M.A.T.; GONÇALVES, C.G.O.; BRAGANTINI, C.A.; VAROLLA, A.J. et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba. **Cadernos de Saúde Pública**, 21: 1574-83, 2005.

SERRA, A. L. R. C. ; Catelan, D.C. ; RUTKOWSKI, E. TRAPP Catadores: Trabalho Informal, Precário e Perigoso. Fase I: diagnóstico socioambiental. **In: VII Seminário Nacional de Resíduos Sólidos - Projetos sócio-econômicos**, São Paulo, 2004.

CASTILLO, D. N.; LANDEN, D. D.; LAYNE, L. A. Occupational injury deaths of 16 and 17 years old in the United States. **American Journal of Public Health**, 84(4):646-49, 1994

CARRION, Valentim; **Comentário à Consolidação das Leis do Trabalho**. São Paulo: Saraiva, 2000.

CORREA FILHO, H.R.; MAGALHÃES, L. V.; LOUREIRO, J.F; SANTANA, J.L. "TRAPP" - **Trabalho informal, precário e perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS**. [Mimeo] Comunicação pessoal 34.p, Projeto de Pesquisa apresentado a Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNICAMP - FCM, Campinas, SP, Setembro de 2003.

DATAPREV, 2005. Disponível em: <http://www.mps.gov.br> [consultado em 17/11/2005).

DIEESE; CNTE; OIT - DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **O trabalho tolerado de crianças até quatorze anos em seis capitais brasileiras** [pesquisa]. São Paulo, 1996. 262p.

FARIA, N.; FACCHINI, L. A.; FASSA, A. G., TOMASI, E. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, 16(1): 115-128, 2000.

GORENDER, J. Globalização, Tecnologia e Relações de Trabalho. São Paulo: **Estudos Avançados da USP**, 11(29), 1997.

HOLTZ, J. F.; BOILLAT, M. A. Health and health-related problems in a cohort of apprentices in Switzerland. **J. Occup. Med**, 41: 23-28, 1991.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: banco de dados. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica>.

LUCCA, S. R.; MENDES, R. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. **Rev. Saúde Pública**. 27(3): 168-76, 1993.

MATTOSO, J. A. **Desordem do trabalho**. São Paulo: Scritta, 1195. 209p.

MELLO JORGE, M. H. D.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. Análise dos dados de mortalidade. **Rev. Saúde Pública**, 31(4): 5-25, 1997.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R.(Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

NAVARRO DIAS, A. R.; SAPORITO, W. F.; SOUZA, S. A. B.; VITÓRIO, P. K.; WILCKEN, M. F. T.; NASCIMENTO, V. B. Acidente do trabalho – análise de algumas variáveis epidemiológicas. **Arq. MÉD. ABC**, 13: 10-14, 1990.

PAPA LEÃO XII. *Rerum Novarum*: **carta encíclica sobre a condição dos operários**. Tradução de Manuel Alves da Silva, S.J. 15ª ed. São Paulo: Paulinas, 2005.

PASCALICHIO, F.V. **O acidentar-se no trabalho precoce**. Campinas, 2002. (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

PASSETTI, E. **O que é menor**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985. 68p.

PEPE, C. C. C. A.; MINAYO, C. M. Acidentes de trabalho e violência urbana no município do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5, 2002, Curitiba. **Livro de Resumos, Rev. Bras. de Epidemiol. Supl. Esp.** Paraná, 2002. p.450.

PROGRAMA DE APRIMORAMENTO DE INFORMAÇÕES EM MORTALIDADE - PRO-AIM. **Boletim 22**. São Paulo: Pref. do Município de São Paulo, 1996.

QUINLAN, M.C.; MAYHEW, C.; BOHLE, P. The global expansion o precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational helth: a review of recent research. **International Journal of Health Services**, 31: 335-413, 2001.

REIS, A. C.; SOUZA, E. R.; SILVA, C. M. F. P.; MINAYO, M. C.; VEIGA, J. P.; SANTOS, N. et al. Perfil da mortalidade por causas externas no Brasil, 1980 a 1998. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5, 2002, Curitiba. **Livro de Resumos, Rev. Bras. de Epidemiol. Supl. Esp. Paraná**, 2002. p.449.

SANTANA, V.S.; AMORIM, A.M.; OLIVEIRA, R.; XAVIER, S.; IRIART, J.; BELITARDO, L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. **Revista de Saúde Pública**, 37: 65-74, 2003.

SANTANA, V.S.; ITAPARICA, M.; AMORIM, A.M.; ARAÚJO FILHO, J.B.; ARAÚJO, G.; OLIVEIRA, M. et al. Acidentes do trabalho não fatais em adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, 19: 407-20, 2003.

SANTANA, V.S.; LOOMIS, D.; NEWMAN, B.; HARLOW, S. Informal jobs: another occupational hazard for women's mental health? **International Journal of Epidemiology**, 26: 1236-42, 1997.

SANTANA, V.S.; LOOMIS, D. Informal jobs and non-fatal occupational injuries. **Annals of Occupational Hygiene**, 48: 147-57, 2004.

SANTANA, V.S.; MAIA, A.P.; CARVALHO, C.; LUZ, G. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, 19: 481-93, 2003.

SEADE - SÃO PAULO (ESTADO). SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Vinte anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista**. São Paulo: Seade, 1998. 246 p.

SCHOBER, S. E.; HANDKE, J. L.; HALPERIN, W. E.; MOLL, M. B.; THUN, M. J. Work-related injuries in minors. **American Journal of Industrial Medicine**, 14: 585-595, 1988.

SILVA, J.A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros Editores, 2001.

SURUDA, A.; EMMETT, E.A. Counting recognized occupational deaths in the United States. **Journal of Occupational Medicine**, 30(11): 868-872, 1988.

SÜSSEKIND, Arnaldo. et.al. **Instituições de Direito do Trabalho**. São Paulo: LTr, 1999.

STAMBURY, M.; GOLDOFT, M. Use of OSHA inspections data for fatal occupational injury surveillance in New Jersey. **American Journal of Public Health**, 80(2): 200-202, 1990.

TOKMAN, VÍCTOR E. **De la informalidad a la modernidad**. Santiago: Oficina Internacional do Trabalho – OIT; 2001.

WÜNSCH FILHO, V. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In: MONTEIRO, C. **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil** . São Paulo: Nupens/USP, 1995. p.289-330.

WÜNSCH FILHO, V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, 15(1): 41-51, 1999.

ANEXOS



ANEXO 1

FICHA PARA TRABALHO PRECÁRIO E PERIGOSO

Preenchimento pela(o) Agente Comunitária(o) de Saúde.

Data ___/___/___

Pessoa com prontuário (ficha) em Centro de Saúde ? (sim) (não) Ficha _____

Tem registro em carteira? (sim) (não) Paga INSS? (sim) (não)

Se sim qual o número da FF (Ficha da Família)? _____

Pode ser anotado um nome para contato?

Local de trabalho precário e perigoso: _____

Término do trabalho ___/___/___

Houve acidente do trabalho no local ? sim não

Houve óbito durante o trabalho no local ? sim não

Houve problema anterior com alguma pessoa neste trabalho? sim não

Se houve: sexo? _____ (M/F) : idade? _____ anos : cor?: _____

Indivíduo ou Grupo em perigo? sim não

Quantas pessoas em perigo? Homens ___ Mulheres ___ Crianças _____

Quem está em perigo?

| Sexo | Idade | Horas trabalhadas/ Semana | Cor declarada. |
|------|-------|------------------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tipo de Trabalho realizado _____

Tipo de Perigo ou problema: _____

Agente de Saúde responsável _____

Equipe de Referência _____

Modalidade de trabalho realizado: _____

- (1) Cooperativa
- (2) Autônomos e não contribuintes INSS
- (3) Com sub-rendimentos próprios
- (4) Empregado não oficial de alguém
- (5) Bicos que outros mandam fazer
- (6) Contravenção com contato social
- (7) 4º setor - contato social inviável

Pequena Explicação sobre os conceitos:

1. Cooperativa é formalmente constituída. Um nível superior de organização.
2. Autônomos que realizam trabalhos e podem até ganhar bem mas se não contribuem para a Previdência Social estão na informalidade. Podem ser comerciantes e profissionais bem sucedidos embora trabalhem com atividades perigosas – telhadistas, construção civil, segurança patrimonial não registrada, etc.
3. Sub-rendimentos próprios significa que embora trabalhe por conta própria não consegue dinheiro para reinvestir ou manter sua própria atividade. Trabalha na pobreza e cada rendimento é insuficiente para comprar de novo o que vende ou o que usa para trabalhar.
4. Empregado não oficial é aquele subordinado a outros e que trabalha por que alguém deixa ou manda – explo: “flanelinha” que 'toma conta' de carros em rua comandada por alguém.
5. “Bicos” são os que outros mandam fazer sem relação permanente de trabalho mas são subordinados. Alguns podem ser deficientes físicos, mentais, indigentes em abandono, com impossibilidade de vínculo permanente. Exemplos: catadores de lixo (ragpickers); catadores de areia; ...
6. Contravenção é forma socialmente aceita de trabalhar sem pagar imposto ou fazer o que a lei não permite (profissionais do sexo, jogo do bicho). Não implicam, necessariamente, em violência contra terceiros.
7. Quarto setor é o trabalho ilícito sem possibilidade de contato social com líderes ou com pessoas da comunidade. Há riscos de conflito ou violência. Não se recomenda nem mesmo iniciar qualquer contato.

QUESTÕES PARA OS CASOS – ACIDENTADOS OU DOENTES

Deverá ser preenchida por pesquisador a ser designado pela Coordenação

O entrevistador deverá ser apresentado pelo ACS.

TRAPP-Trabalho precário e perigoso no mercado informal de trabalho - DIC-3.

Pessoa entrevistada: ___ 1. O próprio acidentado/doente 4. Parente ou familiar
2. Colega de trabalho 5. vizinho
3. Chefe de trabalho 6. Amigo (ou outro)

DATAENT ___/___/___ Iniciais _____ SEXO ___

Nascimento ___/___/___ Começou a trabalhar pela primeira vez na
Vida com esse tipo de serviço em: ___/___/___

Função no local em que se acidentou _____

Horas trabalhadas por semana: _____ Dias que parou de trabalhar ___ (dias)

Tipo de trabalho realizado no local do acidente _____

Há evidências de abuso de poder, ameaça ou agressão? s n

Ramo de Atividade do trabalho que o grupo executa _____

- | | |
|--|---------------------------------------|
| A. Agrícola | E. Extrativista |
| M. Manufatura Informal | I. Eletricidade/gás/águas |
| C. Construção civil | O. Comercio/Rest/Hotéis |
| T. Transporte/Armazenagem/Comunicações | B. Bancos/bens & serviços p/empresas |
| S. Serviços comunitários /sociais e pessoais | X. Outros e inadequadamente definidos |

O acidentado/doente já sofreu antes outro acidente/doença do trabalho nesta
função?__ (s/n) Quantos _____

O acidentado/doente é proprietário do negócio de seu trabalho? ___ (S/N)

Tem função de {chefia} _____ (S/N) Quantas pessoas chefia? _____

Descrição da Jornada de Trabalho do acidentado:

Trabalha em horário ___ D. Diurno (6 às 18 h)
M. Matutino (4 às 12 h)
V. Vespertino (12 às 18 h)
N. Noturno (18 às 4 h)
R. Rotativo/Alternado (muda de escala)
P. Misto, jornada múltipla ou
"picadinho"

DATAAT ___/___/___ (data do acidente ou do início da doença)

A que horas ocorreu este acidente/doença? __ mn___

A que horas havia iniciado o trabalho no dia
deste acidente/doença ? ____ min____

Estava em seu horário normal de trabalho? s n

Foi atendido em serviço de saúde, pronto-socorro ou emergência? s n

Estava em jejum na hora do acidente? s n

Região Corporal da lesão: ____

01.olhos 02.crânio 03.face 04.pescoço
05.tronco 06.braço/ant. 07.mãos 08.dedos
09.coxa/perna 10.pés 11.coluna 88.outros

Agente físico imediato da lesão: ____

01.calor 02.veículo/guindaste/carrinho 03.piso inadequado
04.substância química. 05.agente mecânico(máquina/ferramenta)
06.postura/jeito de se movimentar 07.queda de posição em altura
08.violência (espancamento, tiros ou arma branca)
09.choque elétrico e outros motivos.

Situação da lesão ou doença no dia da entrevista: ____

O. Óbito (já ocorreu)
H. Hospitalizado
A. Em tratamento c/afastamento
S. Em tratamento sem se afastar
C. Já está curado/sarou

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

PROJETO DE PESQUISA: “TRAPP” -Trabalho informal, precário e perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS.

Prezado Senhor(a)

Estamos realizando pesquisa em ambientes de trabalho com a intenção de prevenir acidentes e doenças e diminuir perigos que afetam a saúde e o ambiente.

Desejamos pedir-lhe que nos ajude respondendo uma lista de perguntas sobre o assunto. As suas respostas serão importantes para compreender os problemas estudados e serão analisadas por pesquisadores da Secretaria de Saúde e das Universidades da cidade de Campinas.

Nós garantimos que nenhuma entrevista será levada ao conhecimento de outras pessoas não envolvidas na pesquisa. Não levaremos suas informações para pessoas de seu trabalho, nem seus vizinhos, nem no seu bairro ou fora dele. Suas informações e opiniões ficarão em segredo. As respostas de todos os trabalhadores entrevistados serão analisadas sem que apareçam os nomes de quem respondeu.

Se você responder ficaremos muito agradecidos. Se não puder ou não desejar responder às perguntas não teremos nenhum problema em voltar a conversar sobre qualquer assunto de trabalho, saúde e acidentes. Sua presença será sempre bem-vinda no Centro de Saúde onde trabalha a equipe que realiza a pesquisa.

Suas respostas para as perguntas vão ajudar os profissionais de Saúde a compreender os motivos de acidentes e doenças no trabalho em sua cidade. Poderão ajudar a melhorar a saúde dos trabalhadores do bairro. No entanto responder não vai lhe trazer nenhum benefício pessoal direto além dos serviços que já lhe são oferecidos nos Centros de Saúde. Também não vai lhe causar nenhum prejuízo a não ser o tempo que gastar respondendo às perguntas. Não lhe pediremos para atender a nenhum outro compromisso depois das respostas.

Em caso de necessitar de mais informações basta procurar os responsáveis pelo projeto indicados abaixo. Uma cópia desta carta ficará em suas mãos para que não se esqueça dos telefones.

Responsáveis pelo Projeto:

Heleno R Corrêa Filho
Saúde

Médico Sanitarista - CRMESP 23.667
UNICAMP- Faculdade de Ciências Médicas
Telefone: 37888036

Coordenador do Centro de
do DIC-3
..... Telefone:

Se estiver de acordo pode responder e assinar nossa cópia. Muito obrigado.
Campinas, ___ de _____ de 200_.

Nome: _____ Assinatura: _____

Em caso de reclamações sobre a pesquisa favor procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (3788-8936)** .