AIDÊ AMÁBILE COELHO DOS SANTOS

"TRAPPURA" – TRABALHO INFORMAL, PRECÁRIO OU PERIGOSO:

abordagem de ação coletiva por uma equipe de saúde da família, em Uberaba-MG

CAMPINAS

2006

AIDÊ AMÁBILE COELHO DOS SANTOS

"TRAPPURA" – TRABALHO INFORMAL, PRECÁRIO OU PERIGOSO:

abordagem de ação coletiva por uma equipe de saúde da família, em Uberaba-MG

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, área de concentração em Saúde Coletiva

ORIENTADOR: *Professor Doutor 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

Sa59t

Santos, Aidê Amábile Coelho dos

"Trappura" – Trabalho informal, precário ou perigoso : abordagem de ação coletiva por uma equipe de saúde da família, em Uberlândia – MG / Aidê Amabile Coelho dos Santos. 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. 4. Planejamento em saúde. I. Corrêa Filho, Heleno Rodrigues. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em inglês : "TRAPPURA" Informal, precarious or dangerous work: A collective action approach by one family health team in south-eastern Brazil

Keywords: • Public health
• Occupational health
• Accidents, occupational
• Health planning

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestrado

Banca examinadora: Prof Dr Heleno Rodrigues Corrêa Filho (Orientador)
Prof Dr Ricardo Carlos Cordeiro
Prof Dr Idelberto Muniz de Almeida

Data da defesa: 03/02/2006

Aidê Amábile Coelho dos Santos

Banca Examinadora para defesa de Dissertação para Obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho

(Orientador/Presidente)

1º. Examinador:

2º. Examinador:

3º. Examinador:

_____

Campinas, 03 de fevereiro de 2006.

Parcialmente financiado por bolsa de pós-graduação do Governo Brasileiro do MEC/CAPES período 2004-2005.

DEDICATÓRIA

À minha família, especialmente minha mãe, pelo grande incentivo, ao meu noivo Gilberto pela compreensão e colaboração em todos os momentos e, acima de tudo, à Deus.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família e ao meu noivo por ter suportado todos os momentos de dificuldade e tensão, ao Prof. Heleno pelos ensinamentos e pela compreensão, à Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba por ter permitido a realização da pesquisa e finalmente às agentes comunitárias de saúde do PSF Manhatan pois, sem elas, não haveria trabalho.

SUMÁRIO

	Pág.
RESUMO	*x*
ABSTRACT	*xii*
INTRODUÇÃO GERAL	14
OBJETIVOS	19
ARTIGOS	21
1º Artigo	22
Resumo	23
Abstract	24
Introdução	25
Descrição da Área de Estudo	33
Metodologia	34
Discussão	35
Referências Bibliográficas	39
2º Artigo	42
Resumo	44
Abstract	45
Introdução	46
Justificativa	50
Descrição da Área de Estudo	51
Metodologia	52
Resultados	54

Discussão..... 58

Referências Bibliográficas..... 61

DISCUSSÃO GERAL..... 66

CONCLUSÃO GERAL..... 68

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 71

ANEXOS..... 74

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 - Características Gerais da População Pesquisada..... 64

Tabela 2 - Características das Condições de Trabalho da População Estudada.... 65

RESUMO

"TRAPPURA" – Trabalho informal, precário ou perigoso: abordagem de ação coletiva por uma Equipe de Saúde da Família, em Uberaba-MG.(*1)

A globalização força as relações de trabalho a se tornarem mais flexíveis, surgindo um grande contingente de profissionais desprotegidos, ignorados pelos órgãos públicos, sem direito à assistência e ao controle de sua saúde. A intenção de prestar assistência integral ao trabalhador informal em condições precárias ou perigosas deu origem a um estudo descritivo prospectivo de base populacional investigando-se o tempo trabalhado e acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho durante quatro meses mediante visitas semanais pelos Agentes Comunitários de Saúde da Equipe. Aplicou-se instrumento de coleta de dados elaborado em projeto-mãe para outra cidade após adaptação às condições locais. Observou-se que 62,1% dos trabalhadores eram do sexo feminino; 43,9% tinham entre 35 e 50 anos; 55,6% trabalhavam por conta própria; 39,9% eram empregados e 8,4% dos entrevistados pagavam a Previdência Social. O motivo de ingresso no setor informal foi o desemprego para 44,1% enquanto 24,6% buscavam melhores rendimentos. A jornada diária de trabalho foi de 8 horas/dia para 39,7%; o trabalho durante 7 dias por semana foi referido por 31,6%; 7,0% referiram a ocorrência de pelo menos um acidente no local de trabalho e 69,0% dos entrevistados alegaram conhecer uma pessoa em perigo em seus locais de trabalho. A contribuição do planejamento para a organização do sistema de saúde e, conseqüentemente, a assistência à saúde dos trabalhadores é valiosa, envolvendo desde gestores até os trabalhadores das equipes de saúde. Faz-se necessária a inserção da saúde do trabalhador como domínio da saúde coletiva, considerando-se ambos como campos de conhecimento complexos, que buscam a promoção da saúde para a coletividade.

Palavras – chave: Saúde pública, Acidentes de trabalho, Saúde do trabalhador, Planejamento em saúde.

[1] Parcialmente financiado por bolsa de pós-graduação do Governo Brasileiro do MEC/CAPES período 2004-2005.

ABSTRACT

"TRAPPURA" - Informal, precarious or dangerous work: A collective action approach by one Family Health Team in South-eastern Brazil*[1].

Globalization forces the work relationships to become more flexible, originating a great group of contingent workers that are unprotected, ignored by the public and state services, without right to the onsite health services assistance and control of working conditions. The intention of delivering comprehensive health services to the informal workers in precarious or dangerous conditions originated a descriptive and prospective population based study to investigate the worked time and work related accidents or illnesses during four months by means of weekly visits carried out by a Team of Community Health Agents. A data collection . Instrument elaborated for a mother-project in another city was applied, after being adapted to the local conditions. It was observed that 62.1% of the workers were females; 43.9% were aged between 35 and 50 years; 55.6% worked on their own; 39,9% were informally subcontracted employees and 8.4% of the interviewed ones paid the Social Security monthly fees. The reason for entering to the informal sector was the unemployment for 44.1% while 24.6% searched better incomes. The worked daily journey was of 8 hours a day for 39.7%; working during 7 days per week was related by 31.6%; 7.0% had related the occurrence of at least one accident in their worksite during the research period and 69.0% alleged to know a person in danger in their worksite. The contribution of Health Planning for the organization of the health system and, consequently, the assistance to the health of the workers is fundamental, involving from managers to the Health Workers. Results help to state that it is necessary to insert the Workers' Health as part of the Collective Health's domain, considering both as complex fields of knowledge that aim at the health promotion for the organized society.

Words - key: Public health, Work accidents, Occupational health, Planning in health.

[1] Partially supported by the Brazilian Government funding for graduate studies through scholarship from MEC/CAPES during 2004-2005".

INTRODUÇÃO GERAL

Pressões vindas da globalização da economia, do comércio e o rápido progresso tecnológico forçaram muitos países em desenvolvimento a mudar os modelos e a forma de organização do trabalho para tornarem-se competitivos. Dessa forma, a política neoliberal implanta a chamada "modernização das relações de trabalho", caracterizada pela forte flexibilização das leis trabalhistas (Malaguti, 2001).

Neste contexto, surge o setor informal, citado pela primeira vez pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1972, nos relatórios elaborados na África sobre o Programa Mundial do Emprego, cujas conclusões eram a existência de grande número de trabalhadores ocupados em atividades não reconhecidas e desprotegidos pelas autoridades públicas (Jakobsen, Martins, Dombrowski, Singer, Pochmann, 2000).

O Programa Regional de Emprego para a América Latina e Caribe (PREALC) da OIT, refere que:

> "o setor informal é composto por pequenas atividades urbanas, geradoras de renda, que se desenvolvem fora do âmbito normativo oficial, em mercados não regulamentados e competitivos, em que é difícil distinguir a diferença entre capital e trabalho. Utilizam-se de pouco capital, técnicas rudimentares e mão-de-obra pouco qualificada, produzindo emprego instável, reduzida produtividade e baixa renda. Caracteriza-se também pela falta de acesso a financiamentos e créditos normalmente disponibilizados ao setor formal e pela baixa capacidade de acumular capital e riqueza" (OIT, 2004).

Embora pareça simples, existe um grande debate em torno da definição de trabalho informal, aquele realizado na economia informal, nas condições características deste setor da economia. Tal confusão se deve à sua natureza complexa e as diversas categorias de trabalhadores nele inseridas, de forma particular.

Existem aqueles que definem o trabalho informal como caracterizado por atividades produtivas executadas a margem da lei, ou seja, fora da legislação trabalhista vigente em determinado país, compreendendo-o a partir da precariedade da ocupação, compreendendo os interesses econômicos fiscais. Outra corrente define este trabalho como aquele vinculado a estabelecimentos de natureza não tipicamente capitalista, apresenta baixos níveis de produtividade e pouca diferenciação entre capital e trabalho (OIT, 2004).

O DIEESE (2005) se refere ao trabalho informal como desemprego oculto pelo trabalho precário, cujas pessoas que realizam algum trabalho remunerado ocasional de auto-ocupação ou trabalho não-remunerado em ajuda a negócios de parentes e que procuraram mudar de trabalho, porém o fizeram sem êxito até 12 meses atrás.

O IBGE, em sua pesquisa intitulada Economia Informal Urbana (2003) descreve o trabalhador pertencente ao setor informal como aqueles que exercem suas atividades em unidades econômicas com até cinco empregados ou por conta própria, excluindo trabalhadores que produzem para autoconsumo.

De acordo com estes enfoques, o trabalho informal pode ser considerado uma estratégia de sobrevivência, face à perda da ocupação formal ou uma opção de vida para os que buscam desenvolver seu "próprio negócio".

Santos (2003) refere que a ampliação da oferta de trabalho alimenta o crescimento da informalidade, não implicando na deterioração da ocupação formal ou crescimento do desemprego. Novas formas de irregularidade do trabalho ampliam ainda mais a grande heterogeneidade das ocupações existentes no mercado de trabalho brasileiro, permitindo a sobrevivência de verdadeiras multidões humanas que, não dispondo de proteção social, não podem se dar ao 'luxo' do desemprego aberto.

Tal fato remete à interlocução de ambas as correntes, já que a baixa produção pode estar vinculada à precariedade trabalhista e vice-versa, não coexistindo dois tipos de trabalho informal, apenas um, complexo, marginalizado, desestruturado e abrangente. Há pesquisadores (Malaguti, 2001) que refletem sobre a inter-relação entre os setores formal e informal da economia brasileira, referindo que os mesmos são coexistentes e indissociáveis.

O trabalho do mercado informal tem crescido na economia dos países em desenvolvimento, assumindo mais de 50% dos postos de trabalho (Pochmann, 1999). Na Ásia, este setor alcança 40 a 50% da força de trabalho urbano, na África, cerca de 61% e na América Latina cresce aproximadamente 4,7% por ano, demonstrando forte relação deste setor com as condições socioeconômicas do país (ILO, 1992; Willians, Winderbank, 2000). Cada vez mais o que se tem disponível é a ocupação e não o trabalho na sua relação de emprego consolidada na relação contratual entre trabalhador e empregador.

No Brasil, a taxa de desemprego oculto (trabalho precário) de agosto de 2005, de acordo com o DIEESE (2005) variou entre 4,6 em Porto Alegre a 10,3 em Salvador, encontrando os menores valores nas áreas menos desenvolvidas do país. O IBGE (2005) descreve que existam no país cerca de 10 milhões de empresas informais, com 14 milhões de trabalhadores, ou seja, 7,7% da população brasileira. Acrescenta-se ainda a baixa sindicalização e baixo percentual de contribuintes da previdência social, aumentando a vulnerabilidade doa trabalhadores informais.

O desenvolvimento do setor informal não é um fenômeno temporário, ao contrário, continua se expandindo como mostrado nos países em desenvolvimento, com exceção do leste asiático, chegando até a atuar, nos tempos de recessão econômica, como refúgio para os trabalhadores que saem do setor formal.

A flexibilidade dos contratos laborais constitui-se em alternativa para diminuir encargos sociais das empresas e absorver setores da população desempregada, sem proteção ou garantias, impondo-lhes o ônus da insegurança e agravando as desigualdades.

Estudos sugerem que através do suporte apropriado os trabalhadores do setor informal podem sair de uma posição de sobreviventes para uma forte posição econômica. Desse modo, realça sua contribuição para o crescimento da economia e sua integração na sociedade, melhorando assim, seu próprio trabalho (ILO, 1999).

Dentre as características do setor informal (ILO, 1999), podem-se destacar técnicas de trabalho intensivas, altos níveis de competição, baixa qualidade dos bens e serviços produzidos, capital e capacidade de acumulação limitada, utilização de meios próprios de produção e maior freqüência em micro e pequenas empresas.

> Grande parte das ocupações exercidas no mercado informal é precária, no sentido em que não oferecem condições seguras de desempenho, implicam riscos que poderiam ser prevenidos com medidas disponíveis e deixam ao desamparo da seguridade social aqueles que têm filhos ou se acidentam, adoecem e envelhecem. Como estes benefícios estiveram disponíveis para os trabalhadores formais até o período de 1970-1990, ocorrem perda e prejuízo coletivo para os trabalhadores (Corrêa Filho, Siqueira, Magalhães, Loureiro, Santana, 2003).

> A precarização é o processo de introdução destas características nos empregos existentes, seja no mercado formal ou informal, conjuntamente com a transferência de trabalhadores para ocupações com menor conjunto de garantias. É vista como decorrente dos ajustes estruturais exigidos pelo capital financeiro internacional para garantir fluxos de pagamento de dividendos e liberdade de movimento de dinheiro através das fronteiras nacionais. Os mecanismos de ajuste não permitem a migração internacional da força-de-trabalho precarizada colocada em bolsões de pobreza e reservas de mão-de-obra excedente. As novas regras de venda da força de trabalho são chamadas de 'flexíveis' por que permitem a exploração das relações de trabalho fora das normas em vigor até a década de 1990, quebrando direitos trabalhistas antes considerados garantidos (Corrêa Filho, Siqueira, Magalhães, Loureiro, Santana, 2003).

Os fenômenos mais visíveis associados à precarização ou flexibilização impostos pelo ajuste estrutural econômico são: a inexistência ou quebra de contratos de trabalho escritos ou violação das normas de proteção e regulamentação; a alta rotatividade de pessoal; a mudança progressiva restringindo direitos previdenciários; falta de mecanismos que aperfeiçoem e sustentem a formação especializada de novos trabalhadores; as iniqüidades de idade e gênero, causando agravos às crianças (Martins et al, 2002) adolescentes (Minayo-Gomez, Meirelles, 1997) mulheres e idosos. Acrescentam-se mecanismos de retirada brusca de direitos de estratos das classes médias com queda dos padrões de alimentação, transporte, comunicação e habitação, e direitos sociais (saúde-justiça-educação), seguindo a ordem perversa de expropriação determinada pelo ritmo de ajuste.

O estágio mais aperfeiçoado da precarização tem detalhes modernizantes como a gestão por resultados, o trabalho por conta própria, os contratos de gestão e a filosofia gerencialista. A conseqüência é a ruptura de laços estruturantes de solidariedade coletiva, com estímulo ao individualismo, transferindo o conteúdo protetor das tarefas do estado para o campo individual das partes contratantes (ABRASCO, 2003).

Devido à vulnerabilidade socioeconômica existente, faz-se necessária a realização de pesquisas voltadas ao conhecimento das condições de vida e trabalho, subsidiando assim políticas de proteção e promoção destes trabalhadores.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Detectar modalidades de trabalho precário ou perigoso, traçando um perfil destes trabalhadores, concomitantemente verificar a existência de riscos relacionados à ocupação, tornando possível a discussão de ações de saúde do trabalhador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Detectar e acompanhar a ocorrência de casos de pessoas ou grupos que executam trabalho informal ou perigoso na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Manhatan;

- Caracterizar estes trabalhadores quanto às condições de vida, saúde e exposição aos riscos ocupacionais, discutindo as ações de atenção à saúde do trabalhador, especialmente os informais, realizadas pela equipe de saúde estudada;

- Identificar coeficiente de incidência acumulada anual de acidentes de trabalho e também sua taxa de incidência por homens-hora trabalhados.

ARTIGOS

1º ARTIGO

Atenção à Saúde para o Trabalhador Informal: abordagem de ação coletiva, em Uberaba-MG.(* [1])

Health Services Attention Informal Workers: A collective action in South-eastern Brazil. (* [2])

Aidê Amábile Coelho dos Santos - Santos, A. A. C[1].

Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Corrêa Filho, H. R[1].

[1] – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. R. Tessália Vieira de Camargos, 126 Cidade Universitária Zeferino Vaz CEP:13.084-970 Campinas-SP

[1] Parcialmente financiado por bolsa de pós-graduação do Governo Brasileiro do MEC/CAPES período 2004-2005.

[2] Partially supported by the Brazilian Government funding for graduate studies through scholarship from MEC/CAPES during 2004-2005".

Aidê Amábile Coelho dos Santos – Autora responsável.
R. Quito, 332 Boa Vista Uberaba-MG CEP:30.072-240
aideacs@terra.com.br

Resumo

Atenção à Saúde para o Trabalhador Informal: abordagem de ação coletiva, em Uberaba-MG.(* [3])

Verificou-se, na literatura e na experiência de serviços, grande contingente profissional desprotegido pelos órgãos públicos, sem direito ao reconhecimento da condição de cidadão-trabalhador mesmo quando eventualmente adoecido ou acidentado. Esse grupo representa grande desafio para a vigilância epidemiológica e intervenção no âmbito da Saúde do Trabalhador dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Propostas como a vigilância e promoção à saúde, além da clínica ampliada remetem à discussão de alternativas para reduzir o abismo existente entre a oferta de serviços e as necessidades dos trabalhadores informais. Em decorrência, conduziu-se estudo empírico sobre a atuação de uma Equipe de Saúde da Família, em área urbana periférica de cidade de médio porte do sudeste brasileiro, em que foram avaliados e propostos métodos de ação coletiva frente às condições de vida e trabalho dos trabalhadores informais. Verificou-se que o trabalho da equipe estava voltado aos grupos de risco preconizados pelo Ministério da Saúde. Foi constatada desvinculação entre a atuação básica à saúde e ações preventivas e de promoção à saúde do trabalhador, especialmente o informal. Os resultados foram confrontados com a literatura sobre o tema, que aponta para a contribuição do planejamento em benefício da organização do sistema de saúde. Conseqüentemente, a assistência à saúde dos trabalhadores, envolvendo gestores e trabalhadores das equipes de saúde, é valiosa. Discutiu-se que o conhecimento construído no setor defende a necessidade de inserir a saúde do trabalhador nos serviços de saúde coletiva, sendo ambos considerados campos de conhecimento complexo, que buscam a promoção e proteção da saúde na coletividade.

Palavras chave: Acidentes de trabalho, Saúde do trabalhador, Saúde pública, Planejamento em saúde.

[3] Parcialmente financiado por bolsa de pós-graduação do Governo Brasileiro do MEC/CAPES período 2004-2005.

Abstract

Health Services Attention Informal Workers: A collective action in South-eastern Brazil.(* [4])

The literature and the experience of Brazilian health services pointed to a huge group of contingent workers without protection from public services with regards to their rights as workers and citizens, especially if they suffer accidents or get work related diseases. This represents a challenge to epidemiologic surveillance and to propose actions by the Brazilian Unified Health System (SUS). Directives to deliver comprehensive health care, health promotion and surveillance led to alternatives to reduce the gap between contingent workers' needs and health services offers. An interim empirical study was conducted to evaluate the methods of a Family Health Team based on the outskirts of a South-eastern Brazilian City of less than 500 thousand inhabitants. Health workers were followed and their reports were analyzed with respect to their approach of living and working conditions of contingent workers. It was recognized that their references were the National directives from the Ministry of Health on risk groups, implying that there were no linkage between primary health services and contingent workers' health promotion and prevention. Results were confronted with the literature were the issue is addressed by recommendations of using health planning techniques to better organize health services. It is considered valuable to involve health administrators and health workers to deliver comprehensive assistance. A final remark was that the knowledge produced in the sector that Brazilians named Collective Health is struggling to unite health services and workers' health, considering the complexities of delivering basic services of promotion and protection.

Words key: Health of the worker, Public health, Planning in health.

[4] Partially supported by the Brazilian Government funding for graduate studies through scholarship from MEC/CAPES during 2004-2005".

Introdução

Existe um grande contingente de profissionais desprotegidos, ignorados pelos serviços e órgãos públicos, em constante rotação, sem direito à assistência e ao controle de sua saúde ou sem reconhecimento da condição de cidadão-trabalhador doente, representando um dos grandes desafios para a investigação e intervenção no âmbito da Saúde do Trabalhador e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta categoria encontra-se no setor informal da economia, enquadrando-se como "trabalhadores informais". A Organização Internacional do Trabalho (OIT), através do Programa Regional de Emprego para a América Latina e Caribe (PREALC), define esse grupo de pessoas como aquelas que exercem suas funções laborais em pequenas atividades urbanas, geradoras de renda, que se desenvolvem fora do âmbito normativo oficial, em mercados não regulamentados e competitivos, em que é difícil distinguir a diferença entre capital e trabalho (OIT, 2004).

> Dentre as violações de condições de segurança nos contratos de trabalho estão presentes os contratos temporários, a subcontratação ou terceirização não documentada forçando produtividade acima da resistência física e mental dos trabalhadores. É típica a introdução de medidas de desempenho, descrição de função ampliada, redução de número de trabalhadores encarregados de múltiplas tarefas; pagamento ou compra de renúncias dos trabalhadores a direitos antes irrenunciáveis como férias, descanso remunerado semanal e licenças; e, por último, o surgimento da mais nova modalidade de trabalho precário, as 'bolsas de trabalho' ou treinamento ("trainees") que na verdade são contratos de um tipo de trabalho precário temporário que provê remuneração baixa e capacitação indisponível através de meios formais de educação (Corrêa Filho, Siqueira, Magalhães, Loureiro, Santana, 2003).

As interações entre ocupação perigosa e precária podem exacerbar os problemas de saúde dos trabalhadores do setor informal, somando-se à diminuição da produção, o baixo rendimento, as condições de saúde e a inabilidade do trabalho, caracterizando esta população como de risco para a aquisição de doenças.

Vulnerabilidades às doenças e saúde deficiente resultam uma combinação indesejável para a vida e as condições de trabalho. Algumas micro-empresas operam sem a estrutura mínima, ou seja, água potável e saneamento básico, aumentando significativamente o risco de trabalhadores adquirirem doenças (ILO, 1999).

Em decorrência das condições insalubres do setor informal, cabe entender, tanto o elevado incremento de determinadas manifestações patológicas como os transtornos psíquicos e psicossomáticos relacionados ao stress e fadiga, como o aumento significativo da morbi-mortalidade derivada da violência (Sato, 1996).

Várias pesquisas brasileiras (Garrone, 2005; Ludermir, 2000; Santana, 2004; Wünsch, 1999) abordam a categoria do trabalho informal e a saúde dos trabalhadores, ressaltando os acidentes de trabalho e os riscos aos quais estão expostos.

Ludermir (2000) identificou a relação existente entre transtornos mentais comuns e trabalho informal, especialmente em mulheres. Os riscos do trabalho de pescadores artesanais foram mostrados por Garrone (2005), ficando Santana (2004) e Wünsch (1999) com as investigações sobre acidentes de trabalho. Essas pesquisas demonstram apenas a ponta do iceberg dessa situação de saúde dos trabalhadores informais.

Diante das pesquisas relacionadas ao trabalho informal (OIT, 2004; Corrêa Filho, Siqueira, Magalhães, Loureiro, Santana, 2003; Pochmann, 1999), percebe-se a falta de atenção a este grupo, seja teórica, com debates e discussões, ou epidemiológica, com pesquisas de campo demonstrando as condições de vida e de trabalho da população marginalizada do setor informal da economia. De acordo com a recente Política Nacional de Saúde do Trabalhador (2004), são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades remuneradas ou não para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua inserção no mercado de trabalho, recebendo a incorporação de políticas universais voltadas à saúde dos trabalhadores independente de sua relação laboral.

Destaca-se um parágrafo da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (2004) que descreve:

> Os trabalhadores têm o direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis não condicionando à existência de vínculo trabalhista, ao caráter e natureza do trabalho.

Discutindo ainda o direito à saúde, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS, 1998) tem como pressuposto básico I do Art. 1º:

> Universalidade e eqüidade, em que todos os trabalhadores, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregado, desempregado ou aposentado, trabalhadores em empresas públicas ou privadas, devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde;

A Saúde Coletiva, através de um seguimento conhecido como saúde do trabalhador tem a responsabilidade de coordenar um movimento em prol da universalização da saúde, enfocando questões que transcendem a existência da carteira de trabalho.

As discussões teóricas e conceituais em torno da Saúde Coletiva surgiram na década de 70, em meio à ditadura militar, assim como o modelo hospitalocêntrico, detentor de práticas médico-centradas e curativas, o que facilitou a fragmentação das ações de saúde (Carvalho, 2002). Em contrapartida, número de acidentes, óbitos e aposentadorias por invalidez relacionada ao trabalho batem recordes, atribuindo a responsabilidade da assistência à saúde da população ao antigo INAMPS, através de práticas individuais e curativas (Carvalho, 2002).

Os debates das correntes Prevencionista e de Medicina Comunitária pautavam-se na multicausalidade das doenças e organização da atenção, com cuidados curativos e preventivos, abrindo caminho ao debate latino-americano da Saúde Coletiva. Na década de 80 surge a chamada Reforma Sanitária, com a participação das mesmas correntes percussoras de outros movimentos anteriores. O ponto máximo deste campo do conhecimento no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes incluíam universalidade, eqüidade, integralidade e participação social (Carvalho, 2002).

Posteriormente à implantação do SUS, na década de 90, surgiram novas linhas teóricas dentro da Saúde Coletiva, como a vigilância à Saúde, intervenção eficaz e efetiva sobre os problemas de saúde da população (Carvalho, 2002). Dessa forma, existia um pensamento voltado às condições socioeconômicas, ambientais e políticas da população, porém fragmentado das atividades laborais da população, isto é, trabalho e processo saúde-doença andavam na contramão das discussões.

Através dos anos, tem-se notado uma dicotomia evidente, na qual os que praticam a saúde coletiva não se preocupam com a saúde ocupacional. Porém o indivíduo encontra-se inserido na sociedade e no ambiente em que vive e trabalha, devendo sua saúde ser analisada de forma holística e preocupada com os efeitos dessa interação.

Por sua íntima relação com a Saúde Coletiva, a Saúde do Trabalhador não pode ficar alheia ao que ocorre em termos de políticas, estratégias, organização e tecnologia em Saúde Coletiva. Como tal, o Sistema Único de Saúde (SUS) norteado pela universalidade, integralidade e eqüidade passa pela saúde do trabalhador, seja ele do setor formal ou informal.

Para Porto e Freitas (1997), a Saúde do Trabalhador, enquanto campo recente da Saúde Coletiva, deve colocar os trabalhadores como sujeitos autônomos para a transformação de suas condições de trabalho e saúde, atuando em uma conformação interdisciplinar e setorial, a fim de transformar o conhecimento e a realidade social.

O Projeto de Lei n° 3307/2004, de 2004, do Deputado Federal Roberto Gouveia, tem como Art. 2°: A redução dos riscos decorrentes do trabalho pressupõe a adoção de um conjunto integrado de medidas de iniciativa do empregador e do Poder Público, com a participação do trabalhador e da sociedade, cabendo, em especial, aos órgãos e entidades que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) promover ações e serviços que visem à eliminação, prevenção, controle, vigilância, fiscalização e intervção nos ambientes e condições, nas relações humanas e processos de trabalho, com a finalidade de promover e proteger a saúde do trabalhador. Esse Projeto de Lei demonstra a mobilização dos diversos setores públicos na responsabilização do sistema de saúde no cuidado com os trabalhadores (Gouveia, 2004).

Acompanhando a mesma linha de atuação do Projeto de Lei citado acima, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (2004) apresenta como algumas de suas diretrizes e estratégias:

- Ampliação das ações de saúde, visando à inclusão de todos os trabalhadores no sistema de promoção e proteção da saúde;
- Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador;

- Predominância das ações de prevenção sobre as de reparação;
- Estruturação de uma Rede Integrada em Saúde do Trabalhador, dentre outros.

Estas idéias são discutidas nos três níveis hierárquicos do SUS, objetivando a implantação, execução e eficácia de ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde dos trabalhadores brasileiros.

Desde a Declaração de Alma Ata, discute-se promoção e cuidados primários a saúde levados aos lugares onde vive e trabalha a população, especialmente àqueles que trabalham sob alto risco (OPAS, 1978).

Alguns autores (Teixeira, 2002) referem que as finalidades e os propósitos da atenção à saúde devem superar o modelo assistencial centrado na atenção à "demanda espontânea", para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde para os territórios onde vive e trabalha a população, não restringindo as ações apenas à unidade de saúde.

Vários estudos (Anjos,1991; Sato, 1996) referem que ações voltadas à saúde ocupacional devem ser incorporadas à rede básica e aos programas de saúde, implantadas progressivas e adequadamente. Através da atuação de equipes de atenção básica de saúde, torna-se possível a investigação do processo saúde-doença e nexo epidemiológico das doenças relacionadas ao trabalho, subsidiando o planejamento e implantação de ações de assistência à saúde dos trabalhadores.

A investigação dos fatores de risco e determinantes de doença pode ser realizada na base do sistema de saúde, incorporando princípios da atenção básica, como territorialização, vínculo, além de ações de prevenção e promoção à saúde. Podendo atuar desde o conhecimento do ambiente de trabalho até as condições de vida da família deste trabalhador, realiza-se, desse modo, vigilância em saúde.

Os exemplos de planos-pilotos brasileiros, como o trabalho desenvolvido por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP, em Campinas-SP e Uberaba-MG, revelam a importância da introdução das ações de saúde ocupacional na rede de saúde geral e das vantagens decorridas a partir disso para a população trabalhadora e seus dependentes.

Através destas pesquisas é possível perceber que o campo da saúde coletiva abre as portas para inclusão efetiva da saúde do trabalhador em suas áreas de conhecimento. Fato este que remete aos conceitos de integralidade e eqüidade, os quais trazem o sentido de autonomia ao usuário do serviço e, conseqüentemente ao trabalhador nele inserido.

Existe a proposta de uma ação denominada "vigilância da saúde", por parte de alguns autores (Teixeira, 2002), a qual teria como prioridade o fortalecimento de ações de vigilância na área de saúde do trabalhador, considerando os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, a vigilância ambiental em áreas especificas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e de recuperação da saúde.

A fim de promover a saúde do trabalhador, faz-se necessária a instrumentalização dos indivíduos e grupos, através de atividades de educação em saúde, nas quais haja reconstrução e reapropriação dos conhecimentos, gerando atitudes eficazes no enfrentamento dos problemas individuais e coletivos (Anjos, 1991).

Estudos (Teixeira, 2002; Sato, 1996) descrevem vigilância a saúde do trabalhador como alternativa de atuação, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, determinantes do processo saúde-doença.

A vigilância em saúde engloba ainda estratégias de intervenção interdisciplinar e intersetorial, através do planejamento, programação e execução das ações de saúde, tomando como objeto dos determinantes dos riscos e as necessidades de saúde (Teixeira, 1998). Sua abrangência de intervenção é dimensionada na articulação de ações voltadas para a dimensão individual e coletiva no campo da saúde pública em torno da relação entre processo de trabalho e saúde (Machado, 1997).

Outro conceito interessante enquadrar-se-ia bem na assistência à saúde do trabalhador informal, é a integralidade, definida por Cecílio (2001) como:

> O esforço da equipe de saúde em traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.

A eqüidade pode se aplicar de maneira particular a este grupo de trabalhadores marginalizados e excluídos, sendo definida também por Cecílio (2001)

> Como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas.

Vigilância na saúde, integralidade e eqüidade são alternativas importantes para serem incorporadas ao atual modelo assistencial brasileiro, novas práticas e saberes que teriam como foco central a promoção da saúde do trabalhador, seja ele do setor informal ou não, fazendo cumprir, de uma forma mais efetiva, o Artigo n° 196 da Constituição Federal do Brasil.

Conforme a organização Internacional do Trabalho (ILO), a proteção à saúde e segurança dos trabalhadores do setor informal pode ser feita através da integração de promoção à saúde, proteção social, produtividade, criação de empregos e proteção ambiental, realizando um desenvolvimento sustentável e com equidade.

Trata-se de uma questão complexa, intrigante e carregada de entraves. Dessa forma, não basta apenas a inserção da saúde do trabalhador na rede básica de saúde, com atenção integral e justa, mas uma mudança no foco de atenção. O usuário deveria ser o foco principal, não o atendimento da demanda ou apenas o preenchimento de uma Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), na verdade ampliar a clínica para verificar a origem do problema, trazendo autonomia ao trabalhador para que o mesmo possa identificar situações de risco e atuar sobre elas (Campos, 1999).

Ainda pensando na temática da clínica, Campos (1999) refere que deveria ser instaurada uma nova ordem organizacional que estimulasse o compromisso das equipes com a produção de saúde, não apenas a diminuição das doenças. Tal afirmação remete a idéia de responsabilização da equipe diante dos problemas do sujeito ou comunidade como um todo. A simples atenção dispensada a uma escuta adequada, por parte da equipe de saúde, pode significar a descoberta de pontos chaves na história do usuário, os quais mostram ao profissional os riscos a que essa pessoa se expõe, instrumentalizando assim a proteção à saúde deste indivíduo.

Atualmente, é possível identificar, impregnada nos serviços de saúde, as clínicas degradada e tradicional, cujas atuações norteadas pela queixa-conduta, sem avaliação de riscos ou mesmo na doença, reduz o sujeito a um órgão doente. Esta realidade clínica não privilegia o sujeito social nem histórico, apenas enxerga pessoa como um ser biológico (Onocko Campos, 2001). O atendimento clínico ao trabalhador informal deve ser integral, ampliado, priorizando o ser sóciopolítico e histórico que se encontra em uma situação desfavorável, com inúmeros riscos ambientais e ocupacionais.

A clínica ampliada pode ser dita como alternativa não somente no campo médico, mas de todas as profissões ligadas ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. Ela incorpora em seus saberes e incumbências a avaliação de risco, seja epidemiológico, social e subjetivo do usuário ou do grupo. Para que possa ocorrer esta nova clínica, é necessário um trabalho em equipe que fosse além do conhecimento específico de cada profissional, uma verdadeira equipe transdisciplinar (Onocko Campos, 2001, Campos, 2004).

Para que haja mudança no modelo assistencial e na forma de ver o usuário, no caso o trabalhador informal, é necessário que os planejadores da Saúde Coletiva percebam as questões relativas aos modelos clínicos, não apenas a eficácia e as finalidades dos serviços (Onocko Campos, 2001).

Através da atuação em uma equipe do Programa de Saúde da Família em Uberaba-MG, foi possível perceber que o trabalhador recebe assistência à saúde com enfoque curativo, baseado na queixa-conduta. Realidade presente especialmente nos trabalhadores informais, que normalmente encontra-se exposto a diversos riscos e sem qualquer cobertura previdenciária.

Torna-se fundamental que se realize um estudo das condições de trabalho do setor informal da economia, assim como da atenção à saúde deste grupo, já que existe escassez de pesquisas relacionadas ao trabalhador informal, especialmente em base populacional.

A incorporação do conhecimento das condições de trabalho informal e a atuação das agentes comunitárias de saúde em uma Equipe de Saúde da Família são possíveis para subsidiar ações de prevenção e promoção à saúde. Desse modo, busca a interação entre saúde coletiva, vigilância em saúde e o trabalho, seja este formal ou informal, perigoso ou não.

Utilizar a função de planejamento, execução e avaliação das ações desempenhadas na comunidade ou em qualquer ambiente, o conhecimento da realidade ou diagnóstico situacional, é primordial. Dessa forma, pretende-se discutir as ações de atenção à saúde do trabalhador, especialmente os informais, realizadas por uma Equipe de Saúde da Família, em Uberaba-MG.

Descrição da Área de Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Uberaba, com aproximadamente 280.060 habitantes, numa área de 4.512 km². A região caracteriza-se por pecuária de elite, corte e leiteira, agroindústria em franco desenvolvimento, uma ampla rede de comércio e serviços e parque industrial amplo e diversificado, com PIB (2002) de R$ 3.092.837[10].

A municipalização da saúde ocorreu em 1997, de forma gradativa e com acumulação de modelos tecnoassistenciais. Atualmente, o sistema de saúde do município conta com 76 estabelecimentos de saúde, 36 públicos e 40 privados, sendo que 56 prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), com 793 de um total de 1.005 leitos[10]. Possui 41 Equipes de Saúde da Família, 22 unidades básicas de saúde, 4 ambulatórios de especialidades e 9 hospitais (Uberaba, 2003). Possui ainda duas universidades e 4 faculdades, caracterizando a cidade como um centro de pesquisa, especialmente na área da saúde.

A área de Uberaba foi dividida em três distritos sanitários: I, II e III, a fim de territorizar a atenção básica, conforme princípio do SUS, estando a Unidade Básica de Saúde a qual se localiza a Equipe de Saúde da Família Manhatan no distrito sanitário I (Anexo IV).

Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal, com duração de 4 meses, com grupo exposto ao trabalho precário ou perigoso, realizado no município de Uberaba-MG, através de uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) denominada Manhatan. A área estudada foi escolhida por sua heterogeneidade e a afinidade da pesquisadora, que já trabalhou na Unidade Básica de Saúde (UBS) referência.

Foram investigados os trabalhadores informais da área, durante quatro meses, através de uma Ficha Individual para Trabalho Precário ou Perigoso (Anexo I), e um Instrumento para os Casos de Acidentes ou Doenças do trabalho (AnexoII) baseado em questionário do projeto TRAPP e outro estudo realizado com camelôs em São Paulo[13]. Os impressos foram preenchidos em entrevistas individuais realizadas nas visitas domiciliares rotineiras pelos agentes comunitários de saúde (ACS) da referida equipe de PSF, sendo o instrumento para doença e acidente preenchido somente nas respectivas situações.

Como critério de seleção os pesquisadores conceituaram trabalho informal como a forma de produção de bens, sem vínculos trabalhistas legais definidos, incluindo os trabalhadores sem carteira assinada ou contrato de trabalho, autônomos, não contribuintes do INSS, cooperados e empregados domésticos sem carteira. Encontra-se normalmente relacionado à procura por emprego durante determinado período, resultando em alternativa para sobrevivência. Foram considerados sinônimos do trabalho informal o trabalho precário ou o desemprego oculto devido a semelhante definição dada nesta pesquisa.

Para definir o trabalho perigoso empregou-se a percepção das ACS da pesquisa piloto desenvolvida em Campinas, na qual o perigo é uma propriedade subjetiva de causar dano, acidente ou doença, emergente do sistema trabalhador – matéria prima – modo de produção na dinâmica dos processos utilizados no trabalho.

Foram investigados os trabalhadores informais, residentes na área de abrangência da Equipe Manhatan, que trabalhavam ou não nesta mesma área. Durante a coleta de dados procurou-se verificar a ocorrência de trabalhadores informais, considerando

como amostra apenas a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Manhatan, ou seja, as ACS deveriam entrevistar todos os trabalhadores informais de suas respectivas micro áreas.

Os agentes comunitários de saúde receberam um treinamento de oito horas, com orientações referentes aos conceitos de trabalho informal e a forma de preenchimento dos questionários. Os resultados quantitativos desta pesquisa serão publicados em outra comunicação.

Simultaneamente à pesquisa, foi possível investigar a forma de atuação da equipe de saúde frente aos trabalhadores informais residentes no território, através de observação, relatos e visitas domiciliares.

A pesquisadora visitou semanalmente a UBS e discutiu com as agentes as dúvidas e situações encontradas no campo. Foram realizadas 20 visitas domiciliares escolhidas por sorteio aleatório, considerando 10% das fichas preenchidas naquele momento. Inicialmente, estas pretendiam verificar a veracidade da informação, mas as informações obtidas ajudaram na contextualização dos resultados numéricos.

Com o objetivo de planejar ações que visem à saúde do trabalhador informal, exposto às condições precárias e perigosas, os resultados foram encaminhados ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Uberaba, para subsidiar as ações de saúde para que se sejam efetivas e atendam às reais necessidades dos trabalhadores.

Discussão

A Equipe de Saúde da Família Manhatan era integrada por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 auxiliar de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde, atuando na Unidade Básica de Saúde Maria Tereza para uma população de 3539 habitantes, destes 1969 economicamente ativos. Sua atuação baseava-se nos princípios do Programa de Saúde da Família, com atividades curativas

como consultas médicas, de enfermagem e atendimentos odontológicos e preventivas como Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético, de Atenção à Gestante e de Atenção à Criança, com pesagem mensal.

Foi possível perceber que o trabalho da equipe estava voltado aos grupos de risco preconizados pelo Ministério da Saúde, seja ele idoso, mulher ou criança. O adulto somente recebia atenção especial do serviço de saúde quando se encontrasse doente. A carência de ações de intervenção no processo saúde-doença refletiu-se na alta prevalência e incidência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Somando-se aos fatores ligados ao estilo de vida, os trabalhadores estavam expostos a diversos agentes físicos, químicos ou biológicos, dependendo de sua atividade laboral.

O trabalhador informal encontra-se em situação desfavorável, se comparado com os do setor formal da economia, já que não possuem direitos trabalhistas assegurados, depende de seu trabalho para produzir e conseqüentemente adquirir ganhos. Como está ligado a atividades com poucos empregados ou autônomos não recebem orientações de segurança no trabalho e desconhecem os riscos ambientais a que está exposto. Como conseqüência da vulnerabilidade dos trabalhadores informais, faz-se necessária a atuação integral e igualitária a esse grupo (ILO, 1999; Corrêa Filho, Siqueira, Magalhães, Loureiro, Santana, 2003).

Mesmo com essa associação de fatores, os serviços de saúde locais ainda trabalham com a lógica biomédica, voltada para doença, sem a incorporação da clínica ampliada e dos princípios Sistema Único de Saúde e da saúde coletiva (Cecílio, 2001; Onocko Campos, 2001; Campos, 2001).

Ressalta-se que existem diversos serviços de saúde incorporados na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), cujos profissionais trabalham arduamente para melhorar a eficácia e efetividade das ações. Essa dificuldade encontra-se em qualquer seguimento do Sistema Único de Saúde, especialmente na saúde do trabalhador, no entanto pode ser enfrentada através da descentralização efetiva e eficaz da oferta de serviços.

Da mesma forma que a atenção básica alcançou grande cobertura no Brasil, com melhoria do acesso aos serviços de saúde, diminuição das internações e implementação de ações de promoção à saúde (Campos, 2001), é possível incorporar a estes serviços atividades voltadas à saúde do trabalhador, seja ele informal ou não.

Através do conhecimento do trabalho informal no território da equipe estudada, torna-se possível programar ações com a participação social, prevenindo doenças do trabalho, criando grupos de segurança com orientações dos riscos ocupacionais e sua eliminação, assim como o apoio social a estes grupos para fortalecimento da economia local, conforme preconizado pela Organização Internacional do Trabalho (ILO, 1999).

Através do diálogo da saúde do trabalhador com o planejamento em saúde, torna-se possível perceber que a saúde coletiva é abrangente e necessita de vários campos, atuando conjuntamente, para que se consiga organizar os serviços e produzir saúde (Carvalho, 2001; Porto e Freitas, 1997).

Enfocando, especificamente, o trabalho informal, verifica-se que esta categoria encontra-se excluída e marginalizada socialmente, além de exposta a inúmeros riscos a sua saúde, sejam eles ocupacionais ou não. Pensando nisso, torna-se possível propor mudanças na assistência à saúde dessa população (ILO, 1999; Corrêa Filho, Siqueira, Magalhães, Loureiro, Santana, 2003).

Não se trata apenas de um trabalho sem amparo legal ou cobertura previdenciária, na verdade reflete a globalização nos países em desenvolvimento, ou seja, trabalhadores com baixa qualificação, baixa oferta de empregos e excedente de mão-de-obra. Uma alternativa possível seria formalizar o trabalho, através de apoio jurídico e financeiro, incentivando-se formas de organização legal e o pagamento da contribuição previdenciária para organizar o trabalho, e paralelamente reforçar a organização comunitária para efetivar a proibição do trabalho desprotegido.

Essa população não quer “esmola” e muito menos punição, busca apenas a inclusão social e econômica, para que se tornem cidadãos com os mesmos direitos e deveres de um trabalhador de uma grande indústria. A assistência à saúde de qualidade, condições adequadas de trabalho e de vida são alguns desses direitos.

A atuação intersetorial entre os Ministérios do Trabalho, Previdência e Saúde, proporcionando desenvolvimento sustentável dos trabalhadores informais, pode ser uma alternativa viável para diminuir a lacuna existente entre cidadãos de um mesmo país com diferentes tipos de vínculos trabalhistas.

Propostas como a vigilância e promoção à saúde, além da clínica ampliada (Sato, 1996; Teixeira, 2002; Machado, 1997; Onocko Campos, 2001) remetem a uma discussão de alternativas para o abismo existente entre os serviços de saúde e os trabalhadores do setor informal. A integralidade e eqüidade (Cecílio, 2001) a esse grupo de trabalhadores podem trazer dignidade e inclusão social a uma população esquecida pelo sistema. Desse modo, a contribuição do planejamento para a organização do sistema de saúde (Campos, 1993) e, conseqüentemente, a assistência à saúde dos trabalhadores é valiosa, envolvendo desde gestores até os trabalhadores das equipes de saúde.

A atual Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (2004) remete ao debate sobre a universalidade e integralidade, incluindo a vigilância e o planejamento em saúde como instrumentos de atuação. Espera-se que a discussão estenda-se à prática clínica, ampliando as ações de saúde, especialmente na rede básica, ambiente ideal para implantação de medidas intersetoriais e interdisciplinares, visando à promoção da saúde dos trabalhadores. E ainda, reforçar um movimento de inserção da saúde do trabalhador na saúde coletiva, ambos como campos de conhecimento complexos, que busquem a produção de saúde para a coletividade.

Referências Bibliográficas

Anjos, RF. Seconci-Rio, Uma experiência que deu certo. In: VIII Jornada Latino-americana de Segurança e Higiene do Trabalho. Rio de Janeiro, 1991.

Campos, GWS. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em Saúde. Ciência e Saúde Coletiva 4(2): 393-403, 1999.

Carvalho, S. R..Saúde Coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

Cecílio. LCO. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R., 2001. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro. UERJ. IMS: ABRASCO. p. 113-126, 2001.

Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988. Capítulo II, Seção II, Artigo 196.

Corrêa Filho, H.R., Siqueira C.E.G., Magalhães, L. V.; Loureiro, J.F; Santana, J.L. A Importância do Trabalho Informal, Precário e Perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS. (Nota Prévia de Pesquisa e Linha de Prioridades para Saúde dos Trabalhadores). Sala de Leitura, Documentos de Interesse nº16. In: www.opas.org.br/saudedotrabalhador/principal.cfm?HOBSNUMBCOD=17 [Acessado em 03/03/2006].

Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978. www.opas.org.br. [Acessado em 03/12/2005].

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 2005; 21:795-803.

Geneva, 1999. Improvement of Working Conditions and Environment in the informal Sector through Safety and Health Measures. - http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/protection/safework/sectors/informal/inform1.htm
[Acessado em 20 de agosto de 2003].

Gouveia, R. Projeto de Lei n° 3307/2004, de 2004. Aprovado em 06 de abril de 2004, na Sala de Sessões do Congresso Federal do Brasil.

Ludermir A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. Cadernos de Saúde Pública 2000; 16:647-59.

Machado, J. M. H. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(Supl.2): 33-45, 1997.

Ministério da Saúde. Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - Publicada no DOU de 10 de novembro de 1998. Caderno de Saúde do Trabalhador: legislação. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: 2001. www.opas.org.br/saudedotrabalhador [Acessado em 03/03/2006].

Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde do (a) Trabalhador (a). Brasília (Dez. 29, 2004).

Onocko Campos, R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em debate, Rio de Janeiro, V. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

Organização Internacional do Trabalho. Emprego: Trabalho Informal. http://www.oit.org/public/english/employment/infeco/index.htm
[Acessado em 15/10/2004].

Pochmann, M. O trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século, São Paulo, Contexto. 1999

Porto, M. F. S.; Freitas, C. M. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(Supl.2):59-72, 1997

Santana V. S.; Loomis D. Informal jobs and non-fatal occupational injuries. Annals of Occupational Hygiene 2004; 48: 147-57.

Sato, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(4):489-495, out-dez, 1996.

Secretaria de Saúde de Campinas – Projeto PAIDEIA de Saúde da Família. http://www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm. Acessado em 15/12/2004.

Teixeira, CF. Promoção e Vigilância da Saúde no Contexto da Regionalização da Assistência à Saúde no SUS. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 Supl.:153-162, 2002.

UBERABA, MG, 2003. Secretaria de Saúde. Rede Municipal de Saúde-como utilizar.

Wünsch Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes do trabalho no Brasil. Estrutura e tendências. Cadernos de Saúde Pública 1999; 15: 41-51.

2º ARTIGO

"TRAPPURA" – Trabalho informal, precário ou perigoso: abordagem de ação coletiva por uma Equipe de Saúde da Família, em Uberaba-MG*[1].

"TRAPPURA" - Informal, precarious or dangerous work: A collective action approach by one Family Health Team in South-eastern Brazil*[2].

Aidê Amábile Coelho dos Santos - Santos, A. A. C.[2].

Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Corrêa Filho, H. R.[2].

[2] – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. R. Tessália Vieira de Camargos, 126 Cidade Universitária Zeferino Vaz CEP:13.084-970 Campinas-SP

[1] Parcialmente financiado por bolsa de pós-graduação do Governo Brasileiro do MEC/CAPES período 2004-2005.
[2] Partially supported by the Brazilian Government funding for graduate studies through scholarship from MEC/CAPES during 2004-2005".

Trabalho realizado para conclusão de pós-graduação, nível mestrado, em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, em fevereiro de 2006.

Aidê Amábile Coelho dos Santos – Autora responsável.
R. Quito, 332 Boa Vista Uberaba-MG CEP:38.072-240
aideacs@terra.com.br

Resumo

"TRAPPURA" – Trabalho informal, precário ou perigoso: abordagem de ação coletiva por uma Equipe de Saúde da Família, em Uberaba-MG.

A intenção de prestar assistência integral ao trabalhador informal em condições precárias ou perigosas fundamentou um estudo com objetivo de verificar a magnitude detectável dessa modalidade de trabalho na área de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família. Conduziu-se estudo descritivo prospectivo de base populacional investigando-se o tempo trabalhado e acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho durante quatro meses mediante visitas semanais pelos Agentes Comunitários de Saúde da Equipe. Os trabalhadores encontrados foram caracterizados quanto à morbidade referida e exposição presumida aos riscos ocupacionais. Aplicou-se instrumento de coleta de dados elaborado em projeto-mãe para outra cidade após adaptação às condições locais. Observou-se que 62,1% dos trabalhadores eram do sexo feminino; 43,9% tinham entre 35 e 50 anos; 55,6% trabalhavam por conta própria; 39,9% eram empregados e 8,4% dos entrevistados pagavam a Previdência Social. O motivo de ingresso no setor informal foi o desemprego para 44,1% enquanto 24,6% buscavam melhores rendimentos. A jornada diária de trabalho foi de 8 horas/dia para 39,7%; o trabalho durante 7 dias por semana foi referido por 31,6%; 7,0% referiram a ocorrência de pelo menos um acidente no local de trabalho e 69,0% dos entrevistados alegaram conhecer uma pessoa em perigo em seus locais de trabalho. Foi possível identificar algumas condições de trabalho precárias ou perigosas. Concluiu-se que uma das estratégias possíveis para oferecer assistência integral e igualitária à saúde desses trabalhadores seria oferecer meios para sua organização em modalidades de trabalho formal que promovam novas formas de produção e economia solidária.

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

Abstract

"TRAPPURA" - Informal, precarious or dangerous work: A collective action approach by one Family Health Team in South-eastern Brazil.

A study was carried out with the purpose of delivering equal and comprehensive health care services to workers under precarious or dangerous job settings at the informal job market. The objective was to evaluate the magnitude of this type of work that could be detected by a Family Health Team in its target area. A population based descriptive and prospective study was conducted registering total worked time, job accidents and referred occupational morbidity. The Community Health Agents visited and asked for information during four months on a weekly basis. Those workers found were characterized regarding morbidity and presumable exposure to occupational risks. The data form was borrowed from a main project elsewhere and locally adapted. Results pointed out that women accounted for 62.1% of the workers; 43.9% were aged from 35 to 50; 55.6% worked in individual businesses; 39.9% were employees and 8.4% did pay their Social Security fees. The reason to enter the informal market was unemployment for 44.1% while 24.6% were looking for better wages. The daily journey was 8 hours a day for 39.7%; 31.6% told to work during seven days a week; 7.0% declared the occurrence of at least one work accident on their working site, and 69.0% alleged knowing at least one person working under dangerous conditions at their job sites. Some precarious and dangerous job conditions were identified and one conclusion was that, if feasible means were offered to transform their jobs into new productive forms of economic solidarity, it would then be possible to deliver equal and comprehensive health care to these workers.

Keywords: Public Health, Work Accidents; Occupational Health. -

Introdução

O ajuste estrutural econômico desencadeado pela globalização força as relações de trabalho e a economia produtiva de um país a subordinarem-se às novas regras de relações de compra e venda da força-de-trabalho. Trata-se da concretização do princípio de que a eficiência está em contradição com a legalidade.

O setor informal está ligado a diversos seguimentos e cada um apresenta uma definição, de acordo com seus enfoques. De acordo com o critério jurídico o termo informalidade está ligado à ilegalidade, à margem da lei, conforme normas e regras constituídas pela sociedade. Em relação ao seguimento econômico, informalidade encontra-se na chamada "economia subterrânea" na qual não há contribuição previdenciária e fiscal[1]. Ainda pode-se conceituar conjuntamente, estando à informalidade em atividades e formas de produção não capitalista, definição utilizada pela Organização Internacional do Trabalho[2].

Os institutos de pesquisa brasileiros como IBGE e DIEESE têm conceituações diferentes a respeito da informalidade. O DIEESE define o trabalho informal como o desemprego oculto pelo trabalho precário, ou seja, pessoas que realizam trabalhos precários (algum trabalho remunerado ocasional de auto-ocupação) e que procuraram mudar de trabalho no último ano sem êxito[3]. Já o IBGE coloca o trabalho informal como aquele exercido em todas as unidades econômicas de propriedade de trabalhadores por conta própria e de empregados com até cinco empregados, moradores de áreas urbanas[4].

De acordo com a definição do IBGE, o desemprego oculto fica excluído de suas amostras, sendo que se trata de uma alternativa de sobrevivência. Esta pesquisa optou por definir o trabalho informal como a forma de produção de bens, sem vínculos trabalhistas legais definidos, incluindo-se os trabalhadores sem carteira assinada ou contrato de trabalho, autônomos, não contribuintes do INSS, cooperados e empregados domésticos sem carteira. Encontra-se normalmente relacionado à procura por emprego durante determinado período, resultando em alternativa para sobrevivência. Foram considerados sinônimos do trabalho informal o trabalho precário ou o desemprego oculto devido a sua semelhante definição dada nesta pesquisa.

O setor informal constitui um dilema a respeito das relações de trabalho, dos processos e das instituições devido sua situação, que inclui situação de emprego e trabalho as quais infringem normas e regulamentos.

As relações de trabalho são baseadas no emprego casual, com presença de parentesco ou relações pessoais, sem garantias formais, ou seja, com vínculos por "arranjos contratuais". Desse modo, são debilitadas as representações sindicais[5].

Este setor envolve trabalho não organizado e precário, sem contribuição fiscal e conseqüentemente, sem avaliação ou regulamentação pelo Ministério do Trabalho. Há um falso desconhecimento governamental sobre o trabalho informal, isto é, sem a contribuição fiscal, o setor torna-se inexistente, mesmo sendo forte economicamente.

A maior parte do setor informal urbano trabalha e vive nas áreas pobres, têm falta de assistência básica à saúde e proteção social, além de trabalhar de forma precária e perigosa. Em alguns casos, suas casas são o próprio local de trabalho, o que não permite um lugar adequado para moradia ou trabalho[5].

Os trabalhadores informais exercem suas atividades muitas vezes nas ruas, com o comércio de produtos e serviços, autônomos, trabalhos sazonais da agricultura, prestação de tarefas pontuais "bicos", faxinas, trabalhaos domésticos, podem ser proprietários ou trabalhadores de oficinas mecânicas, marcenaria, funilaria, borracharia, dentre outras[6].

Em relação aos acidentes de trabalho não existe qualquer assistência ao acidentado, por tratar-se de um setor informal da economia, o qual não emite a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Várias pesquisas[7,8,9,10,11] verificam sua taxa de incidência através de inquéritos populacionais, destacando uma grande sub-notificação e descaso, apesar de serem há tempos um grave problema de saúde pública. Cabe ainda destacar nestas pesquisas, que os trabalhadores informais acidentados além de não notificarem o ocorrido, não têm direito ao Seguro Acidente de Trabalho. Prejuízo considerável, pois normalmente vivem da produção do seu trabalho. Estando incapacitados, não poderão produzir.

Esse contingente de trabalhadores desprotegidos, ignorados pelas empresas, em constante rotação, sem direito à assistência e ao controle de sua saúde ou sem reconhecimento da condição de cidadão-trabalhador doente, representa um dos grandes desafios para a investigação e intervenção no âmbito da Saúde do Trabalhador.

Vulnerabilidade às doenças e saúde deficiente resultam uma combinação indesejável para a vida e as condições de trabalho. Algumas microempresas operam sem a estrutura mínima, isto é, sem garantias de água potável e saneamento básico, aumentando significativamente o risco de o trabalhador adquirir alguma doença[5].

A interação entre ocupação perigosa e precárias condições de vida pode exacerbar os problemas de saúde dos trabalhadores do setor informal. Dessa forma, más condições de trabalho e de vida dos trabalhadores estão relacionadas, caracterizando esta população como de risco para a aquisição de doenças.

Condições ruins de trabalho, diminuição da iniciativa da produção, baixo rendimento, más condições de saúde e a inabilidade do trabalho contribuem para o desenvolvimento de problemas de saúde do trabalhador, em curto ou longo prazo [8,10,10,11,12].

A Saúde do Trabalhador[12], enquanto campo recente da Saúde Coletiva deve colocar os trabalhadores como sujeitos autônomos para a transformação de suas condições de trabalho e saúde, atuando em uma conformação interdisciplinar e setorial, transformando o conhecimento e a realidade social.

O Projeto de Lei n° 3307/2004, de 2004, do Deputado Federal Roberto Gouveia[13], tem como Art. 2°:

> A redução dos riscos decorrentes do trabalho pressupõe a adoção de um conjunto integrado de medidas de iniciativa do empregador e do Poder Público, com a participação do trabalhador e da sociedade, cabendo, em especial, aos órgãos e entidades que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) promover ações serviços que visem a eliminar, prevenir, controlar, vigiar, fiscalizar e interceder nos ambientes, condições, relações humanas e processos de trabalho, com a finalidade de promover e proteger a saúde do trabalhador.

Este Projeto de Lei demonstra a mobilização dos diversos setores públicos na responsabilização do sistema de saúde em relação ao cuidado com os trabalhadores, culminado com a atual Política Nacional de Saúde do Trabalhador[14] e a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador[14], cujas estratégias incluem a ampliação das ações de saúde, visando à inclusão dos trabalhadores em programas de promoção à saúde e predominância das ações de prevenção sobre as de reparação.

A fim de promover a saúde do trabalhador faz-se necessário realizar o empoderamento dos indivíduos e grupos, através de atividades de educação em saúde, nas quais haja reconstrução e reapropriação dos conhecimentos, gerando atitudes eficazes no enfrentamento dos problemas individuais e coletivos[15].

A proteção à saúde e segurança dos trabalhadores do setor informal pode ser feita através da integração de promoção à saúde, proteção social, produtividade, criação de empregos e proteção ambiental, realizando um desenvolvimento sustentável e com equidade, conforme a Organização Internacional do Trabalho[5] (ILO).

Vários estudos[6,7,8,16] descrevem vigilância à saúde do trabalhador como alternativa de atuação, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, determinantes do processo saúde-doença.

Os exemplos de plano-pilotos brasileiros, como o TRAPP Campinas[17] e Uberaba, revelam a importância da introdução das ações de saúde ocupacional na rede de saúde geral e das vantagens decorridas a partir disso para a população trabalhadora e seus dependentes.

Os riscos da precariedade do trabalho informal, aliados às más condições de vida destes trabalhadores requerem estratégias que visem promover saúde dessa população, voltadas para os problemas de determinada área onde vivem o trabalhador e seus dependentes.

Em decorrência das condições insalubres do setor informal cabe entender tanto o elevado incremento de determinadas manifestações patológicas como os transtornos psíquicos e psicossomáticos, relacionadas ao stress e fadiga, como o aumento significativo da morbi-mortalidade derivada da violência[18].

No município de Campinas existe uma interessante experiência na assistência à saúde do trabalhador do mercado informal, em um distrito chamado DIC-3. Neste projeto, há um intercâmbio entre docentes da UNICAMP, Universidade de Lowell, pesquisadores mexicanos, sindicalistas, Secretaria Municipal de Saúde e o programa PAIDÉIA, objetivando criar uma consciência crítica sobre a realidade dos trabalhadores e programar ações de promoção à saúde destes trabalhadores[17].

O projeto denominado "Trabalho informal, precário e perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS (TRAPP)[17], foi realizado com estratégias de empoderamento dos trabalhadores de saúde e de lideranças comunitárias locais, estimuladas pela cooperação com pesquisadores internacionais, visando incorporar a saúde do trabalhador aos serviços públicos de saúde. Essa estratégia foi reproduzida em Uberaba-MG, na área de atuação de uma Equipe de Saúde da Família, a fim de comparar os resultados e as experiências vividas em ambas e sugerir alternativas para assistência à saúde dos trabalhadores informais.

Justificativa

Através da atuação em uma equipe do Programa de Saúde da Família em Uberaba-MG, foi possível perceber que o trabalhador não recebe qualquer tipo de assistência à saúde, principalmente o do setor informal, que normalmente encontra-se exposto a diversos riscos e sem qualquer cobertura previdenciária.

Torna-se fundamental que se realize um estudo das condições de trabalho do setor informal da economia, já que existe escassez de pesquisas voltadas à saúde deste trabalhador, especialmente em base populacional. Dessa forma, pretendeu-se relacionar e comparar as pesquisas desenvolvidas no México, Estados Unidos, às realizadas nos municípios de Campinas (TRAPP) e de Uberaba (TRAPPURA), pois ambos fazem parte do mesmo grupo internacional de pesquisa.

A incorporação do conhecimento das condições de trabalho informal e a atuação das agentes comunitárias de saúde em uma Equipe de Saúde da Família são possíveis para subsidiar ações de prevenção e promoção à saúde. Desse modo, pode-se buscar a interação entre saúde coletiva, vigilância em saúde e o trabalho, seja este formal ou informal, perigoso ou não.

Utilizando a função de planejamento[19,20], execução e avaliação das ações desempenhadas na comunidade ou em qualquer ambiente, o conhecimento da realidade ou diagnóstico situacional é primordial. Seguindo esta estratégia, as condições de trabalho e vida dos trabalhadores informais são fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas preocupadas com o bem-estar e a promoção da saúde da população.

Este estudo pretendeu verificar a ocorrência do trabalho informal ou perigoso na área populacional de abrangência da Equipe de Saúde da Família Manhatan, traçando um perfil destes trabalhadores, concomitantemente verificar o coeficiente de incidência acumulada e taxa de incidência de acidentes de trabalho por horas-homem-trabalhadas, tornando possível a discussão de ações de saúde do trabalhador.

Descrição da Área de Estudo

A pesquisa foi realizada em área urbana do município de Uberaba, com aproximadamente 280.060 habitantes, numa área de 4.512 km². A região caracteriza-se por pecuária de elite, corte e leiteira, agroindústria em franco desenvolvimento, uma ampla rede de comércio e serviços e parque industrial amplo e diversificado, com PIB (2002) de R$ 3.092.837[21].

A municipalização da saúde ocorreu em 1997, de forma gradativa e com acumulação de modelos tecnoassistenciais. Atualmente, o sistema de saúde do município conta com 76 estabelecimentos de saúde, 36 públicos e 40 privados, sendo que 56 prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), com 793 de um total de 1.005 leitos[11]. Possui 41 Equipes de Saúde da Família, 22 unidades básicas de saúde, 4 ambulatórios de especialidades e 9 hospitais[22]. Possui ainda duas universidades e 4 faculdades, caracterizando a cidade como um centro de pesquisa, especialmente na área da saúde.

A área de Uberaba foi dividida em três distritos sanitários: I, II e III, a fim de territorizar a atenção básica, conforme princípio do SUS, estando a Unidade Básica de Saúde a qual se localiza a Equipe de Saúde da Família Manhatan no distrito sanitário I (Anexo IV).

A área estudada compreende o território de abrangência da Equipe de Saúde da Família Manhatan (Anexo V), com 3539 pessoas, das quais 1969 economicamente ativas, distribuídas em sete micro áreas. Caracterizando-se por heterogeneidade através de um bairro com loteamentos, casas populares financiadas, nas quais habitam pessoas com boas condições de vida; outro composto por casas populares de menor valor e outra micro área constituída de "ocupações", cujas residências apresentam más condições e estão instaladas às margens de uma linha ferroviária. Esta área apresenta ainda falta de energia elétrica, saneamento básico deficiente, alto índice de criminalidade, drogadição e desemprego.

Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal, com duração de 4 meses, com grupo exposto ao trabalho precário ou perigoso, realizado no município de Uberaba-MG, através de uma Equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) denominada Manhatan. A área estudada foi escolhida por sua heterogeneidade e pela afinidade da pesquisadora, que já trabalhou na Unidade Básica de Saúde (UBS) referência.

A investigação foi realizada, durante quatro meses, através de uma Ficha Individual para Trabalho Precário ou Perigoso (Anexo I), e um Instrumento para os Casos de Acidentes ou Doenças do trabalho (AnexoII) baseado em questionário do projeto TRAPP e outro estudo realizado com camelôs em São Paulo[23]. Estes impressos foram preenchidos em entrevistas individuais, durante as visitas domiciliares usuais, pelos agentes comunitários de saúde (ACS) da referida equipe de PSF, sendo o instrumento para doença e acidente preenchido somente nas respectivas situações.

A detecção dos entrevistados em condição precária ou perigosa de trabalho foi realizada por meio de censo através da visualização direta e perguntas nos domicílios feitas pelas agentes comunitárias de saúde, durante quatro meses em suas visitas domiciliares usuais, utilizando como critério ser trabalhador informal residente na área de abrangência, sem pré-determinação de um número de notificações. O objetivo da coleta de dados e da pesquisa foi verificar a prevalência de trabalhadores informais, desconsiderando como amostra apenas a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Manhatan.

Foram investigados os trabalhadores informais, residentes na área de abrangência da Equipe Manhatan, que trabalham ou não nesta mesma área.

Como critério de seleção, os pesquisadores conceituaram trabalho informal como a forma de produção de bens, sem vínculos trabalhistas legais definidos, incluindo-se os trabalhadores sem carteira assinada ou contrato de trabalho, autônomos, não contribuintes do INSS, cooperados e empregados domésticos sem carteira. Encontra-se normalmente relacionado à procura por emprego durante determinado período, resultando em alternativa para sobrevivência. Foram considerados sinônimos do trabalho informal o trabalho precário ou o desemprego oculto devido a sua semelhante definição dada nesta pesquisa.

Para definir o trabalho perigoso, empregou-se a percepção das ACS da pesquisa piloto desenvolvida em Campinas, na qual o perigo é uma propriedade subjetiva de causar dano, acidente ou doença, emergente do sistema trabalhador – matéria prima – modo de produção na dinâmica dos processos utilizados no trabalho.

O cálculo da taxa de incidência anual de acidentes de trabalho foi realizado através da divisão do número de acidentes no ano pelo número de horas trabalhadas no ano multiplicado por 100.000. Sabe-se que a pesquisa coletou dados durante 4 meses ou 17 semanas e, extrapolando para o ano ou 52 semanas, fez-se um cálculo simples de "regra de três".

Já a incidência acumulada de acidentes de trabalho foi calculada pela divisão entre o número de acidentes no ano pelo número de trabalhadores investigados multiplicado por 100, encontrando-se uma proporção. O intervalo encontrado foi obtido através da proporção de amostra simples aleatória, calculado no EPI INFO 6.04.

Os agentes comunitários de saúde receberam um treinamento de oito horas, com orientações referentes aos conceitos de trabalho informal e a forma de preenchimento dos questionários. Foi firmado acordo verbal com as agentes sobre o pagamento simbólico de R$ 0,80 por ficha preenchida, como estímulo, já que durante a coleta passavam por um momento de mudança de gestão municipal com várias demissões e grande carga de trabalho.

É importante destacar que, mesmo com o acordo financeiro, não houve prejuízo das atividades rotineiras da equipe, inclusive as visitas semanais realizadas pela pesquisadora eram agendadas, já que as ACS estavam a maior parte do tempo fora da Unidade Básica de Saúde em visitas domiciliares ou em ações preventivas com a comunidade.

Durante o período da coleta, foram realizadas 20 visitas domiciliares escolhidas por sorteio aleatório, considerando 10% das fichas preenchidas no naquele momento. Inicialmente, estas pretendiam verificar a veracidade da informação, mas as informações obtidas confirmaram e ajudaram na contextualização dos resultados numéricos.

Para que houvesse sigilo do trabalhador investigado foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da-UNICAMP.

Os dados coletados foram categorizados e analisados a partir das variáveis contidas no instrumento, utilizando o software EPI-INFO 3.2.2, adequado aos dados e ao questionário de investigação.

Com o objetivo de planejar ações que visem à saúde do trabalhador informal, exposto às condições precárias e perigosas, os resultados foram encaminhados ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Uberaba, visando subsidiar as ações de saúde para que sejam efetivas e atendam as reais necessidades dos trabalhadores.

Resultados

Foram entrevistadas 360 pessoas, num total de 3539 habitantes da referente equipe de saúde da família, dos quais 1969 estavam economicamente ativos, 1211 eram mulheres, 1034 homens, 917 crianças e 269 idosos, conforme informações fornecidas pelas agentes comunitárias de saúde.

Através da Ficha Individual para Trabalho Precário ou Perigoso foi possível obter informações sobre o perfil e as condições de trabalho dos trabalhadores informais do território da Equipe de Saúde da Família Manhatan. Desse modo, observou-se que 62,1%

da população entrevistada são compostos por pessoas do sexo feminino e 37,9% do sexo masculino (Tabela 1), sugerindo alta concentração de mulheres no mercado informal, seja por trabalhos domésticos ou não.

A Tabela 1 descreve a distribuição dos trabalhadores informais conforme a idade, sendo que destes 43,9% destes encontram-se na faixa etária entre 35 e 50 anos, com seguida por 50 a 75 com 23,1% e 25 a 35 com 20,6%, sem diferença estatística significativa. A média encontrada foi de 40,05, com desvio padrão de 12,39. Tais dados podem sugerir exclusão do trabalhador do mercado formal após os 35 anos, causada pela alta demanda de trabalhadores e baixa oferta de empregos.

Do total de entrevistados, apenas a minoria possuía vínculo empregatício formal conforme a legislação brasileira (Tabela 1). Tal fato caracteriza acúmulo de ocupações para complementar a renda mensal e ligação entre os mercados formal e informal da economia[24].

A contribuição previdenciária foi um dado importante para análise da assistência ao trabalhador (Tabela 1), já que apenas 8,4% dos entrevistados contribuem para o Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), enquanto o restante não possui qualquer tipo de auxílio doença ou seguro de acidente de trabalho, ou mesmo para aposentadoria.

Investigou-se também a existência de prontuário na Equipe de Saúde da Família (ESF), encontrando 94,1% com registro na Unidade Básica de Saúde (UBS) e somente 5,9% sem vínculo com a ESF (Tabela 1).

A maior parte dos trabalhadores encontra-se no setor informal entre 1 a 10 anos,. A permanência na atual ocupação tem o mesmo perfil, sendo que grande parte já teve ocupação formal (Tabela 1). Através desses dados pode-se sugerir que a exclusão do setor informal da economia aconteceu nos últimos dez anos e com maioria vindo do mercado formal.

Os trabalhadores foram questionados quanto ao motivo de ingresso no setor informal e a maioria colocou o desemprego como justificativa. A perspectiva de melhores rendimentos, ou a busca da única oportunidade, são aspectos secundários, seguidos de

procura de melhores perspectivas no trabalho, motivos familiares, motivo de saúde e outros(Tabela 1). Estes resultados remetem à idéia, de que o trabalho informal aumenta devido à alta demanda de trabalhadores no mercado e escassez de postos de trabalho em relação à população economicamente ativa, gerando mão-de-obra excedente.

A carga horária de trabalho diária foi questionada, verificando-se que a maioria relatou trabalhar 8 horas/dia, ficando as jornadas fracionadas com percentuais abaixo de 15%.(Tabela 2). A média encontrada para as jornadas horárias de trabalho foi de 7,8 e desvio padrão de 2,7. Esses dados evidenciam que a carga horária diária dos trabalhadores informais não superava, em grande parte, a encontrada no mercado formal.

As jornadas semanais de trabalho foram em sua maioria de 7 e 6 dias por semana, sendo residuais os grupos ou pessoas trabalhando 5 dias ou menos.(Tabela 2). A jornada média foi de 5,4 dias com desvio padrão de 1,5. .

Os trabalhadores foram questionados sobre a ocorrência de acidentes no local de trabalho, seja com ele próprio ou com o colega. Verificou-se que 7% (IC 95% 4,6% -10,2%), dos entrevistados relataram a ocorrência de acidente em seu local de trabalho.

Conforme descrito por diversos autores[11,16,20] os trabalhadores informais vivem em condições de risco e expostos a acidentes e doenças. Na área estudada, 69% dos entrevistados relataram existir indivíduo ou grupo em perigo no local de trabalho e o restante, 31%, referiram a inexistência de riscos no local de trabalho. Resultado que confirma as características do trabalho no setor informal da economia (Tabela 2).

Em relação à modalidade de trabalho, predominaram os chamados autônomos, seguidos de ¼ dos pesquisados que referiram ser empregados sem contrato. (Tabela 2).. Mais da metade dos trabalhadores referiram trabalhar por conta própria.

Questionou-se das agentes comunitárias de saúde a possibilidade de providências de saúde coletiva e apenas 1,1% relatou que essa estratégia seria possível e 4,5% referiram a possibilidade de sensibilização da vizinhança quanto às condições de trabalho e riscos ambientais.

Foram notificados 6 acidentes de trabalho durante 4 meses de coleta de dados, com preenchimento do Instrumento para os Casos de Acidentados ou Doentes referente às condições de ocorrência do acidente. Todas as entrevistas foram realizadas com o próprio acidentado, garantido mais veracidade às respostas.

Dos seis acidentados 4 são do sexo masculino e 2 do sexo feminino, semelhante às pesquisas desenvolvidas em inquéritos populacionais[7,9]. Ocupações habituais variavam entre duas diaristas, um catador de papel, funileiro, pintor e reformador de estofados, todavia executavam as respectivas funções no momento do acidente, não havendo queixas de abuso de poder. A taxa de incidência de acidentes de trabalho foi de 12,61 por 100.000 horas trabalhadas e a incidência acumulada encontrada são 5,1% variando entre 2,99-7,79 (IC95%).

O ramo de atividade dos acidentados variava entre dois acidentados nos serviços sociais e pessoais e mal definidos na construção civil com e manufatura informal foi apenas um caso em cada ramo, sendo quatro proprietários do negócio de seu trabalho e apenas um ocupante do cargo de chefia.

Quanto às condições de trabalho no momento do acidente, verifica-se que a carga horária semanal varia de 4 a 40 horas com porcentagens semelhantes, destes cinco trabalhavam no horário diurno e um em múltipla jornada. O horário de ocorrência do acidente predominou no período vespertino, com quatro e dois matutinos, sendo que todos iniciaram o trabalho pela manhã, entre seis e oito horas e cumpriam seu horário normal. Apenas um dos acidentados encontrava-se em jejum. O tipo de lesão descrita pelos trabalhadores foi variado, sendo duas entorses, duas fraturas, uma lombalgia e choque elétrico, dos quais apenas dois ficaram afastados de suas atividades laborais por 20 dias e por tempo indeterminado. A região corporal mais atingida foi a coluna metade dos casos, seguida da face, tronco e mãos com um caso respectivamente. Como agente físico mais comum encontra-se o veículo com duas notificações e o piso inadequado, postura, queda da própria altura e choque elétrico com uma ocorrência cada um.

Após o acidente, metade dos acidentados procurou a Unidade Básica de Saúde para o atendimento, enquanto a outra metade dividiu-se em apenas um acidentado que procurou algum Serviço de Pronto-atendimento ou Serviço de Pronto-socorro ou sequer

necessitaram de atendimento. Desses trabalhadores, dois apresentaram atendimento ambulatorial com afastamento, dois estão curados e dois receberam atendimento ambulatorial sem afastamento. Ao serem questionados sobre a ocorrência anterior de acidente com afastamento, metade dos entrevistados já disse ter passado por esta situação.

Além das entrevistas realizadas pelos agentes comunitários, aconteceram visitas domiciliares com a pesquisadora, nas quais se podem observar a ocorrência de trabalho informal entre aposentados por invalidez pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, jovens sem oportunidade de trabalho, pessoas desempregadas que buscam sua sobrevivência e trabalhadores informais que prestam serviços para empresas pertencentes ao setor formal da economia. Através dessa vivência, foi possível perceber a realidade difícil e desprotegida dos trabalhadores informais, que muitas vezes se acidentam com afastamento, sem cobertura previdenciária, o que elimina suas possibilidades de ganho.

Discussão

Após a descrição e análise dos dados, foi constatado que a maior parte dos trabalhadores informais é do sexo feminino e encontra-se na faixa etária acima de 35 anos, contrariando os dados do IBGE[4], que descrevem os homens com maior número sobre as mulheres e a faixa etária predominante inferior a 35 anos. Em relação ao vínculo empregatício, a maioria encontra-se no setor informal da economia devido ao desemprego, tendo já pertencido ao setor formal. A mesma pesquisa do IBGE[4], descreve que a grande maioria das pessoas ingressa no setor informal através das relações pessoais, sugerindo ligações familiares no informal, conforme a Organização Internacional do Trabalho[5].

O pagamento do INSS é um dado relevante, pois apenas 8,4% dos entrevistados são contribuintes. Pode-se comparar este dado com a cobertura previdenciária nacional, com 31.454.564 contribuintes empregados[25] apenas 17% da população brasileira, ou seja, apesar da baixa cobertura nacional, o valor encontrado entre os trabalhadores informais é cerca de duas vezes menor.

O estímulo à contribuição previdenciária pode ajudar em parte esta população, no entanto não resolve o problema. O excedente de mão-de-obra gera um grande número de trabalhadores que o mercado de trabalho não consegue absorver, especialmente em países em desenvolvimento com baixos índices educacionais. O pagamento previdenciário fornece ao trabalhador o Seguro Acidente de Trabalho (SAT), porém oferece a ele condições dignas de trabalho e vida.

Dessa forma, a contribuição previdenciária poderia mascarar o problema socioeconômico que é o trabalho informal. A pensão após aposentadoria ou acidente de trabalho não ajuda o trabalhador a conseguir seu desenvolvimento sustentável. Ajudaria no entanto a promover a sustentabilidade das comunidades, fornecendo subsídios e condições para o trabalho digno de trabalhadores excluídos do "reconhecido" mercado de trabalho.

Ainda comparando os dados com o anuário do INSS[25] verifica-se a ocorrência de 999 acidentes de trabalho durante o ano de 2003 no município de Uberaba, não havendo registro de óbito. Após o preenchimento do Instrumento para os Casos de Acidentados ou Doentes verificou-se a ocorrência de 6 acidentes em quatro meses de coleta de dados (17 semanas), estimando-se 18,35 casos durante o ano (52 semanas) e uma incidência acumulada de 5,1% (2,99 - 7,79 IC95%) de acidentes de trabalho, ou seja, cerca de 5 acidentes para cada 100 trabalhadores durante um ano. Sabe-se que a forma de notificação da pesquisa é mais refinada se comparado com o INSS, cujas informações referem-se aos trabalhadores com carteira assinada e sem busca ativa.

Comparando as estimativas de acidentes de trabalho não-fatais encontrados em inquéritos populacionais desenvolvidos por pesquisadores brasileiros[7,9,10,11], cujos valores variam de 3,3 a 7,2%, o intervalo de encontrado, 2,99 – 7,79 (IC95%), com incidência acumulada de 5,1% acidentes de trabalho, é semelhante ao de outras pesquisas nacionais. Os cálculos são distintos em cada pesquisa[6,7,8], adotando por vezes proporção ou taxas brutas, mas encontrados intervalos próximos, extrapolados pelos valores da área pesquisada.

Ao realizar o cálculo da taxa de incidência de acidentes de trabalho, verifica-se 12,61 acidentes por 100.000 horas trabalhadas, valor alto se comparado à pesquisa realizada em Salvador por Santana e Loomis[8] que encontrou uma incidência estimada de 5,8 por 200.000 horas trabalhadas no ano. Esta diferença pode ser explicada em parte pela pequena população (360 entrevistados) comparados com inquérito populacional, pela diferença entre o número de horas trabalhadas determinada ou mesmo pelo tipo de coleta realizada por agentes comunitárias de saúde, que possuem forte vínculo com a comunidade e estão diariamente em contato com os trabalhadores.

Ressaltam-se a escassez de pesquisas que realizem cálculos de índices e taxas ocupacionais em base populacional e a heterogeneidade das análises estatísticas, dificultando comparações, importantes para obtenção de informações que subsidiem políticas públicas.

O trabalho em condições de risco também descrito pela Organização Internacional do Trabalho[5] foi apoiado pelos resultados, pois 69% dos entrevistados relataram existir pessoa ou grupo em situação de risco no trabalho, mesmo a maioria sendo autônomos, trabalhando por oito horas diárias e por 7 dias por semana.

Destaca-se o percentual de trabalhadores com prontuário na Equipe de Saúde da Família, 94,1%. Nas notificações de acidentes de trabalho, metade dos casos foi atendida na Unidade Básica de Saúde, sugerindo vínculo entre os trabalhadores e a equipe de saúde.

Uma possível intervenção realizada pela Equipe de Saúde da Família poderia ser fundamentada pelo vínculo com a comunidade de trabalhadores locais, através do cadastro e do atendimento ampliado. Assim seria possível universalizar o atendimento aos trabalhadores brasileiros, incorporando vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, constituindo vigilância em saúde do trabalhador[7,8,9,10,11,16].

Referências Bibliográficas

1 - Malaguti, M. L. Crítica à razão informal: a imaterialidade do salariado. São Paulo: Ed. Boitempo, 2001.

2 - Jakobsen, K.; Martins, R.; Dombrowski, O.; Singer, P.; Pochmann M. Mapa do trabalho informal: perfil sócio-econômico dos trabalhadores informais na cidade de São Paulo. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

3 - DIEESE, Emprego e Desemprego. Disponível em: www.dieese.org.br. [Acessado em 04/12/2005].

4 - IBGE, Coordenação de Emprego e Rendimento. Economia Informal Urbana 2003. Rio de Janeiro, 2005. 165p.

5 – ILO, 1999. Improvement of Working Conditions and Environment in the informal Sector through Safety and Health Measures. - http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/protection/safework/sectors/informal/inform1.htm [Acessado em 20 de agosto de 2005].

6 - Santos, L.C.C. Mudanças no Mercado de Trabalho da Região Metropolitana de Salvador nos Anos 1990: o que diz a literatura (2003). Descaminhos no mercado de trabalho: transições ocupacionais e modalidade social. Série de Estudos e Pesquisas, Publicações da SEI, Biblioteca. In: www.sei.ba.gov.br [Acessado em 03/03/2006].

7 - Santana, V.; Maia, A. P.; Carvalho, C.; Luz, G. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2): 481-493, mar-abr, 2003.

8 – Santana V.S., Loomis D. Informal Jobs and Non-fatal Occupational Injuries. Annals Occupational Hygiene, vol.48, nº 2, pp. 147-157, 2004.

9 – Cordeiro R., Prestes S.C.C., Clemente A.P.G., Diniz C. S., Sakate M., Donalísio M.R. Incidência de acidentes do trabalho não-fatais em localidade do Sudeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2): 387-393, fev. 2006.

10 - Garrone Neto D., Cordeiro R., Haddad Jr. V. Acidentes do trabalho em pescadores artesanais da região do Médio Rio Araguaia, Tocantins, Brasil. Cad. de Saúde Pública 2005; 21:795-803.

11 – Cordeiro R. et al. O Sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (5): 1574-1583, set-out, 2005.

12 - Porto, M. F. S.; Freitas, C. M. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(Supl.2):59-72, 1997

13 - Gouveia, R. Projeto de Lei nº 3307/2004, de 2004. Aprovado em 06 de abril de 2004, na Sala de Sessões do Congresso Federal do Brasil.

14 – Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde do (a) Trabalhador (a). Brasília (Dez. 29, 2004).

15 - Anjos, R. F. SECONCI-RIO, Uma experiência que deu certo. In: VIII Jornada Latino-americana de Segurança e Higiene do Trabalho. 1991, Rio de Janeiro.

16 - Alves, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 19, nº1, p.319-322, fev. 2003

17 – Corrêa Filho, H.R., Siqueira C.E.G., Magalhães, L. V.; Loureiro, J.F; Santana, J.L. A Importância do Trabalho Informal, Precário e Perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS. (Nota Prévia de Pesquisa e Linha de Prioridades para Saúde dos Trabalhadores). Sala de Leitura, Documentos de Interesse nº16. In: www.opas.org.br/saudedotrabalhador/principal.cfm?HOBSNUMBCOD=17 [Acessado em 03/03/2006].

18 – Sato, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(4):489-495, out-dez, 1996.

19 - Campos, C. E. A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. Cad. Saúde Pública, abril/jun., vol.9, no.2, p.190-200, 1993.

20 - Teixeira, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública. vol. 18 supl., p.153-162, 2002.

21 – IBGE, Cidades@. Informações sobre os municípios brasileiros. [Acessado em 20 de novembro de 2005]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php.

22 - UBERABA, MG, 2003. Secretaria de Saúde. Rede Municipal de Saúde-como utilizar.

23 – Ibanhes, L. C. O Setor Informal Urbano: a Organização e as Condições de Saúde de um Grupo de Vendedores Ambulantes [tese]. São Paulo: Univ. de São Paulo; 1999.

24 – Minayo-Gomez, C; Meirelles, Z V. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(supl.2):135-140, 1997.

25 – Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Ministério da previdência Social. Estatísticas da Previdência Social, 2004. http://www.inss.gov.br/12.asp. [Acessado em 20 de novembro de 2005].

Tabela 1 - Características Gerais da População Estudada

Table 1 - General characteristics of the Studied Population

Variáveis	*n*	*%*	*IC 95%*
Sexo			
Feminino	223	62,1	56,9 - 67,1
Masculino	136	37,9	32,9 – 43,1
Idade			
10-<16	2	0,6	0,0 – 1,8
16-<20	10	2,8	1,4 – 5,2
20-<25	33	9,2	6,5 – 12,8
25-<35	74	20,6	16,6 – 25,2
35-<50	158	43,9	38,7 – 49,2
50-<75	83	23,1	18,9 – 27,8
Registro cart. de trabalho			
Sim	14	3,9%	2,2 – 6,6
Não	345	96,1%	93,4 – 97,8
Paga Prev. Social			
Sim	30	8,4	5,8 – 11,8
Não	329	91,6	88,3 – 94,3
Prontuário na UBS			
Sim	336	94,1	91,0 – 96,2
Não	21	5,9	3,8 – 9,0
Tempo na informalidade			
0-<1	76	21,1	16,8 – 25,5
1-<10	173	48,1	42,8 – 53,3
10-<20	54	15,0	11,6 – 19,2
20-<30	40	11,1	8,1 – 14,9
30-<100	17	4,7	2,9 – 7,6
Ocup. Formal anterior			
Sim	273	76,5	71,7 – 80,8
Não	84	23,5	19,3 – 28,3
Motivo de ingresso na informalidade			
Desemprego	158	44,1	38,9 – 49,5
Melhor rendimento	88	24,6	20,3 – 29,4
Oportunidade	69	19,3	15,4 – 23,8
Melhor perspectiva	25	7,0	4,7 – 10,3
Outros	16	5,0	2,7 – 7,3

Tabela 2 - Características das Condições de Trabalho da População Estudada.

Table 2 - Characteristics of the Working Conditions of the Studied Population.

Variáveis	*n*	*%*	*IC 95%*
Carga horária diária			
1-<4	49	13,7	
4-<6	64	17,9	
6-<8	150	41,9	
8-<10	45	12,5	
10-<12	37	10,3	
>12	13	3,6	
Dias por semana de trabalho			
1-<3	54	15,1	
4	18	5,0	3,1 – 8,0
5	64	17,9	14,1 – 22,3
6	109	30,4	25,8 – 35,5
7	113	31,6	26,8 – 36,7
Ac. De trabalho no local			
Sim	25	7,0	4,6 – 10,2
Não	334	93,0	89,8 – 95,4
Indivíduo ou grupo em perigo			
Sim	245	69,0	63,9 – 73,8
Não	110	31,0	26,3 – 36,1
Modalidade de Trabalho			
Autônomos	194	54,0	48,7 – 59,3
Empregado não oficial	90	25,1	20,7 – 29,9
Sub-rendimentos próprios	64	17,8	14,1 – 22,3
Bicos que outros mandam fazer	11	3,1	1,6 – 5,6
Condição de trabalho			
Empregado	143	39,9	34,9 – 45,2
Próprio	199	55,6	50,3 – 60,8
Sociedade	16	4,5	2,7 – 7,3
Providências de saúde coletiva			
Sim	4	1,1	0,4 – 3,0
Não	354	98,9	97,0 – 99,6
Sensibilização da vizinhança			
Sim	16	4,5%	2,7 – 7,3
Não	341	95,5%	92,7 – 97,3

DISCUSSÃO GERAL

A literatura brasileira e mundial demonstra as condições de vida e trabalho dos trabalhadores informais (ILO, 1999; OIT, 2004; CORRÊA FILHO, MAGALHÃES, LOUREIRO, SANTANA, 2003; POCHMANN, 1999), no entanto algumas propostas como a vigilância em saúde e a clínica ampliada podem sugerir soluções para iniqüidades em saúde dessa população (SATO, 1996; TEIXEIRA, 2002; MACHADO, 1997; ONOCKO CAMPOS, 2001).

A atual Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (2004) remete ao debate sobre a universalidade e integralidade, incluindo a vigilância e o planejamento em saúde como instrumentos de atuação.

As informações bibliográficas confirmaram-se após a análise dos dados, que comprovam a situação de vulnerabilidade social e de saúde as quais se expõem os trabalhadores informais. O índice de acidentes de trabalho do território estudado, em 4 meses de pesquisa é de 12,61/100.000 acidentes por horas trabalhadas e sua incidência foi cerca de 14 vezes maior que a encontrada no setor formal. Diante desta situação de risco evidenciada, acrescenta-se à baixa cobertura previdenciária, com apenas 8,4% de contribuintes.

Trabalhadores com alto índice de acidentes de trabalho e sem proteção estatal são fadados à marginalidade, excluídos da condição de cidadãos brasileiros. Cabe ao Sistema Único de Saúde assistir essa população, já que tem como princípio a universalidade e eqüidade, em um país onde a saúde é direito de todos e dever do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Na área estudada foram encontrados 18,3% de trabalhadores com condições de vínculo empregatício precário do total de 1969 pessoas economicamente ativas, vivendo em condições de risco, sendo que 69,0% referiram risco no local de trabalho.

Verificou-se grande número de trabalhadores informais, desprotegidos e vulneráveis, apresentando grande número de acidentes de trabalho, baixa proteção previdenciária e atividades laborais em locais perigosos e insalubres. Os dados referem à maioria dos entrevistados do sexo feminino, poucos com cobertura previdenciária, entre 35 e 50 anos e ingressando no mercado informal devido o desemprego.

Quanto à saúde recebem assistência fragmentada, desvinculada de seu trabalho e da vigilância em saúde. As equipes de saúde baseiam sua atuação em protocolos prontos entregues pelo Ministério da Saúde, desconsiderando qualquer atividade que não se enquadre àquelas pré-determinadas institucionalmente.

A Taxa de Incidência de acidentes de trabalho do território estudado, em 4 meses de pesquisa foi de 12,61/100.000 acidentes por horas trabalhadas e sua incidência acumulada encontrada é 5,1%.. Do total de entrevistados, 7% relataram à ocorrência de acidente no local de trabalho. Estes valores comprovam a hipótese inicial da pesquisa, de que existem altos índices de acidentes de trabalho entre os trabalhadores informais.

Pesquisas como esta remete à incorporação dos trabalhadores informais nas discussões em torno da saúde do trabalhador, incluindo-os como peça fundamental para desenvolvimento socioeconômico de comunidades menos favorecidas, ou seja, seu desenvolvimento sustentável.

A incorporação de vigilância populacional à saúde dos trabalhadores seria uma alternativa para enfrentar os problemas dos trabalhadores informais, expostos aos diversos riscos e sem ações efetivas para minimizá-los. Neste modelo assistencial, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) torna-se o elo entre a equipe de saúde e a população trabalhadora, assim como sua realidade.

O ACS não é fundamental apenas para saúde dos trabalhadores, mas de toda comunidade. Dessa forma, como seria possível acumular tantas funções com baixos salários e más condições de trabalho? A experiência do Projeto TRAPP-Campinas e TRAPPURA demonstrou que o incentivo financeiro para a coleta de dados epidemiológicos em pesquisa intermitente e geograficamente rotativa pode, eventualmente, gerar bons resultados. É necessário fazer-se a ressalva de que tal estratégia implica em riscos de competir com outras diretrizes de serviços e a presente pesquisa não foi delineada com instrumentos que pudessem avaliar esse aspecto.

Durante a coleta de dados do projeto TRAPPURA foi concedido um pagamento simbólico por ficha preenchida (R$ 0,80), enquanto o TRAPP-Campinas, sem utilizar incentivos financeiros diretos às Agentes Comunitárias de Saúde conseguiu pouca adesão no preenchimento das fichas de investigação.

Tal fato pode demonstrar a sobrecarga de trabalho e a baixa remuneração das ACS, sendo solucionada não apenas com pagamentos simbólicos, mas melhores condições de trabalho e organização da demanda de serviço. O enfoque por prioridades, verificando não apenas doenças crônico-degenerativas, mas a comunidade como um todo seria uma alternativa para a melhoria do trabalho das ACS.

A vigilância poderia ser realizada a partir da adoção de modelos rotativos e intermitentes de vigilância à saúde dos trabalhadores. Sem a separação entre o adulto e trabalhador, enfocando os fatores determinantes do processo saúde-doença, prevenindo doença e trilhando o caminho da promoção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), 2003. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. GD-06: Notas do Grande Debate sobre "trabalho em saúde - da flexibilização a precarização das relações de trabalho" Participantes: Francisco Eduardo Campos [coord] Maria Luiza Jaeger, Pedro Brito, Conceição Aparecida Rezende, Roberto Passos Nogueira [debatedores]. Local Clube APCEF (16:30-18:00h). Brasília, DF, 02 agosto, 2003.

Corrêa Filho, H.R., Siqueira C.E.G., Magalhães, L. V.; Loureiro, J.F; Santana, J.L. A Importância do Trabalho Informal, Precário e Perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS (2003). (Nota Prévia de Pesquisa e Linha de Prioridades para Saúde dos Trabalhadores). Sala de Leitura, Documentos de Interesse nº16. In: www.opas.org.br/saudedotrabalhador/principal.cfm?HOBSNUMBCOD=17 [Acessado em 03/03/2006].

DIEESE, Emprego e Desemprego. Disponível em: www.dieese.org.br. [Acessado em 04/12/2005].

IBGE, Coordenação de Emprego e Rendimento. Economia Informal Urbana 2003. Rio de Janeiro, 2005. 165p.

ILO, 1992. World Labour Report – http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/protection/safework/publicat/iloshcat/index.htm [Acessado em 20 de agosto de 2005].

ILO, 1999. Improvement of Working Conditions and Environment in the informal Sector through Safety and Health Measures. - http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/protection/safework/sectors/informal/inform1.htm [Acessado em 20 de agosto de 2005].

Jakobsen, K.; Martins, R.; Dombrowski, O.; Singer, P.; Pochmann M. Mapa do trabalho informal: perfil sócio-econômico dos trabalhadores informais na cidade de São Paulo. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

Malaguti, M. L. Crítica à razão informal: a imaterialidade do salariado. São Paulo: Ed. Boitempo, 2001.

MARTINS, I S; FISCHER, F M; OLIVEIRA, D C;TEIXEIRA, L R; COSTA, L A R; MARINHO, S P; PERESTRELO, J P P; LATORRE, M R D O, 2002. Crescimento e trabalho de estudantes do ensino fundamental e médio em São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública, 36(1):19-25.

MINAYO-GOMEZ, C; MEIRELLES, Z V., 1997. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(supl.2):135-140.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde do (a) Trabalhador (a). Brasília (Dez. 29, 2004).

OIT (Organização Internacional do Trabalho). Emprego: Trabalho Informal. Disponível em: http://www.oit.org/public/english/employment/infeco/index.htm [Acessado em 15/10/2004].

Santos, L.C.C. Mudanças no Mercado de Trabalho da Região Metropolitana de Salvador nos Anos 1990: o que diz a literatura (2003). Descaminhos no mercado de trabalho: transições ocupacionais e modalidade social. Série de Estudos e Pesquisas, Publicações da SEI, Biblioteca. In: www.sei.ba.gov.br [Acessado em 03/03/2006].

WILLIANS, C. C; WINDERBANK, J., 2000. Paid informal work in deprived neighborhoods. Cities, Elsevier Science Ltd, Pergamon, UK, PII: S0264-2751(00)00024X; 17(4):285-291.

ANEXOS

ANEXO I

FICHA INDIVIDUAL PARA TRABALHO PRECÁRIO OU PERIGOSO

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

DADOS GERAIS:
Endereço residencial:
_____

1 – Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino 2 – Idade: ____

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

3 – Possui prontuário em UBS e PSF? ( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual o número do prontuário? _____

4 – Tempo que trabalha no setor informal: _____ Término do trabalho __/__/__

5 – Ocupação anterior no setor formal? ( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual? _____

6 – Motivo de ingresso no setor informal:
( ) Desemprego
( ) Melhor perspectiva
( ) Oportunidade
( ) Melhor rendimento
( ) Outro: _____

CONDIÇÕES DE TRABALHO:
7 – Seu trabalho é:
( ) Próprio
( ) Sociedade
( ) Empregado

8 – Carga horária de trabalho (em horas/dia): _____ Horas/dia.

9 – Dias por semana de trabalho (em média): ____ Dias/Semana.

10 – Tempo de Trabalho nesta ocupação: _____ Anos ____ Meses

12 – Endereço do local de trabalho:
_____

13 - Houve acidente do trabalho no local ? ( ) Sim ( ) Não
14 - Houve óbito durante o trabalho no local ? ( ) Sim ( ) Não

15 - Houve problema anterior com alguma pessoa neste trabalho? ( ) Sim ( ) Não
Se houve: sexo? ____ (M/F) / idade: ___ anos / cor: _____

16 - Indivíduo ou Grupo em perigo? ( ) Sim ( ) Não
17 -Quantas pessoas em perigo? Homens ___ Mulheres ___ Crianças _____

18 – Qual o Trabalho realizado? _____

19 _ Tipo de Perigo ou problema: _____

20 - 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) 4° setor - contato social inviável.

21 – Providências de Saúde Coletiva Viável? ❑ sim ❑ não
Qual ? _____
22 - Sensibilização social da vizinhança viável? ❑ sim ❑ não
Qual? _____
23 – Grupo com quem o morador trabalha:

Sexo	Idade	Horas trabalhadas/ Semana	Cor declarada.	Acidente de trabalho - em 12 meses

Agente de Saúde responsável: _____
Equipe de PSF: _____

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 – ex.: "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.

ANEXO II

Instrumento para os Casos de Acidentados ou Doentes

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

Data entrevista: ___/___/___ Iniciais _____ Sexo:___

Nascimento ___/___/___ Ocupação habitual do acidentado _____

Horas trabalhadas por semana: _____

Começou a trabalhar pela primeira vez na vida nesse tipo de serviço em __/__/__

Função no local em que se acidentou ou adoeceu _____

Houve afastamento do trabalho em virtude do acidente? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos dias? _____

Qual o trabalho realizado no local do acidente? _____

Há queixas 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 que o(a) deixou afastado?__ (s/n) Quantos dias? _____

O acidentado/doente é proprietário do negócio de seu trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Tem função de chefia? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantos chefia? ____

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"

Data do acidente ou início da doença ___/___/___

A que horas do dia ocorreu este acidente/doença? _____

A que horas do dia havia iniciado o trabalho no dia deste acidente/doença? _____

Estava em seu horário normal de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Estava em jejum na hora do acidente? ❑ s ❑ n

Onde foi atendido?
( ) Unidade básica de saúde
( ) Pronto-atendimento
( ) Pronto-socorro ou emergência

Tipo de lesão: _____

01.Contusão	12.Conjuntv.
02.Escoriação	13.Dermatite
03. Incisão corto-contusa	14.Queima
04. Incisão perfurante	15.Enven/intox.
05. Incisão lacero-contusa	16.Asfixia
06.Entorse	17.Choque elet.
07.Fratura	18.Stress térmico(frio/calor)
08.Luxação	19.Tce/concussão
09.Lombalgia	20.Picada/mordida
10.Intoxicação	21.Esmagamento
11.Corpo estr.	88.Outros

Região Corporal da lesão: ___

01.Olhos	07.Mãos
02.Crânio	08.Dedos
03.Face	09.Coxa/perna
04.Pescoço	10.Pés
05.Tronco	11.Coluna
06.Braço/antebr.	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
88.Outros motivos

Situação da lesão ou doença no dia da entrevista: ____

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

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

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, da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro e da Universidade Estadual 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 na Unidade Básica 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 nas Unidades Básicas de Saúde. Também não vai lhe causar nenhum prejuízo a não ser o tempo que gastar respondendo as 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:

Aidê A. Coelho dos Santos **Coordenador da UBS Rosa Maria**
Enfermeira Sanitarista – CORENSP 106352 **Telefone: (34) 3315-0167**
Telefone: (34)3313-4817 / 91362752

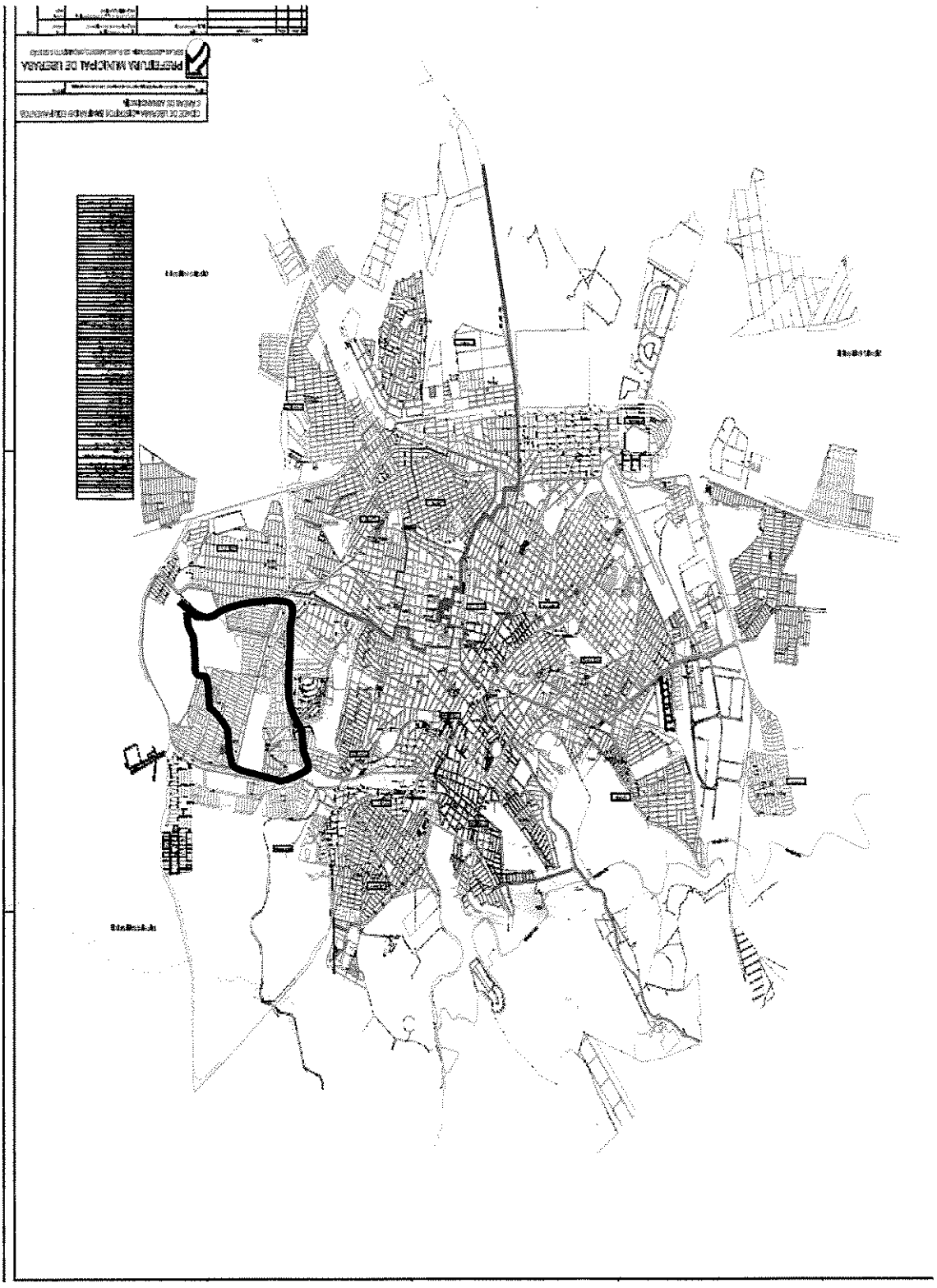
Se estiver de acordo pode responder e assinar nossa cópia. Muito obrigado.

Uberaba, ___ de _____ de 2005.

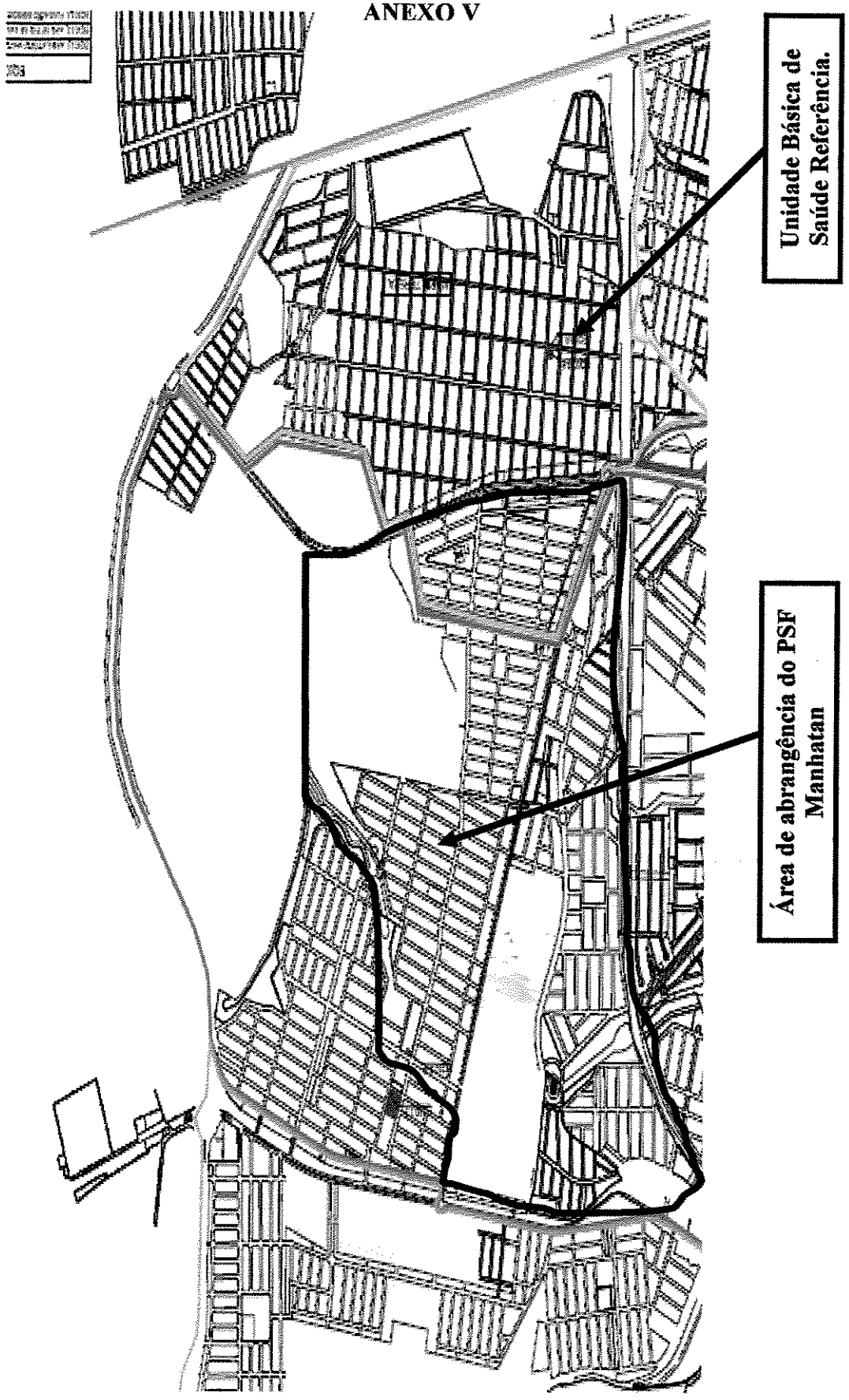
Nome: _____ Assinatura: _____

Em caso de reclamações sobre a pesquisa favor procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (3788-8936) ou da FMTM (3318-5000).**

ANEXO IV



ANEXO V


Unidade Básica de Saúde Referência.
Área de abrangência do PSF Manhatan