



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**ELIMINANDO O TRABALHO INFANTIL: UMA INTERVENÇÃO
INTEGRADA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

MARGARETE COSTA HELIOTERIO

Dissertação de Mestrado em Epidemiologia

Salvador, Bahia

2013

MARGARETE COSTA HELIOTERIO

**ELIMINANDO O TRABALHO INFANTIL: UMA INTERVENÇÃO
INTEGRADA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária, área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Vilma Sousa Santana

Salvador

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

H475 Helioterio, Margarete Costa
Eliminando o trabalho infantil: uma intervenção integrada à
Atenção Básica em Saúde / Margarete Costa Helioterio. –
Salvador, 2013.

113 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vilma Sousa Santana.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Saúde Coletiva, 2013.

1. Trabalho Infantil. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Agente Comunitário de Saúde. I. Santana, Vilma Sousa. II.
Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 331-053.1

TERMO DE APROVAÇÃO

MARGARETE COSTA HELIOTERIO

ELIMINANDO O TRABALHO INFANTIL: UMA INTERVENÇÃO INTEGRADA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária, área de concentração em Epidemiologia, Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Martha Suely Itaparica de Carvalho

Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart

Profa. Dra. Vilma Sousa Santana

Salvador, ____ de abril de 2013

Dedico este trabalho,

A minha avó Dilza (in memoriam), pelo incentivo e apoio incondicional à minha trajetória acadêmica.

A minha mãe Marize, exemplo de mulher e mestre.

A Gilsimar, meu amor, que soube entender e respeitar os momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, sempre do meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha avó **Dilza** (in memorian), uma perda repentina e irreparável durante o mestrado, que sempre esteve do meu lado e vibrou com as minhas vitórias. Sei que estás diante de Deus olhando para mim.

À minha família, em especial à **Marize**, minha mãe, exemplo de educadora e mulher que me permitiu viver a infância como criança e na vida adulta soube apoiar incondicionalmente as minhas escolhas profissionais.

Ao meu esposo, **Gilsimar**, companheiro inseparável, sempre apoiando a minha carreira profissional, e que soube como ninguém entender esse momento da minha vida.

Aos meus companheiros de equipe do Projeto Integração SUS Liberdade, **Milena Cordeiro** e **Prof. Jorge Iriart**, pelo apoio mútuo e parceria durante esses dois anos de intenso trabalho.

A toda a equipe do PISAT, **Martha Valois**, **Solange**, **Rosane**, em especial a **Jeorgia**.

Às queridas amigas **Flávia** e **Kionna** pelo incentivo, solidariedade e pela disposição em sempre ajudar.

Às assistentes de pesquisa do PISAT, **Maria Claudia Perez** e especialmente a **Maria Cláudia Lisboa**, pelas colaborações na pesquisa e suporte técnico.

Aos meus professores do mestrado, que tanto contribuíram com seus conhecimentos para que nós alunos tivéssemos uma formação de qualidade.

À amiga e colega de trabalho **Professora Sílvia Passos**, que soube entender minhas ausências e sempre esteve disposta a ajudar.

Aos meus colegas de trabalho, os **Professores do Curso de Enfermagem da UFRB**, sempre presentes e felizes com as minhas conquistas.

Ao colega e amigo, o **Doutorando Eduardo Marinho**, meu sincero agradecimento pela imensa contribuição no trabalho de campo e em todas as etapas deste estudo.

À coordenação do Distrito Sanitário da Liberdade, **Enfa. Regina, Enfa. Priscila e Enfa. Nilza** e **as Enfermeiras supervisoras** do PACS e da ESF.

Às equipes de Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário da Liberdade.

À minha querida orientadora, **Professora Vilma Santana**, pela dedicação, compreensão e apoio nos momentos de dificuldades profissionais e pessoais. Durante esses dois anos não foi apenas a minha orientadora, mas tornou-se uma amiga com quem decididamente sei que posso contar.

Sumário

Apresentação.....	9
Resumo.....	11
Summary.....	13
Introdução.....	15
Material e métodos.....	17
Resultados.....	23
Discussão.....	24
Referências.....	30
Tabelas.....	32

APRESENTAÇÃO

O meu interesse pelo objeto trabalho infantil iniciou-se na graduação com um fato que marcou significativamente a vida dos habitantes do recôncavo baiano, o acidente de trabalho de grandes proporções envolvendo trabalhadores de uma fábrica de fogos de artifícios que culminou com o óbito de dezenas de crianças no município de Santo Antônio de Jesus, em 1999. Ao ingressar no Mestrado meu interesse inicial era desenvolver um estudo no município de Santo Antônio, mas os caminhos acadêmicos me levaram a um projeto complexo e audacioso que envolveria um estudo multicêntrico, onde o componente Brasil desenvolveria um estudo de intervenção para incorporar as ações de saúde do trabalhador no âmbito da Atenção Básica em Saúde através do treinamento de Agentes Comunitários de Saúde de um Distrito Sanitário de Salvador e, dessa forma, alcançar as crianças trabalhadoras.

A concretização deste estudo envolveu esforços da Equipe de pesquisa do Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e a celebração de parcerias com serviços e instituições como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município de Salvador, a Gestão do Distrito Sanitário da Liberdade e a equipe de Enfermeiros do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família. Além de interlocuções com o Conselho Tutelar e o Ministério Público Estadual.

Na análise dos dados comparou-se o que vinha sendo desenvolvido na atenção básica e verificou-se que embora desafiadora é factível a proposta de integração da saúde do trabalhador nas práticas de saúde, tema com pouca visibilidade no cotidiano dos serviços de saúde, mas de grande relevância para a integralidade da atenção à saúde de crianças e adolescentes.

**ELIMINANDO O TRABALHO INFANTIL: UMA INTERVENÇÃO INTEGRADA À
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

**ELIMINATING CHILD LABOR: AN INTEGRATED PRIMARY HEALTH CARE
INTERVENTION**

Margarete Costa Helioerio¹, Vilma Sousa Santana¹, Eduardo Marinho¹, Milena Cordeiro¹, Jorge Iriart¹, Anne Andermann²

¹Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia

²University of McGill, Family Medicine Department

ELIMINANDO O TRABALHO INFANTIL: UMA INTERVENÇÃO INTEGRADA À ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Objetivos: Descrever o impacto do treinamento de Agentes Comunitários de Saúde das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sobre o registro da ocupação de crianças e adolescentes (6 a 17 anos de idade) na Ficha A do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Esta atividade é uma das etapas do programa de eliminação do trabalho infantil com a interveniência do PACS/ESF.

Material e método: Este é um estudo de intervenção com base no treinamento de Agentes comunitários de Saúde (ACS), do tipo antes e depois (pré-pós), realizado no Distrito Sanitário da Liberdade de Salvador, DSL. Todos os ACS que compõem as duas equipes do PACS e três da ESF foram recrutados. O treinamento tomou como base o Protocolo Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos do Ministério da Saúde, que objetiva incorporar o cuidado a criança e adolescente trabalhador nos distintos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Dados sobre a ocupação de crianças e adolescentes que integram o SIAB foram analisados para verificar a completude e qualidade do registro antes (até agosto de 2012) e após a intervenção (depois de setembro de 2012). Foram estimadas a prevalência de trabalho da criança e do adolescente, a proporção de registros da ocupação e de dados faltantes. A variação proporcional percentual (VPP) foi empregada para estimativa do impacto da intervenção.

Resultados: Todos os 132 ACS receberam um treinamento com 8h de duração, que tratava da importância do trabalho para a saúde, o trabalho informal e formal, o trabalho ilegal de crianças e adolescentes, agravos ocupacionais, serviços de saúde do trabalhador disponíveis, e o papel do PACS/ESF. Dados do SIAB para o período antes da intervenção mostraram haver 2.255 crianças vivendo na área do estudo, com o registro da ocupação limitado a apenas 94 crianças (4,2%), dos quais apenas um foi identificado como trabalhador. Após a intervenção, verificou-se um aumento do número de crianças e adolescentes para 2.974 quase todos com o registro da ocupação (99,9%). A prevalência de trabalho infantil foi estimada em 1,0%,

semelhante para meninas e meninos. Foram registrados 31 casos de trabalho infantil, o que resultou numa variação proporcional de 30 vezes. Prevalência de trabalho infantil e de adolescentes foi maior entre os que tinham famílias pequenas com até três membros, idade acima de 15 anos, e eram cobertos pela ESF.

Conclusões: ACS mostraram-se com boa receptividade em participar da integração da Saúde do Trabalhador (ST) na Atenção Básica de Saúde e sensíveis ao registro de ocupação de crianças e adolescentes e sua atualização na Ficha A. Isto reforça a factibilidade da proposta da Organização Mundial da Saúde de incorporação das ações de ST na ABS e dos esforços de combate ao trabalho infantil.

Palavras chave: Trabalho infantil, Atenção básica em saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

ELIMINATING CHILD LABOR: AN INTEGRATED PRIMARY HEALTH CARE INTERVENTION

Objective: To evaluate the impact of Community Health Agent (ACS) training on workers' health to improve on the improvement of the assess assessment and recording of occupation for child and adolescent (6-17 years of age) in Ficha A of the Primary Care Information System (SIAB). This training is part of a Program to Incorporate Workers' Health into Primary Health Care, PHC, focusing the elimination of child labor.

Methods: This intervention study is based on a pre-post training evaluation of Community Health Agents (ACS) undertaken in the Health District of Freedom, Salvador (DSL). After preliminary contacts with DSL managers to obtain authorization to conduct the study, all ACS involved in PHC were invited to attend a 8h training on workers' health with emphasis in the Guidelines for Provision of Integral Health Care to Working Children and Adolescents, issued by the Health Ministry. ACS provides health care by monitoring families conducting monthly household visits in catchment areas. As part of the ACS duties occupation of each family member of all ages need to be recorded in Ficha A whose data feed the PHC information system called SIAB. We analyzed completeness and quality of those records before (before August 2012) and after the training (intervention) held in September 2012. Prevalence of child and adolescent labor was estimated with SIAB data at the baseline, and its changes after intervention, using proportional percentage variation (VPP) to assess the impact.

Results: All 132 ACS attended the training on the effects of work on health, types of employment (formal and informal jobs), illegal child and adolescent labor, work-related health problems, specialized occupational health services, and the role of PHC for it. Before the intervention data showed that 2,255 children were living in the PHC covered area in DSL. Occupation records were limited to only 94 children (4.2%), and only one was identified as a having a paid job. After the intervention the number of children and adolescents increased to 2,974, and occupation data was recorded for almost all of them (99.9%). The prevalence of child labor was estimated at 1.0% after intervention, similar for girls and boys. There were 31 cases recorded of child and adolescent labor, resulting in a proportional variation of 30 times.

Conclusions: ACS responded well to the invitation to be involved in workers' health care. They responded positively to update occupation records of Ficha A of children and adolescents. This underscore the feasibility of the World Health Organization recommendation to integrate workers' health care into PHC, specially to help eliminating child and adolescent labor.

Descriptors: Child labor, Primary Health Care, Community Health Agent, Community Health Agent Program, Family Health Program.

ELIMINANDO O TRABALHO INFANTIL: UMA INTERVENÇÃO INTEGRADA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Introdução

O trabalho de crianças e adolescentes é um problema social que atinge sobretudo os países em desenvolvimento. O Programa Internacional de Erradicação do Trabalho Infantil (IPEC) desenvolvido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomenda o desenvolvimento de ações intersetoriais com ampla participação das políticas de educação, desenvolvimento social e saúde. Estima-se que, em 2010, 215 milhões de crianças ainda permaneciam em situação de trabalho em todo o planeta (OIT, 2010). No mesmo ano, no Brasil, de acordo com dados do Censo Demográfico, havia 3,9 milhões de trabalhadores com 10 a 17 anos de idade. A tendência foi de redução (13,4%) de 2000 a 2010, mas com aumento na faixa de 10 a 13 anos, que teve um crescimento correspondente de 1,6% (IBGE, 2010).

Ações visando a eliminação do trabalho infantil no País têm sido incluídas em diversas políticas sociais, como os programas de transferência de renda, oferta de escolas públicas de tempo integral, creches, e é alvo específico do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. O Ministério da Saúde também incorporou ações de erradicação do trabalho infantil, assumindo que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve contribuir para a efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em especial, no que se refere ao direito à saúde. Assim, a Coordenação de Saúde do Trabalhador elaborou um protocolo visando a identificação de crianças trabalhadoras e a implementação de cuidados com vistas ao afastamento da situação de trabalho.

Esse Protocolo, intitulado “Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos (DAISCEA)”, foi elaborado por pesquisadores envolvidos com o tema trabalho infantil e divulgado em 2005, inclui recomendações sobre a promoção da investigação de fatores ocupacionais causadores de problemas de saúde sugerindo uma atuação integrada intersetorial (BRASIL, 2005). Esse Protocolo é parte dos documentos legais de atuação do SUS na proteção da saúde de crianças e adolescentes trabalhadores. Nele recomenda-se também que

equipes de saúde investiguem a condição de trabalho de crianças e adolescentes e possíveis relações causais entre o trabalho e problemas de saúde. Ao serem identificados, os casos devem ser encaminhados para serviços especializados como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), visando o afastamento da situação de trabalho, e tomadas providências de apoio social à família e à criança. Um treinamento de profissionais dos CEREST foi realizado em todo o País, entre 2006 e 2007, pelo Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente (NESA) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, porém as ações de matriciamento desse protocolo na rede SUS não foram suficientemente implantadas, o que impede uma avaliação sobre a sua efetividade.

A Organização Mundial de Saúde lançou o Plano Global em Saúde e Segurança no Trabalho 2008-2017, que sugere a integração da Saúde do Trabalhador (ST) à Atenção Básica em Saúde (ABS), já em implantação no Brasil desde 2002 (OMS, 2007). No Brasil, a ABS é considerada o eixo ordenador do SUS, e, portanto, permite o contato com todos os trabalhadores ao sistema público de saúde. Todavia, em seu desenvolvimento, fatores ocupacionais como determinantes da saúde-doença são apenas marginalmente contemplados (DIAS et al, 2009). É também crescente o entendimento que a ABS pode ter um papel estratégico na identificação e registro de crianças em situação de trabalho, por meio do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esses programas têm base territorial definida e se baseiam em visita domiciliares para acompanhamento da situação de saúde das famílias e de seus membros, além dos ACS se constituírem em um importante elo entre a população e os serviços de saúde (OIT, 2010).

Dentre as ações de saúde desenvolvidas pelos ACS, o cadastro das famílias é fundamental ao registrar dados sociodemográficos individuais dos membros familiares, incluindo as ocupações. Isso é feito com a Ficha A, um formulário no qual se registram a evolução do estado de saúde, dados sociosanitários e outros de relevância para a Saúde Pública. Esses dados vêm sendo analisados, mas de um modo ainda incipiente, pois os registros são digitados de modo agregado.

Na ABS algumas ações integradas de combate ao trabalho infantil têm sido implementadas em alguns estados, mas sem uma avaliação mais criteriosa dos seus efeitos. No estado de Minas Gerais foi elaborada uma proposta de organização da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho, organizada pela Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (CAIST-MG) tendo como eixo ordenador a ABS. Esta proposta tem como base a DAISCEA, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). O Núcleo de Pesquisas em Saúde do Trabalhador na ABS, da Universidade Federal de Minas liderado pela Profa. Elizabeth Costa Dias vem desenvolvendo metodologias e experiências de formação de ACS nessa direção, inclusive sobre o trabalho infantil. Em Betim, os profissionais da ABS e do CEREST foram treinados sobre o trabalho infantil e o papel do sistema de saúde para sua eliminação. Outra ação foi a articulação intersetorial envolvendo os serviços de saúde do município, estado, bem como a academia e o Ministério do Trabalho e Emprego para a erradicação do trabalho infantil (OIT, 2009). Entretanto, não foram encontrados estudos ou publicações sobre avaliação do impacto do treinamento de ACS sobre o afastamento de crianças e adolescentes de locais de trabalho.

Este estudo descreve o impacto de uma intervenção baseada no treinamento de Agentes Comunitários de Saúde das equipes do PACS e da ESF. Este treinamento abordou temas como o papel do trabalho sobre a saúde, os vários tipos de vínculos de trabalho como o informal e o formal, o trabalho ilegal de crianças, serviços e recursos disponíveis de proteção ao trabalhador e a sua saúde, o papel do PACS/ESF e os dados ocupacionais do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). O propósito é verificar a factibilidade da incorporação da ST na atenção básica e ampliar o registro da ocupação de crianças e adolescentes na Ficha A do SIAB do SUS.

Material e métodos

Este estudo é de intervenção, que foi estruturada em duas fases, 1) antes e 2) depois (pré-pós). Foi realizado em uma das regiões administrativas SUS de Salvador, o Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), onde o Instituto de Saúde Coletiva

da Universidade Federal da Bahia desenvolve o Projeto Integração SUS Liberdade, do qual este estudo é um dos seus subprojetos. O projeto-mãe é uma parceria do Instituto de Saúde Coletiva com o Hospital Ana Nery, que conta com o apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. O Projeto Integração SUS Liberdade tem como objetivo fortalecer os princípios e as diretrizes do SUS, articulando serviços municipais, promovendo a integração ensino-serviço-pesquisa, contribuindo para qualificar as equipes da ABS em diversas linhas de cuidado à saúde, dentre essas a de Saúde do Trabalhador.

São vários os subprojetos que o integram como o de assistência e cuidado, vigilância sanitária, promoção da saúde, acessibilidade e equidade na rede de saúde desde a perspectiva da população negra. Este subprojeto também faz parte da investigação multicêntrica qualitativa e epidemiológica “Estudo sobre desenvolvimento saudável e a resiliência em jovens”, desenvolvida pela McGill University em parceria com o ISC-UFBA, Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT) e instituições de outros três países: Bangladesh, Níger e Paquistão. O componente qualitativo desse último subprojeto compreende a realização de grupos focais com profissionais de saúde de diferentes níveis e ocupações do DSL, com crianças trabalhadoras e não trabalhadoras e informantes-chaves do Conselho Tutelar e escolas da área. O propósito é identificar os sentidos e significados do trabalho infantil nos discursos entre os diferentes atores sociais.

População do estudo

Foi composta por todas as crianças com idades entre 6 e 17 anos, residentes no DSL, de famílias cobertas pelo PACS/ESF e ACS em setembro de 2012. Excluíram-se as famílias das crianças cujos ACS encontravam-se de férias, em licença maternidade, ou licença prêmio.

Área do estudo

O DSL é um dos maiores distritos sanitários de Salvador. Abrange 6,65 km² e 25 bairros, com uma população estimada em 150.000 pessoas, o que corresponde a

uma densidade estimada de 22.663 hab\km². Conta com 12 creches, 44 escolas, várias instituições religiosas e terreiros de candomblés (n=35), Organizações Não Governamentais e associações de bairro (n=35). Nele atuam 132 ACS, organizados em 11 equipes, com cinco delas de centros de saúde, e mais seis equipes da ESF.

Estrutura do estudo e coleta de dados

O trabalho de pesquisa teve início em 2011, com contatos preliminares com a coordenação do DSL e equipes da ABS para apresentação do Protocolo e realização de ajustes. Com o apoio dos ACS e dos gestores da ABS foram realizadas visitas de reconhecimento da área, às unidades de saúde e a outros recursos sociais. Foi obtida autorização institucional para a realização do estudo na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e contatado o Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador (CESAT) e o CEREST-Salvador, para dar conhecimento e obter o apoio ao estudo.

Instrumento da coleta de dados – Ficha A

A Ficha A é o instrumento para registro de dados das famílias cobertas pela ABS e também para o acompanhamento mensal. É composta de três seções: 1) identificação, que contém dados sócio-demográficos; 2) condições sanitárias da residência e 3) ocupação e saúde que contém um campo livre para preenchimento com narrativa sobre aspectos que os ACS julguem relevantes para a saúde. Essa Ficha é preenchida durante a visita domiciliar. Após o primeiro cadastramento, é atualizada sempre que houver mudanças, como nascimentos, mortes, diagnósticos de doenças prioritárias, dentre outras. Os dados de saúde também são atualizados mensalmente e encaminhados pelo enfermeiro supervisor à coordenação da Vigilância Epidemiológica do DSL para registro no SIAB, sendo posteriormente devolvidas à unidade de origem.

Pré-intervenção

O período pré-intervenção compreende o anterior a 1/09/2012. Nesta etapa os ACS já haviam coletado dados da Ficha A relativos ao cadastramento inicial das famílias, com algumas atualizações realizadas. Dados dessas fichas que integram o SIAB foram analisados, constituindo a linha de base do estudo.

A intervenção

A intervenção programada em sua totalidade consiste de várias ações, que compõem ciclos de atividades, visando a integração da ST na ABS. Neste estudo, trata-se apenas do 1º. ciclo de ações, que compreende um treinamento inicial dos profissionais de saúde do SUS da ABS. Este treinamento contou com o apoio do CESAT e do CEREST-Salvador. Vale ressaltar que embora na DAISCEA não estivessem previstas ações específicas na ABS, este é um desdobramento natural das suas proposições. Ademais o trabalho de combate ao trabalho infantil pelo SUS se encontra na atual Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), promulgada em agosto de 2012 pelo Ministério da Saúde, da Previdência Social, e do Trabalho e Emprego.

A intervenção inicial (1º. ciclo) visava a familiarização dos ACS com o conhecimento sobre os determinantes ocupacionais da saúde e das desigualdades em saúde, e da importância da melhoria da qualidade e completude do preenchimento da Ficha A, especialmente para a ocupação de todos os membros da família, e também as atividades econômicas realizadas no domicílio (informais). Para isso foi realizado o treinamento para informá-los sobre a ST e motivá-los e sensibilizá-los para atuarem nesse campo em particular. Dentre outros objetivos, o foco deste subprojeto foi a identificação de crianças trabalhadoras com vistas à orientação de pais e/ou responsáveis sobre oportunidades de ajuda social, visando a eliminação do trabalho infantil. Este treinamento durou 8h e foi realizado no Centro de Saúde da Liberdade. Envolveu aulas expositivas dialogadas, projeções de vídeos, discussões em grupo e plenária, contando com a participação de toda a equipe deste projeto e do CEREST-Salvador.

Preliminarmente à intervenção, foram feitos contatos com o Ministério Público do Estado, Conselho Tutelar e o Centro de Referência em Assistência Social existentes

no DSL para conhecimento e obtenção de apoio institucional ao trabalho do ACS a serem implementados. Solicitava-se, especificamente, que fossem registradas as ocupações e atividades econômicas domiciliares na Ficha A, e que os casos de trabalho da criança e do adolescente fossem discutidos, em bases individuais, para o devido encaminhamento ou atenção. Após esse treinamento inicial identificaram-se os ACS que faltaram ao treinamento, para os quais foi repassado o conteúdo individualmente. Foi também dado apoio a cada um deles com o esclarecimento de dúvidas durante três meses após o treinamento inicial.

Na Figura 1 apresenta-se o modelo lógico da intervenção (1º Ciclo) com o problema que se pretende superar, objetivos da intervenção, ações desenvolvidas, resultados intermediários e finais esperados. O modelo lógico de um programa com ações no setor saúde precisa englobar além das ações locais nos serviços a promoção de articulações com outras instâncias e políticas de proteção social. Parte-se do problema de interesse, a ausência da saúde do trabalhador na ABS, e para a sua superação pretendeu-se intervir treinando as equipes agentes comunitários para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. Após esse treinamento, espera-se como resultado intermediário que as equipes do PACS/ESF estejam sensibilizadas, motivadas e aptas para o desenvolvimento das ações previstas na PNST. Como resultado final espera-se a incorporação da Saúde do Trabalhador nas práticas de saúde da ABS e assim alcançar as crianças trabalhadoras.

Figura 1. Modelo lógico da Intervenção- 1º Ciclo

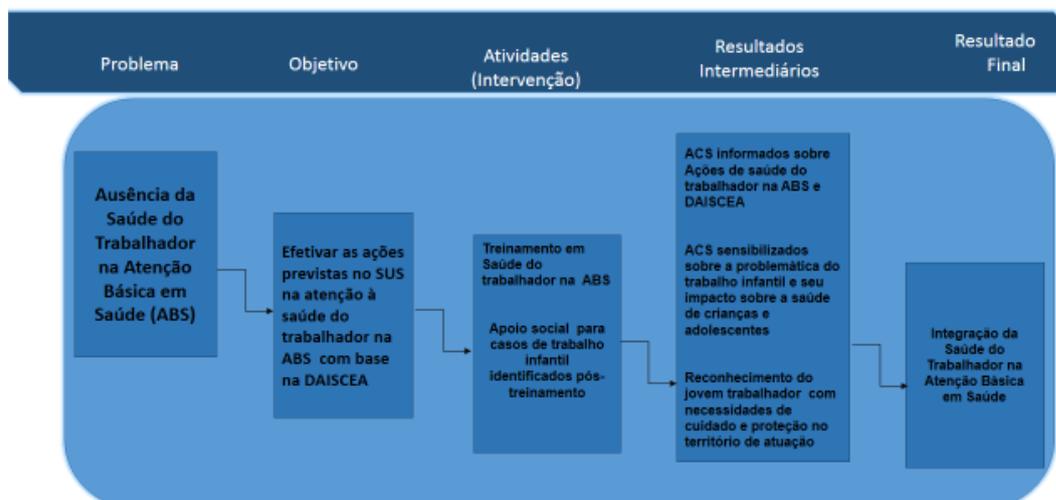
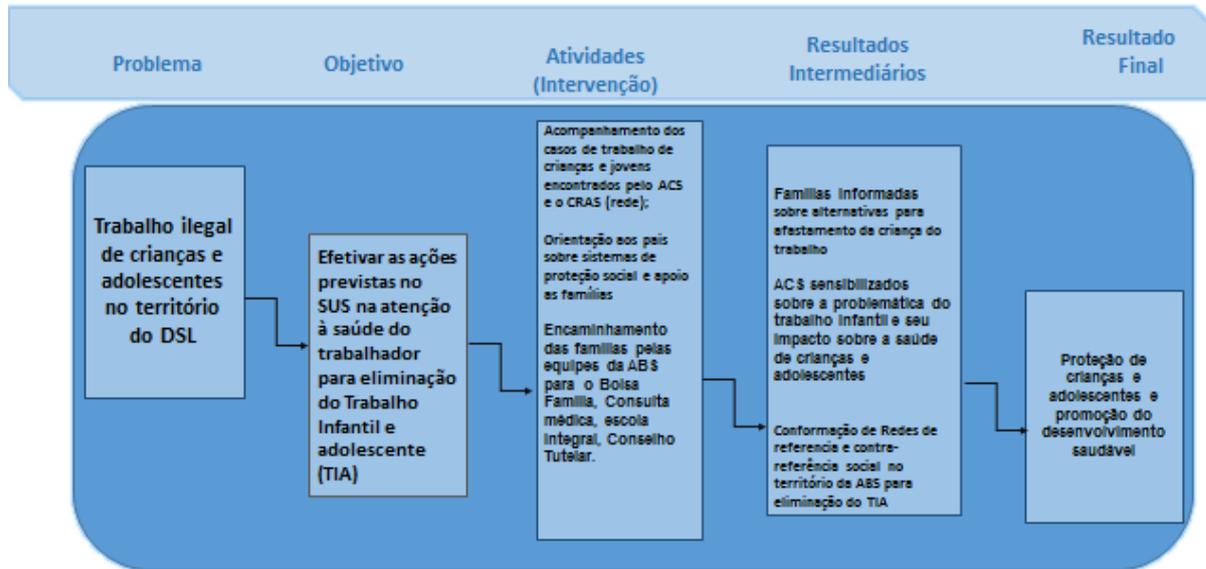


Figura 2. Modelo Lógico da Intervenção- 2º Ciclo



Pós-intervenção

Entre novembro e dezembro de 2012 foram iniciadas as atividades de coleta das Fichas A preenchidas após a intervenção, para digitação. Como as fichas não podem sair da unidade de saúde e não se dispunha de pessoal suficiente, foram contratados digitadores e constituídos espaços próprios de trabalho para a construção de uma base de dados individuais dos residentes nas áreas cobertas pela ABS no DSL.

Definição de variáveis

Para este estudo, a variável “intervenção” foi definida como 0=antes (pré) e 1=depois (pós) e o desfecho o “registro da ocupação de crianças e adolescentes” na Ficha A, que contempla todos os membros familiares. Foram consideradas crianças e adolescentes trabalhadoras aquelas que tinham o registro de ocupação remunerada entre 6 a 17 anos de idade. Estudantes, e os que trabalhavam para a própria família em atividades domésticas não foram considerados como trabalhadores. Variáveis descritoras foram: sexo 0=masculino e 1=feminino; grupo de idade 1= 6 a 10, 2= 11 a 14, 3=15 a 16; 4= 17 anos; tipo de cobertura de serviço

1=PACS e 0=ESF; frequência escolar 1=não frequente e 0=frequente; e nº de pessoas na família 1= 2 pessoas, 2= 3 a 5 pessoas e 3= 6 ou mais pessoas.

Análise estatística

Utilizaram-se proporções e médias. Para a inferência estatística os testes de Qui Quadrado de Pearson com um alfa de 5%. O impacto da intervenção foi medido com a Variação Proporcional Percentual (VPP), obtida pela diferença porcentual da prevalência de trabalho infantil estimada antes (pré) e após (pós) intervenção. Estimação estatística foi realizada com intervalos de confiança a 95%, empregando-se o método de Mantel-Haenszel. A base de dados foi criada em EPIINFO, e a análise realizada no Statistical Analysis Software (SAS®) versão 9.1 para Windows. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva sob o Protocolo de Pesquisa N°00988313.3.0000.530. Todos os membros da equipe foram informados dos aspectos éticos envolvidos no estudo, e em especial, no que se refere à pesquisa com vulneráveis. Atenção especial foi dada ao fato do trabalho infantil ser ilegal, ao tempo em que é tolerado pela população e profissionais de saúde. O projeto com a McGill University, por envolver instituição estrangeira, foi submetido ao CONEP e aguarda parecer final.

Resultados

Em setembro de 2012, o DSL possuía 132 ACS, todos se encontravam em atividade e eram responsáveis pelo acompanhamento de 22.091 famílias já cadastradas, o que corresponde a uma cobertura de 40,4% por PACS e 16% por ESF, totalizando 56,4% de cobertura global da atenção básica no território do DSL.

Na etapa pré-intervenção, a população do estudo totalizou 2.255 crianças, cujo registro da <ocupação> se restringiu a apenas 94 crianças (4,2%). Dessas, a maioria era do sexo masculino (53,2%), todos tinham 15 ou mais anos de idade, eram cobertos pelo PACS e residiam no bairro Progresso. A escolaridade só foi registrada para os que não tiveram o campo ocupação preenchido. Apenas um menino, com 16 anos de idade, que trabalhava na construção civil como concretista,

e não frequentava a escola, havia sido registrado como trabalhador antes da intervenção.

Na etapa pós-intervenção, o número de crianças se elevou para 2.974, e a ocupação passou a ser registrada (99,9%) para quase todas. Na Tabela 1 apresentam-se as características dessa população de acordo com a situação de trabalho. Verificou-se que a maioria das crianças registradas na Ficha A era do sexo masculino (51,5%) e frequentava a escola (90,2%). A prevalência global de trabalho infantil registrado foi estimada em 1%, o que correspondeu a 31 crianças trabalhadoras. A maior prevalência de trabalho infantil, TI, (2,12%) foi estimada entre os de maior idade, com 17 anos. Não houve diferença na prevalência de TI entre os sexos, mas foi maior entre as famílias cobertas pela ESF (1,37%) quando comparada com o PACS (0,72%). (Tabela 2).

O registro de trabalho infantil foi maior para as crianças cujas famílias eram compostas por duas pessoas (2,53%) em comparação com os que tinham cinco ou mais (1,17%) $p < 0,05$, e foi maior na área do Progresso (2,8%), coberta pela ESF (Figura 1). Das 31 crianças e adolescentes trabalhadores registrados, 6 trabalhavam no comércio, 4 eram vendedores, 3 carregadores, 5 estagiários, 2 lavadores de carro, 3 realizavam biscates, 3 eram empregadas domésticas, 1 porteiro, 1 operador de telemarketing e 3 eram menores aprendizes. O crescimento do registro da ocupação medido pela VPP foi de 30 vezes, enquanto a prevalência de registro de crianças trabalhadoras cresceu 2500% quando comparada à linha de base do estudo (Tabela 3).

Discussão

Os resultados desse estudo sugerem que é viável a participação de ACS da ABS, especialmente no reconhecimento e registro de ocupações, após um treinamento de apenas 8h de duração. Este treinamento resultou em melhora do desempenho dos ACS no registro da ocupação, o que permitiu a identificação de crianças e adolescentes de 6 a 17 anos de idade em situação de trabalho. A prevalência total de trabalho infantil foi estimada em 1,0% na população de estudo após a intervenção, o que resultou numa variação proporcional de 25 vezes. Observou-se

que crianças e adolescentes trabalhadores se concentravam entre os de 15 ou mais anos de idade. Não houve diferença na prevalência de trabalho infantil entre os sexos e os casos identificados concentravam-se nas fichas preenchidas pelos ACS da ESF.

Os resultados deste estudo demonstram o papel estratégico da formação de pessoas da ABS para ações em ST no sistema público de saúde e, sobretudo, a aceitabilidade de parte dos ACS, o que é sugestivo da viabilidade dessa integração. Não apenas os ACS mostraram-se receptivos à incorporação da ST às suas práticas de saúde, como parte de suas atribuições profissionais. Além da resposta positiva demonstrada no preenchimento de dados ocupacionais da Ficha A, para todos os residentes, inclusive as crianças, observou-se grande entusiasmo e ativa participação dos ACS durante o treinamento. Isto ficou demonstrado no nível de interação, formulação de perguntas, interferência com relato de casos, a surpresa ao compreenderem como ignoravam o papel do trabalho para a saúde e até mesmo as suas experiências pessoais como trabalhadores. Mais importante foi o posicionamento contra e a favor do trabalho infantil e a percepção de parte dos professores de que alguns mudaram de opinião ao longo das discussões. Houve inclusive relatos de ACS que eram pais e que justificaram a manutenção de seus filhos afastados da situação de trabalho.

Verificou-se que o trabalho infantil ainda não é percebido como fator de risco para a saúde entre os profissionais de saúde. O processo de trabalho nos programas da ABS é centrado em grupos populacionais específicos, com atuação no controle de doenças infecciosas, diabetes, hipertensão e tuberculose, atendimento a gestantes e crianças. Embora o trabalho infantil represente um fator de risco com efeitos importantes sobre a saúde e o desenvolvimento, ainda permanece pouco abordado. Em outras palavras, pode-se inferir que não é prioridade ao competir com outras demandas em saúde.

Outra dificuldade para atualização de dados são os problemas estruturais dos serviços de saúde no Brasil como falta de insumos básicos para o trabalho do ACS (DIAS et al., 2009). Todavia o treinamento de profissionais da ABS para eliminação do trabalho infantil apresenta como vantagens a grande capilaridade e receptividade pela população a estes programas, e nas visitas regulares é possível identificar e

orientar fontes alternativas de renda e negociar o afastamento da criança do trabalho.

O registro de ocupação é de difícil operacionalização, mas isso não parece ser uma dificuldade no SIAB para os adultos, mas sim para o registro da ocupação de crianças. Os dados deste estudo mostram que praticamente todos os ACS atenderam à solicitação de registrarem a ocupação de crianças e adolescentes, o que foi verificado para praticamente toda a população alvo do estudo. Assim, pode-se inferir que a cobertura foi total, muito embora haja problemas com a qualidade do registro. Outros estudos mostram que o SIAB ainda se defronta com limitações de qualidade da informação. Por exemplo, um estudo qualitativo conduzido por Azevedo e colaboradores (2006) identificou dificuldades no registro de dados do SIAB até mesmo entre os enfermeiros responsáveis pela supervisão do ACS, esses profissionais referiram falta de informação adequada. Em Minas Gerais verificou-se que ausência de apoio técnico pedagógico foram itens de maior concordância entre os profissionais da ABS sobre as dificuldades em desenvolver ações de saúde do trabalhador, seguidas da abordagem deficiente de temas da saúde do trabalhador na ABS (CHIAVEGATTO, 2010).

A prevalência de trabalho infantil foi de 1,0%, menor do que o relatado pela PNAD para todo o País (PNAD, 2012). A prevalência de trabalho infantil urbano é menor do que em áreas rurais, mas de uma forma geral, vem se reduzindo no Brasil. No período de 2000 a 2010, houve uma redução de 10,8% no número de crianças em situação de trabalho na faixa etária de 10 a 17 anos (IBGE, 2010). No DSL é possível que oportunidades para a frequência à escola, oportunidades de acesso a programas educacionais e de desenvolvimento integral de crianças e jovens e ao Bolsa Família, dentre outros, podem ter contribuído para essas estimativas, o que pretende-se analisar posteriormente. Entretanto, observações nas visitas à área do estudo demonstraram grande número de crianças em situação de trabalho envolvidas no comércio de produtos em ruas, além de pequenos negócios domiciliares. É possível que o registro esteja subenumerado devido a tensões entre o conhecimento dos ACS, a ilegalidade de crianças e desconfortos sobre o registro desse fato de pessoas próximas que vivem na mesma comunidade. Uma dificuldade importante para a identificação e registro do trabalho de crianças é a ilegalidade dessa condição no Brasil. Isto é um limite especial para o ACS, que vive na área de

atuação, na sua própria comunidade, muito próximo às famílias. Ademais, em áreas violentas, a cultura de que o trabalho é positivo para educar e manter o afastamento do crime é muito forte, sobretudo entre os pobres (SANTANA e CARVALHO, 2011).

Neste estudo observou-se que o registro do trabalho de crianças e adolescentes concentrou-se entre os com 15 anos ou mais de idade. A identificação de crianças em situação de trabalho em faixas etárias menores é mais difícil por envolver uma atividade ilegal. O trabalho informal que comumente é realizado no domicílio. O trabalho informal não é registrado e quando domiciliar está longe das ações de fiscalização devido a impedimentos legais e operacionais. O MTE realiza fiscalizações relativas ao trabalho infantil em locais públicos e empresas formais, resultando em afastamento ou legalização como aprendizes de 10.632 crianças e adolescentes encontrados em situação de trabalho (BRASIL, 2012). Mas a ABS tem grande potencial de atuar efetivamente de modo complementar. Dados de pesquisas também mostram que a proporção de crianças ocupadas aumenta com a faixa etária (PNAD 2012; GONÇALVES et al, 2012; AQUINO et al, 2010). Isso também ocorre em outros países, com estimativas mundiais apresentando tendências de aumento de TI com a idade. Especificamente, entre 2004 e 2008 houve um aumento de 20% de TI entre crianças com idades de 15 a 17 anos em todo o mundo (OIT, 2010).

Os achados desse estudo também mostraram que o aumento maior do registro de crianças trabalhadoras ocorreu entre os ACS das equipes da ESF. Isso indica que no PACS permaneceram dificuldades no reconhecimento e registro do trabalho infantil entre as crianças mais novas. Parte da explicação para esses achados podem ser diferenças nessas duas modalidades de organização do trabalho na ABS. Na ESF a responsabilidade com as ações e o vínculo com o usuário e a comunidade são mais fortalecidos, a população adscrita é menor para cada equipe. Isso permite um melhor acompanhamento das famílias e supervisão das atividades pelo enfermeiro supervisor.

Uma dimensão importante para incorporar as ações de ST às práticas da ABS é o apoio matricial dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador cujas tarefas incluem a prestação de apoio às equipes de referência da ESF (BRASIL, 2009; MACHADO et al, 2011). O acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde é uma parte importante para o êxito de intervenção

que focalizem a ST. Essas atividades podem ser parte das reuniões de equipes da ABS, podem subsidiar o conhecimento do perfil produtivo da área de abrangência das equipes, eleger prioridades e subsidiar a gestão para a tomada de decisão. Por isso um aspecto importante no registro das informações em ST é o uso prático para produzir conhecimento e reorientar as práticas em saúde. Alguns estudos têm mostrado que a ausência de análise dos dados favorece a percepção de que a coleta de dados é mera formalidade (OLIVEIRA, 2010). Lacerda e colaboradores (2011) observaram dificuldades para agentes comunitários distinguirem entre ocupação e profissão, dificuldade de reconhecimento dos usuários dos serviços da ABS como trabalhador, independentemente da inserção no mercado de trabalho. Parte dessas dificuldades decorre da concepção de trabalho que toma como modelo o trabalhador formal da indústria e o modelo de intervenção fundamentado em regulação, inspeção e aplicação de penalidades visando a efetivação de boas práticas.

Os achados desse estudo devem ser compreendidos a partir das suas limitações. Esta área urbana é especial e de pouca representatividade para o conjunto dos distritos sanitários de saúde no País e mesmo de Salvador. No DSL atuam várias frentes de pesquisa e de integração docente assistencial liderado pelo ISC/UFBA em um grande Projeto de colaboração com o SUS mediado pelo Hospital Ana Nery. Assim, os ACS, apesar de suas dificuldades técnicas e de infraestrutura, sentem-se reconhecidos e valorizados ao serem envolvidos em projetos de pesquisa, de formação, e com o envolvimento de pessoal altamente qualificado, e perceberam o reconhecimento do valor do trabalho da ABS para a melhoria das condições de saúde da população.

A população do estudo foi de tamanho suficiente para a detecção da associação em causa, mas a análise de dados secundários se ressentiu da falta de dados de potenciais confundidores ou modificadores de efeito. Ademais, erros de classificação da variável “trabalha” podem ter afetado os registros de trabalho infantil por ser este ilegal. Vale ressaltar que este estudo se limita aos dados do 1º ciclo apenas, podendo não se repetir em etapas mais posteriores.

A organização da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos é uma perspectiva em longo prazo e requer integração entre

as diversas instituições e atores sociais envolvidos na erradicação do trabalho infantil. Isso requer também a coparticipação dos gestores do SUS, colocando o trabalho infantil na agenda de saúde como um dos problemas prioritários da população infanto-juvenil. Os resultados dessa investigação podem ser um ponto de partida para uma implementação em grande escala do treinamento e envolvimento dos ACS e da ABS na oferta de ações de saúde do trabalhador. Pode-se recomendar de antemão treinamentos como este, o que pode levar à construção de fluxos de assistência social no âmbito do SUS, possibilitando referência e contra-referência, redes locais de prevenção do trabalho infantil intra e intersetorial.

Referências

1. AQUINO, Juliana Maria; FERNANDES, Maurício Machado; PAZELLO, Elaine Toldo; SCORZAFAVE, Luiz Guilherme. Trabalho infantil: persistência intergeracional e decomposição da incidência entre 1992 e 2004 no Brasil rural e urbano. **R. Econ. contemp.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 61-84, jan./abr. 2010.
2. AZEVEDO, Ana Lúcia Martins de; BARBOSA, Maria Goretti M.M; SANTOS, Siqueira. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB- reposta a uma necessidade cotidiana da gestão da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Med. Farm. e Com.** Rio de Janeiro, v. 2, n.6, jul/set 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Atenção Integral a Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relatório de Gestão 2011**. Brasília: MTE, 2012.
6. CARVALHO, Martha Suely Itaparica. **Trabalho remunerado de crianças e adolescentes- um estudo sobre fatores associados: demográficos, familiares, sociais e espaciais**. Tese de doutorado (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2005.
7. CHIAVEGATTO, Claudia Vasques. **Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais**. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
8. DIAS, Elizabeth Costa; RIGOTTO, Raquel Maria; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silvia; CANCIO, Jacira; HOEFEL, Maria da Graça Luderitz. Saúde ambiental e do

trabalhador na atenção primária à saúde no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 14, Núm. 6, dez, 2009, p. 2061-2070.

9. DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e; CHIAVEGATTO, Cláudia Vasques; REIS, Juliana do Carmo; CAMPOS, Augusto de Souza. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). In: **Saúde do trabalhador na sociedade contemporânea brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

10. FACCHINI, Luiz Augusto; FASSA, Anaclaudia Gastel; DALL' AGNOL, Marinel; MAIA, Maria de Fátima Santos. Trabalho infantil em pelotas: perfil ocupacional e contribuição à economia. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.8, n. 4, p. 953-961, 2003.

11. FACCHINI, Luiz Augusto et al. Sistema de Informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.4, p. 857-867, 2005.

12. GONÇALVES et al, Helen. Perfil de trabalho urbano de adolescentes de 14-15 anos: um estudo populacional no Sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p.1267-1274, 2012.

13. IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) 2010. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio- PNAD**. 2009. IBGE, Rio de Janeiro.

14. IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Censo Demográfico 2010**. IBGE, Rio de Janeiro, 2012.

15. LACERDA E SILVA, Taís; DIAS, Elizabeth Costa; RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.859-70, jul./set. 2011.

16. Machado JMH, Santana VS, Campos A, Peres MC, Ferrite S, Galdino A, Vasconcelos Neto R, Veiga R, Lisboa MC. **1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009** - Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, CGSAT, 2011.

17. MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1): p.873-880, 2011.
18. NUNES, Mônica de Oliveira; TRAD, Leny; ALMEIDA, Bethânia de Araújo; HOMEM, Carolina Ramos; MELO, Marise Claudia I. de C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1639-1646. Nov-dez, 2002.
19. OLIVEIRA, Queli Cristina de. **Sistema de Informação da Atenção Básica: análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, 2010.
20. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Acelerar ação contra o trabalho infantil**: relatório global do seguimento da Declaração da OIT sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. Conferência Internacional do Trabalho. 99ª Sessão de 2010. Genebra, 2010.
21. OIT. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Boas práticas do setor saúde para a erradicação do trabalho infantil**. Brasília: OIT, 2009.
22. OMS. Organização Mundial de Saúde. **Plano de Ação Global em Saúde dos Trabalhadores, 2008-2017**. Sexagésima Assembleia Mundial de Saúde. Décima Primeira Assembleia Plenária. Genebra, 2007.
23. SANTANA, Vilma Sousa; CARVALHO, Martha Suely Itaparica. Social contextual factors contributing to child and adolescent labor: an ecological analysis. **Rev. Saúde Pública** vol.45 n.4 São Paulo Aug. 2011 Epub June 03, 2011.
24. SANTANA, Vilma Sousa; SILVA, JM. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios**. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 175-204. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Tabela 1. Características da população do estudo na fase pós-intervenção (1o. ciclo). Salvador-BA, Brasil, 2013.

Variáveis	Trabalha		Não trabalha		Total	
	N=31	0,10%	N=2943	99,9%	N=2974	100%
Idade em anos (n=2.974)						
6-10	2	6,5	1124	37,8	1129	38,0
11-14	13	41,9	1059	35,6	1072	36,0
15-16	11	35,5	525	17,8	537	18,0
17	5	16,1	231	7,8	236	8,0
Sexo (n=2.974)						
Masculino	16	51,6	1515	51,5	1533	51,5
Feminino	15	48,4	1426	48,5	1441	48,5
Frequenta a escola (n=1.488)						
Sim	9	90,0	1332	90,1	1341	90,2
Não	1	10,0	146	9,9	147	9,8
Tamanho da família (n=2.974)						
<3	4	12,9	154	5,2	158	5,3
3-5	15	48,4	1772	60,3	1790	60,2
>5	12	38,7	1013	34,5	1026	34,5
Tipo de serviço (n=2.974)						
PACS ¹	11	35,5	1507	51,2	1518	51,1
ESF ²	20	64,5	1436	48,8	1456	48,9

¹Programa de Agentes Comunitários de Saúde. ²Estratégia de Saúde da Família.

Subtotais diferem devido a dados perdidos

Tabela 2. Prevalência de trabalho da criança e do adolescente, razão de prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC), na etapa pós-intervenção de acordo com as variáveis descritoras Salvador-BA, Brasil, 2013.

Variáveis	Prevalência de trabalho Infantil			Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança	
	População	Nº de casos	Prevalência %	RP	IC (95%)
Idade em anos					
6-13	1956	13	0,66	1,00	referente
14-16	778	13	1,67	2,51	1,17 – 5,50
17	236	5	2,12	3,21	1,14 – 8,86
Sexo					
Feminino	1515	15	0,99	1,00	referente
Masculino	1426	16	1,12	1,13	0,50 - 2,02
Frequenta a escola					
Sim	1332	11	0,32	1,00	referente
Não	146	1	0,58	2,12	0,23 - 13,65
Tamanho da família					
<3	154	4	2,53	1,00	referente
3-5	1772	15	0,84	0,33	0,11 - 0,98
>5	1013	12	1,17	0,46	0,15 - 1,42
Tipo de serviço					
PACS ¹	1507	11	0,72	1,00	referente
ESF ²	1436	20	1,38	0,53	0,25 - 1,01

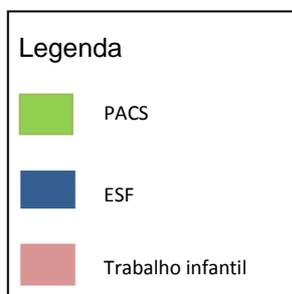
¹Programa de Agentes Comunitários de Saúde. ²Estratégia de Saúde da Família.

Tabela 3. Distribuição dos indicadores definidos para avaliação do estudo. Salvador-BA, Brasil, 2013.

Variáveis	Antes	Depois	Diferença	VPP (%)
	N=2.255	N=2.974		
Número de casos de trabalho infantil	1	31	30	3.000
Prevalência de trabalho infantil (%)	0,04	1,04	1	2.500
Qualidade e cobertura do registro da ocupação				
Proporção de registro do campo ocupação	4,2	99,9	95,7	2.278
Proporção de ocupações registradas e consistentes	NA*	0,2	---	---
Proporção de erros no registro na ocupação	NA	NA	---	---
Qualidade e cobertura da Atividade Econômica no Domicílio (AED)				
No.de AED registradas	NA	7	---	---
Qualidade e cobertura escolaridade /frequência escolar				
Proporção de registros	NA	75,8	---	---
Proporção de inconsistências no registro	NA	NA	---	---
Proporção de erros no registro	NA	NA	---	---
Identificação e atendimento				
Orientação aos pais	NA	NA	---	---
Checagem 1o. mês	NA	NA	---	---
2a. Orientação	NA	NA	---	---
Encaminhamento ao Conselho Tutelar	NA	NA	---	---
“ para o Bolsa Família	NA	NA	---	---
“ consulta médica	NA	NA	---	---
“ escola integral	NA	NA	---	---
“ atividades de inclusão social	NA	NA	---	---

*Não Avaliado

Figura 2. Distribuição espacial do trabalho de crianças e adolescentes após a intervenção no DSL





UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**ELIMINANDO O TRABALHO INFANTIL: UMA
INTERVENÇÃO INTEGRADA A ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE**

MARGARETE COSTA HELIOTERIO

Salvador, Bahia

2012

MARGARETE COSTA HELIOTERIO

Eliminando o trabalho infantil: uma intervenção integrada a atenção básica em saúde

Projeto de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária, área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Vilma Sousa Santana

Salvador

2012

RESUMO

ELIMINANDO O TRABALHO INFANTIL: UMA INTERVENÇÃO INTEGRADA À ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Este é um estudo de intervenção com base no treinamento de Agentes comunitários de Saúde (ACS), do tipo antes e depois (pré-pós), realizado no Distrito Sanitário da Liberdade de Salvador, DSL que tem como objetivo descrever o impacto do treinamento de Agentes Comunitários de Saúde das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sobre o registro da ocupação de crianças e adolescentes (6 a 17 anos de idade) na Ficha A do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Esta atividade é uma das etapas do programa de eliminação do trabalho infantil com a interveniência do PACS/ESF. Todos os ACS (n=132) que compõem as cinco equipes do PACS e quatro equipes ESF serão recrutados. O treinamento tem como base as Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos do Ministério da Saúde, que objetiva incorporar o cuidado a criança e adolescente trabalhador nos distintos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Dados sobre a ocupação de crianças e adolescentes que integram o SIAB serão analisados para verificar a completude e qualidade do registro antes (até agosto de 2012) e após a intervenção (depois de setembro de 2012). Serão estimadas a prevalência de trabalho da criança e do adolescente, a proporção de registros da ocupação e de dados faltantes. A variação proporcional percentual (VPP) foi empregada para estimativa do impacto da intervenção.

SUMÁRIO

1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	7
2. OBJETIVOS	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1. O TRABALHO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA	10
3.2. POLÍTICAS SOCIAIS E A ELIMINAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL	13
3.3. ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: ESPAÇO PRIVILEGIADO PARA AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR	19
3.4. A VIGILÂNCIA DO TRABALHO INFANTIL NO DOMICÍLIO	19
4. QUADRO TEÓRICO.....	21
5. MÉTODOS.....	25
5.1. DESENHO DO ESTUDO	25
5.2. VANTAGENS E DESVANTAGENS	25
5.3. ÁREA DO ESTUDO	26
5.4. POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	26
5.5. INTERVENÇÃO	27
5.6. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	32
5.7. PLANO DE ANÁLISE	32
5.8. ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DO ESTUDO.....	33
6.CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	35
7.ORÇAMENTO	36
8. REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE.....	43
ANEXOS	49

Apresentação

Este projeto de pesquisa faz parte da investigação multicêntrica “**Estudo sobre o desenvolvimento saudável e a resiliência em jovens**” sob a coordenação da McGill University de Montreal, Canadá, da qual o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA participa por meio de cooperação técnica com outras três instituições de ensino e pesquisa dos países Bangladesh, Paquistão e Níger.

As atividades do projeto no componente Brasil iniciaram-se em abril do ano de 2011 sendo coordenadas pelos pesquisadores do Programa Integrado de Saúde Ambiental e do Trabalhador do ISC- UFBA. Participam dessa investigação uma aluna de mestrado e um aluno do doutorado do Programa de Pós-graduação em saúde coletiva na área de concentração em epidemiologia.

O objeto de investigação deste estudo é focalizado no trabalho da criança e do adolescente e o papel do setor saúde para a sua eliminação. Pela natureza e complexidade desse objeto, foram necessários cuidados especiais com vistas a preservar as partes envolvidas como os sujeitos da pesquisa: profissionais de saúde, informantes chaves da comunidade, crianças trabalhadoras e pesquisadores envolvidos. O primeiro cuidado foi apresentar a proposta desse estudo ao Ministério Público Estadual, vara da infância e da adolescência para fins de apreciação e submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para obtenção da autorização para realização da pesquisa nas unidades de saúde.

Passada esta fase inicial e com a concordância do Ministério Público e da Secretaria de Saúde, iniciou-se a aproximação com o campo onde seria realizado o estudo, o Distrito Sanitário da Liberdade (DSL) do município de Salvador-BA. Preliminarmente foram realizadas visitas técnicas às unidades de saúde do DSL, a partir do contato com a equipe gestora do distrito. Reuniões também foram necessária para apresentação do estudo e obtenção de apoio técnico do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTSalvador), além de contatos com o Ministério da Saúde e com pesquisadora líder do grupo de pesquisa em Saúde do Trabalhador (ST), Professora Elizabeth Costa Dias que tem reconhecida experiência na formação de agentes comunitários de saúde para ações de ST na atenção básica.

Foram realizadas reuniões com todas as 11 equipes de agentes comunitários de saúde no intuito de ouvi-los e assim avaliarmos a viabilidade da proposta do treinamento em serviço em saúde do trabalhador na Atenção Básica e a incorporação das ações de ST às práticas dos agentes de saúde.

Diante da indicação positiva das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, foi dado o sinal verde para que o projeto de fato fosse implementado em sua plenitude.

A intervenção em serviço será dividida em dois ciclos. O primeiro ciclo corresponde ao treinamento em saúde do trabalhador para o registro da ocupação de todos os membros da família na Ficha A da Atenção Básica e assim alcançar as crianças trabalhadoras. O segundo ciclo corresponde à articulação da ABS (ACS e profissionais) com outros dispositivos e políticas de proteção social presentes no território do DSL que permitam às famílias alternativas para afastamento da criança da situação de trabalho.

1. Delimitação do problema

Apesar do arcabouço legal que prevê a proteção de crianças e adolescentes, diversas tipologias de violência atingem esse grupo etário como a violência física, psíquica e as variadas formas de exploração. Uma forma de violência contra criança e o adolescente e não menos grave é a exploração por meio do trabalho. Dados do IBGE (2011) estimam que existam quatro milhões de crianças e adolescentes em situação ilegal de trabalho no Brasil, destas, grande parte encontra-se afastada da escola. A legislação nacional define criança como todo aquele com idade inferior a 18 anos, considerando a criança o indivíduo com idade até 12 anos e adolescente aquele com idade entre 12 e 18 anos incompleta. No Brasil, o trabalho é expressamente proibido por lei para menores de 14 anos. Permite-se o trabalho na condição de aprendiz entre 14 e 16 anos, em atividades que não comprometam o desenvolvimento físico, psíquico, moral e social, a saúde e nem traga prejuízos a escolarização (CRF, 1988).

O trabalho da criança e do adolescente traz impactos importantes sobre a saúde e a educação, com repercussões no crescimento e desenvolvimento, desempenho escolar estando associada defasagem e ao abandono dos estudos, situação que impedem a acumulação de capital social, perpetuando o ciclo intergeracional da pobreza, das iniquidades sociais e de saúde. É consensual na literatura especializada que o trabalho infantil tem como um dos principais fatores determinantes a pobreza, mas fatores simbólico-culturais como a cultura positiva do trabalho, a violência urbana, também têm uma contribuição importante para o paradigma de como é visto o trabalho infantil na sociedade brasileira, e assim, a permanência de crianças e adolescentes em situação de trabalho.

O Estado brasileiro tem mobilizado esforços implementando uma política de erradicação do trabalho infantil em diferentes esferas sociais, através das ações do Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Pobreza, Ministério da Justiça, Ministério da Educação e da Saúde. Em 2004 foi instituído o Plano Nacional para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador do Adolescente com o objetivo de coordenar diversas e novas intervenções direcionadas a eliminar o trabalho infantil, a partir de políticas que preconizem a transversalidade e a intersetorialidade, assegurando jovens a usufruir

de todos os direitos, sobretudo o direito ao desenvolvimento saudável (MTE, 2004). É crescente o entendimento que a problemática do trabalho infantil é grave e complexa exigindo para a sua erradicação políticas de Estado que atuem de forma integrada de forma a romper a cadeia de determinação social.

Um importante avanço foi compreender o trabalho de crianças e adolescente como um problema transversal, intersetorial e objeto de intervenção do setor saúde, especialmente no campo da saúde coletiva. Nesta perspectiva o Ministério da Saúde em 2005, por meio da COSAT começou a dar passos importantes para a conformação de uma política de erradicação do trabalho infantil na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Um aspecto fundamental é a percepção de que profissionais de saúde podem contribuir para identificar crianças e adolescentes em situações de trabalho tanto nos serviços de saúde, como nos territórios onde esses serviços estão inseridos. Portanto essa ação deve estar presentes em todos os níveis hierárquicos da atenção à saúde, passando pela a atenção Básica à Saúde, até os serviços de média e alta complexidade. Um documento diretivo importante foi a elaboração das Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos (DAISCEA), ainda pouco conhecida pelos profissionais de saúde e pouco incorporada às ações e serviços de saúde.

A DAISCEA apregoa ao SUS um papel de extrema relevância na atenção integral à saúde das crianças e adolescentes trabalhadores, identificando-os, promovendo ações de educação sobre saúde e segurança no trabalho, avaliando a associação entre o trabalho e os problemas de saúde apresentados, realizando ações de vigilância em saúde e atuando de forma articulada com outros setores governamentais e da sociedade na prevenção do trabalho infantil, bem como na erradicação do trabalho infantil perigoso conforme a legislação (BRASIL, 2005).

Ambientes de trabalho informais em residências ou fora das mesmas são conhecidos por envolverem fatores de riscos, que afetam a saúde dos trabalhadores e dos demais familiares, inclusive crianças, ou pessoas vulneráveis como os idosos e enfermos. Além disso, essas equipes deveriam cumprir os protocolos já existentes de Saúde do Trabalhador, como a DAISCEA que recomenda a orientação das famílias para retirada de crianças menores de 14 anos do trabalho, contribuindo para a melhoria do acesso a alternativas como os programas de transferência de renda

como o Programa Bolsa Família (PBF). Caberia aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a Rede Nacional de Atenção à saúde do Trabalho (RENAST) as ações de matriciamento, estimulando e mobilizando as equipes da ABS, com vistas à incorporação da Saúde do Trabalhador (ST) em todo o sistema de cuidado do SUS, inclusive no nível de média e alta complexidade.

Entretanto, essas atividades na ABS relacionadas a Saúde do Trabalhador têm sido pouco desenvolvidas. As equipes de saúde frequentemente são pouco capacitadas sobre as ações envolvidas na Saúde do Trabalhador. Ademais, a relação entre trabalho e saúde é uma dimensão pouco conhecida e valorizada como determinante da desigualdade em saúde, de que existem modos eficientes de prevenção e que cabe ao SUS prevenir os agravos e promover a saúde. Quando é desenvolvido algum treinamento/intervenção com a finalidade de modificar alguma prática, a avaliação do impacto é raramente realizada. Portanto, programas que promovam a descentralização da ST na ABS, especialmente voltadas para prevenção e erradicação do trabalho ilegal de crianças e adolescente precisam ser implementados e avaliados.

O desenvolvimento de ações de enfrentamento do trabalho de crianças e dos adolescentes no espaço do território de atuação das equipes da ABS é um desafio para os serviços de saúde, pela falta de tradição do reconhecimento de sua importância para a saúde, e portanto, de identificação de agravos relacionados ao trabalho, e também da ausência de notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), e do monitoramento dos casos. Este estudo pretende realizar uma intervenção educativa que consiste em um treinamento em serviço para capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em saúde do trabalhador na Atenção Primária em Saúde para desenvolver as ações previstas nas Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos (DAISCEA- MS).

2. Objetivos

Geral

Descrever o impacto do treinamento de Agentes Comunitários de Saúde das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o registro da ocupação de crianças e adolescentes na Ficha A do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), SUS, em um distrito sanitário do município de Salvador-BA.

Objetivos Específicos

- Sensibilizar ACS para a problemática do trabalho informal, da Atividade Econômica Domiciliar, e o seu impacto sobre a saúde de adultos e jovens.
- Informar ACS e respectivos enfermeiros supervisores sobre a política e procedimentos envolvidos na DAISCEA/MS.
- Avaliar o cumprimento das ações pelos ACS das Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes economicamente Ativos na ABS por meio dos registros na ficha A.

3. Revisão de literatura

O trabalho da criança e do adolescente na perspectiva da saúde coletiva

O trabalho da criança e do adolescente é um problema invisível para a maioria dos profissionais do Sistema Único de Saúde em seus diversos níveis de complexidade, embora este grupo etário seja prioritário nas ações da ABS, constituindo-se inclusive um dos seus principais programas o ACD (Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento) infantil. Historicamente a preocupação com o trabalho infantil não surgiu como uma temática do setor saúde. Esse problema foi objeto de organismos internacionais, do governo federal, do Fórum Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, do Ministério do Trabalho e Emprego, do Unicef, de organismos estaduais e do judiciário que o deram

visibilidade. Assim, o SUS deve assumi-lo e concebendo-o sobre a ótica da saúde (NOBRE, 2003).

Em geral, as crianças e adolescentes são vistos como "grupos de risco" ou como "grupos vulneráveis" para problemas como desnutrição, doenças infecciosas, gravidez na adolescência, até consumo de drogas e violências. No entanto, não estar na escola e estar trabalhando, algumas vezes em condições absolutamente perversas, inclusive sujeitas àquelas mesmas violências que se supõe seriam evitadas pelo trabalho, como é comum no trabalho doméstico ou no tráfico de drogas, não é percebido como uma forma de violência (NOBRE, 2003). O trabalho infantil é invisível para os serviços e práticas de saúde. O discurso presente em diversos segmentos sociais é que o trabalho infantil é uma solução para pobreza, e ainda, o tempo ocioso da criança pobre deve ser ocupado com o trabalho como estratégia de prevenção a cooptação pelo tráfico de drogas.

No Brasil, o trabalho infantil se associa à pobreza, desemprego e baixo nível de escolaridade dos pais (DANTAS; SANTANA, 2010; SANTANA; CARVALHO, 2011; FACCHINI et al., 2003; KASSOUF, 2005; OLIVEIRA; ROBAZZI, 2003) e também à violência na vizinhança e a falta de apoio social (DANTAS; SANTANA, 2010; SANTANA; CARVALHO, 2011). Os efeitos do trabalho sobre o processo saúde-doença na infância têm sido alvo de investigações científicas. Estudos realizados no país identificaram impactos negativos do trabalho infantil sobre o capital fisiológico infantil indicando que o trabalho precoce pode contribuir para acidentes de ocupacionais, afetando à saúde na infância e na vida adulta (DANTAS; SANTANA, 2010; SILVEIRA; ROBAZZI, 2006; FISCHER et al., 2005). Esse grave problema sócio-econômico traz repercussões psicossociais significativas no desenvolvimento cognitivo, emocional e social.

Estudos têm documentado que crianças enquanto trabalhadores enfrentam condições marcadas pela precariedade ocupacional, longas jornadas de trabalho, ganho reduzido ou inexistente e a negação do direito a formação educacional que possa no futuro lhes proporcionar melhores condições de inserção no mercado de trabalho (CARVALHO, 2008). Apesar da lenta diminuição, crianças em situação de trabalho ainda é uma realidade que ainda persiste no Brasil, presente especialmente nas regiões urbanas, nos grandes bolsões de pobreza, onde a utilização da força de trabalho infantil tem uma importante contribuição na economia familiar, fato que

colabora para a perpetuação da pobreza intergeracional e das iniquidades em saúde. A inserção prematura no mundo do trabalho tem repercussões no desempenho escolar relacionados à maior defasagem, evasão escolar e repetência (SANTANA et al, 2005). A tarefa de conciliar o trabalho com a educação por vezes obriga a dedicação exclusiva ao trabalho para a auto-subsistência, o traz que prejuízos a acumulação de capital humano.

Sabe-se que apesar dos avanços das políticas de proteção social por meio de programas como Brasil sem Miséria, do Programa de Erradicação Infantil, Mais Educação e Programa Bolsa Família e da posição de destaque ocupada pelo Brasil, internacionalmente pelos êxitos dessas estratégias, ainda persistem alguns problemas como a permanência do trabalho infantil. Dados recentes mostram que existem no Brasil ainda tem 906 mil trabalhadores abaixo dos 14 anos (IBGE, 2010) e que o MTE encontrou 89 novos focos de trabalho infantil no ano de 2010 no município de Salvador. Alguns casos têm levado ao cancelamento da bolsa. Com o aumento do acesso ao SUS, e da ampliação da cobertura da atenção primária programas importantes como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia de Saúde da Família, que trabalha a nível local com visitas regulares aos domicílios em áreas definidas, têm havido algumas iniciativas de articulação com ações focalizando o trabalho infantil no setor saúde.

Uma questão importante é aceitabilidade e tolerância social do trabalho infantil e suas justificativas ideológicas, tais como o trabalho enobrece, dignifica o ser humano; ou, é melhor trabalhar do que estar na rua, na marginalidade e na criminalidade, exposto às violências urbanas e do mundo moderno (ALVIM, 1994; GOMEZ & MEIRELLES, 1997; DIEESE, 1997). Esses discursos se reproduzem em dispositivos sociais importantes como tais como a escola, as equipes de saúde e as próprias famílias. Essas ideologias frequentemente aplicam-se sempre às crianças e adolescentes das camadas populares, o mesmo não é observado em relação às crianças de classes sociais mais abastadas, onde a valorização da formação educacional e cultural na infância ganha uma relevância muito maior que o trabalho em sua formação (NOBRE et al, 2002). Assim, as políticas e projetos educacionais profissionalizantes, ao invés de contribuir para o fomento da cidadania, acabam reforçando uma situação de exclusão social (GOMEZ & MEIRELLES, 1997; DIEESE, 1997; SCANLON et al, 2002).

Políticas sociais e a eliminação do trabalho infantil

O trabalho infantil é alvo de uma política consistente com interface em vários programas sociais e de saúde no Brasil com o propósito de preservação da infância, dos direitos individuais à vida, à saúde, acesso à alimentação e a educação, através da formulação de Leis e Estatutos que possam assegurar o desenvolvimento físico, mental, social e moral, respeitando a dignidade das crianças.

O Programa Bolsa Família (PBF) teve início em 2004, regulamentado pela Lei Federal 10.836/04, surgindo da unificação dos programas bolsa escola, auxílio gás e o cartão alimentação. Intitulado tecnicamente de mecanismo condicional de transferência de recursos, é hoje o principal programa social de combate à pobreza do Brasil e tem despertado interesse de vários pesquisadores e organismos internacionais sobre possíveis efeitos desse programa sobre o trabalho da criança e do adolescente.

O PBF baseia-se na transferência de renda para famílias economicamente desfavorecidas que atendam a determinadas condicionalidades. O programa possui três eixos principais: a transferência de renda, condicionalidades e os programas complementares. A transferência de renda beneficia famílias em estado de pobreza e extrema pobreza, promovendo a inclusão social.

As condicionalidades são compromissos firmados entre os beneficiários e o poder público para inclusão das famílias no programa e para a manutenção do benefício, além de ampliar o acesso à educação e à saúde. Dentre os compromissos pactuados com as famílias para concessão dos benefícios estão os referentes à educação, saúde e assistência social.

Os compromissos na esfera da educação são: crianças e adolescentes devem estar matriculados na escola regular, com frequência escolar mínima de 85%. As condicionalidades da saúde constituem-se em: cobertura vacinal atualizada das crianças menores de sete anos, acompanhamento pré-natal de mulheres, incentivo ao aleitamento materno exclusivo, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Na assistência social o combate ao trabalho infantil é uma das diretrizes do programa, crianças e adolescentes de até 15 anos em situação de trabalho, deverão

ser integrados ao PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) e também ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV).

A principal articulação do PBF com a política de saúde (SUS) ocorre por meio da Estratégia de Saúde da Família. É função das Secretarias Municipais de Saúde, através da Saúde da Família, fornecer os dados referentes às condicionalidades da saúde. O gerenciamento e acompanhamento do PBF são de responsabilidade dos três entes federados: união, estados e municípios.

Dados do IBGE (PNAD 2007) demonstraram que houve decréscimo na evolução do trabalho infantil no Brasil, na faixa etária de 5 a 17anos. Estimou-se um índice 17,8% em 1995, 11,7% em 2006, chegando a 10,6% em 2007. Porém essa diminuição não foi verificada entre os domicílios que recebiam recursos de programa sociais de transferência de renda do governo. Foi identificado em 2006, na faixa etária 5 a 17 anos, um número de ocupação maior nos domicílios particulares com recebimento de transferência monetária (14,6%) quando comparados àqueles que não recebiam (9,6%). A mesma situação foi observada na faixa etária de 5 a 13 anos, com 7,2% de incidência de trabalho infantil entre domicílios onde houve transferência de renda contra 2,8% onde a transferência não foi registrada. A permanência do trabalho da criança entre beneficiários de programa condicional de transferência de recursos pode indicar que o trabalho infantil ainda permanece com fonte de complementação de renda em grande proporção de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (SILVA e LIMA, 2010).

Os resultados de um estudo tipo caso-controle conduzido em Minas Geras que utilizou dados da PNAD apontaram que o programa Bolsa Família elevou a frequência escolar e reduziu a ociosidade de crianças, adolescentes, meninos e meninas, porém esses impactos foram modestos. Por outro lado, o programa não teve impactos significativos sobre as proporções de crianças, adolescentes, meninos e meninas que apenas trabalham ou trabalham e estudam (ARAÚJO et al, 2007).

Esses achados sugerem que intervenções que focalizem o trabalho infantil precisam ser pensadas globalmente na perspectiva da integração das diversas políticas e setores. Nesse aspecto específico o setor saúde tem um grande potencial para atuar no afastamento da criança do trabalho através de identificação dos casos, diagnóstico das crianças acidentadas no trabalho e encaminhamentos e construção de fluxos de referência social que permitam alternativas às famílias que não o trabalho da criança. Neste contexto a atenção básica pela sua grande abrangência e

capilaridade pode ser um importante instrumento para auxiliar a eliminação do trabalho infantil.

Atenção Básica em Saúde: espaço privilegiado para ações de Saúde do Trabalhador

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica tem como uma de seus fundamentos ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade.

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Programa Nacional de Saúde Indígena fazem parte da organização da ABS no Brasil. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

Inicialmente configurado como programa a Saúde da Família se inseriu no país como amplo projeto de reforma no setor saúde. Este movimento começa a se estruturar na década de 90, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS). Criado no contexto de expansão do PACS constitui conjuntamente com este a Estratégia de Saúde da Família, no âmbito do Sistema Único de Saúde com o objetivo de garantir a cobertura dos serviços básicos de saúde a um contingente populacional historicamente excluído deste tipo de serviço (TEIXEIRA; SOLLA, 2006)

Com o processo de municipalização o PSF foi estruturado em parceria com as secretarias estaduais de saúde, municípios e as instituições de ensino superior, procurando atingir prioritariamente as parcelas mais pobres da sociedade. (ARAÚJO, 2003).

Embora classificado como um programa, o PSF por suas especificidades, foge a esta concepção. Elaborado no nível central (Ministério da Saúde), não é uma intervenção verticalizada, complementar as atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, enquanto estratégia, reorganiza a rede de serviços, ficando como porta de entrada do sistema de saúde como um todo. Então, a partir daqui o utilizaremos o termo Estratégia de Saúde da Família e não mais programa. Assim, a ESF atua em um território definido para resolução e enfrentamento dos principais problemas de saúde da área adstrita.

A ABS é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, e se orienta por todos os princípios do SUS, inclusive a integralidade; todavia emprega tecnologia de baixa densidade tecnológica, que inclui um conjunto de procedimentos mais simples e mais baratos capazes de responder aos principais problemas de saúde, embora sua organização demande estudos de alta complexidade teórica (BRASIL, 2009).

As equipes da ABS têm o seu funcionamento através de uma Unidade Básica de Saúde ou uma Unidade de Saúde da Família. As equipes de Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, constituindo-se equipes mínimas. A equipe completa inclui o profissional cirurgião dentista. Contudo, outras categorias profissionais também podem ser incorporadas como é o caso daquelas que conformam o NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família - que fazem o acompanhamento das famílias cadastradas na ESF (ARAÚJO, 2003).

A Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS 98) define que todos os trabalhadores, independente de sua forma de inserção no mercado, devem ter acesso a todos os níveis de atenção à saúde, num movimento de integralidade,

onde não só ações assistenciais devem ser providas, mas também ações de vigilância e promoção à saúde, regidas pelos mesmos princípios do SUS.

A ABS é o contato preferencial do trabalhador seja para cuidados clínicos ou para o atendimento a agravos relacionados ao trabalho e pelo seu caráter universal tem alcance a todos os trabalhadores qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho (formal ou informal) dentro do domicílio ou fora dele. Assim, este nível de atenção tem um papel importante na produção de informações de interesse à saúde do trabalhador informal no SUS em especial do trabalho domiciliar infantil, que por sua natureza é mais difícil à identificação em ações do Ministério do Trabalho e Emprego. Portanto faz-se necessário aproveitar todos os contatos dos trabalhadores com o sistema de saúde, identificando as situações de trabalho, a ocupação, o ramo de atividade econômica, a relação da ocorrência do agravo (acidente ou doença) com trabalho nos diversos níveis de atenção do sistema público de saúde (FACHINI et al, 2005). Porém sabe-se que muito dos trabalhadores informais utilizam pouco os serviços de saúde, então o trabalho do agente comunitário assume um papel estratégico por acompanhar e monitorar os fatores de risco à saúde dos membros da família e o lugar do trabalho como determinante da saúde.

Outro aspecto importante é que ABS atende por demanda organizada à partir das necessidades sentidas que se tornam demandas visíveis pelo conhecimento do perfil epidemiológico de um dado território e pelas ações de vigilância. Em consonância com a noção de territorialidade marcante na organização do SUS, está a de que é no território onde se desenvolvem as atividades produtivas, e também onde se desenvolverão a doença e a morte dos trabalhadores (CHIAVEGATTO, 2010). Diferencia-se dos outros níveis de atenção em saúde pela ordenação do processo de trabalho em ações que se desenvolvem para além dos espaços físicos dos serviços de saúde alcançando grupos de trabalhadores que têm mais dificuldades de acesso, especialmente inseridos no trabalho informal.

Apesar dessas características, Dias et al (2009) assinala que a ABS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental. Assim, o desafio seria a inclusão efetiva das relações produção/trabalho-ambiente entre os determinantes hoje focalizados para a saúde. Para isto, é óbvia a necessidade de sensibilizar os profissionais da ABS e prepará-

los para reconhecer processos produtivos que ocorrem no seu território, e em especial, os informais domiciliares ou não e suas repercussões sobre o viver e o adoecer das pessoas. Portanto, a formação e o desenvolvimento dos recursos humanos para ações de saúde do trabalhador implicam em estratégias como a inserção de conteúdos de ST nos diversos processos formativos e de educação permanente, cursos e capacitações para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, de Saúde da Família e aos gestores (BRASIL, 2011).

O profissional que tem contato mais próximo com a comunidade é o Agente Comunitário de Saúde e por isso na produção do cuidado à saúde dos trabalhadores, os agentes desempenham papel fundamental, em especial, pela facilidade de acesso aos usuários no território de atuação, possibilitando a identificação do perfil ocupacional dos membros das famílias, das atividades produtivas desenvolvidas no espaço domiciliar e peridomiciliar, e dos fatores de risco para a saúde e o ambiente relacionados aos processos produtivos. O cuidado integral à saúde dos trabalhadores perpassa por ações de promoção e proteção da saúde, além da identificar de fatores de risco (LACERDA e SILVA et al, 2011). As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos/doenças podem ser sintetizadas em: a) o mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território de abrangência da unidade, incluindo o trabalho domiciliado; b) a identificação de fatores de risco para a saúde e o ambiente, relacionados ao trabalho; c) a orientação sobre medidas de prevenção de agravos e proteção do trabalhador, e d) a participação em ações de mobilização social. Na área de organização do cuidado, foram identificadas as ações de: a) identificação e acompanhamento do cuidado dos usuários acidentados no trabalho ou portadores de doenças relacionadas ao trabalho; b) identificação e análise de problemas e necessidades da população possivelmente relacionados ao trabalho, e c) a comunicação desses problemas às equipes de saúde (LACERDA e SILVA et al, 2011).

A vigilância do trabalho infantil no domicílio na ABS

Grande parte do trabalho informal que ocorre no domicílio incorpora mão de obra infantil, sobretudo nos grandes conglomerados urbanos e nos bolsões de pobreza. A baixa renda familiar é conhecida como determinante da incorporação de outros membros familiares como força de trabalho, com objetivo de aumentar a produtividade dos pequenos negócios baseados em domicílio. A participação de crianças neste tipo de atividade não é incomum. Vieira (2009) assinala que a extensão das práticas de trabalho no meio familiar não se restringe àqueles que compõem o núcleo produtivo, mas, nos períodos de maior intensificação do trabalho o cônjuge e os filhos colaboram com a produção.

A possibilidade de conciliar os afazeres domésticos, o cuidados com os filhos, mantendo-os ocupados com alguma atividade produtiva que possa afastá-los da violência das ruas, da cooptação pelo tráfico de drogas e ao mesmo tempo a possibilidade de contribuição com o orçamento familiar, é um importante determinante do trabalho da criança. Nesse sentido a ocupação da criança neste tipo de atividade funcionaria como um monitoramento e controle para pais ou responsáveis.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) coloca o trabalho em domicílio como uma modalidade de trabalho intermediária entre a autonomia, enquanto donos dos meios de produção e instrumentos de trabalho, e a dependência como empregados assalariados. Este fato limita a sua mensuração, por isso muitos teóricos o denominam de economia subterrânea e ou trabalho invisível (BRUSCHINI, 1993; KREIN; PRONI, 2010)

Para a Organização das Nações Unidas (ONU) a falta de informação sobre as atividades desenvolvidas em pequenas unidades de produção (domiciliares ou não), sobretudo nos países em desenvolvimento subtrai importantes elementos do planejamento econômico e ações de saúde do trabalhador. Negligenciar o papel dessas unidades na produção de bens no uso de recursos e na geração de oportunidades de trabalho pode conduzir a formulação de estratégias políticas inadequadas e conseqüentemente, a uma alocação inapropriada dos recursos financeiros escassos (ONU, 1986).

Mensurar a magnitude deste tipo de trabalho não é tarefa fácil. No Brasil, as principais pesquisas que trazem informações sobre o trabalho domiciliar é a

Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) e a Pesquisa da Economia Informal Urbana.

Grande parte do trabalho de crianças e adolescentes está inserida na chamada economia informal urbana. Neste sentido Araújo (2010) assinala que o trabalho informal consiste muitas vezes em uma alternativa não só ao desemprego, mas também ao emprego formal, possibilitando, inclusive, uma forma possível de ascensão social. Porém estes trabalhadores encontram dificuldades de acesso ao microcrédito para ampliar e formalizar a pequena unidade de produção, fato que contribui para a permanência na informalidade e manutenção de crianças e adolescentes em situação de trabalho. Para Guimarães (2002) o conceito de reprodução da força de trabalho envolve desde o desgaste físico e psicológico do trabalhador como indivíduo até a organização familiar, a incorporação de mulheres e crianças no mercado de trabalho, os mecanismos de aprendizagem e controle no interior das unidades domésticas.

Outro fator apontado por Araújo (2010) é que embora as famílias demonstrem o desejo de trabalhar fora do local de moradia para romper o isolamento em que vivem e conseguir uma separação entre o trabalho e a esfera familiar, o que muitas vezes é dificultado pela ausência de serviços e de equipamentos públicos voltados para cuidados com crianças como creches e escolas em tempo integral. Outro aspecto importante é a relação entre trabalho e saúde deste grupo populacional.

Faz parte do escopo de ações da ABS a vigilância das atividades econômicas domiciliares no território de abrangência das equipes de ESF e PACS (NOST-SUS). É também, responsabilidade do SUS, o monitoramento do trabalho realizado no espaço do domicílio. Para essa população de trabalhadores o SUS é a principal política de proteção social, ficando descobertos pela seguridade como a Previdência Social e as ações de inspeção do Ministério do Trabalho e Emprego.

Um conjunto de informações importantes pode ser obtido através da ABS como a identificação do perfil ocupacional das famílias acompanhadas por essas equipes, a proporção de famílias que realizavam atividades produtivas no domicílio e se há crianças envolvidas com este tipo de atividade. Uma oportunidade de obter essas informações é durante o processo de cadastro e atualização das famílias pelo ACS, através do preenchimento adequado da Ficha A da ABS no “campo ocupação” e o registro de atividade econômica domiciliar no espaço para observações e a

capacitação da equipe de saúde da estratégia de saúde da família e das Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para utilização do Protocolo Atenção integral de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos.

4. Quadro teórico

Apesar de o trabalho infantil ser um fenômeno social complexo e multifatorial, há certo consenso na literatura especializada que o nível sócio econômico é um importante preditor da inserção de crianças e adolescentes em atividades econômicas em sociedades em desenvolvimento (BASU,1998; KASSOUF, 2005; CARVALHO & SANTANA, 2005).

Uma grande proporção das crianças que trabalham é oriunda de famílias pobres inseridas no mercado de trabalho informal. Embora sejam baixos os rendimentos auferidos pelas crianças, sua participação na economia doméstica tem um peso importante, sobretudo em regiões urbanas (FACCHINI et al, 2003). Para essas famílias o trabalho infantil constitui um importante meio de sobrevivência material, de acesso a bens de consumo e possibilidade de ascensão.

Os rendimentos dos adultos são determinantes da participação de crianças nos rendimentos familiares e estes são resultantes do trabalho de todos os seus membros, inclusive das crianças que trabalham. Fatores econômicos como a forma de inserção dos pais no mercado de trabalho, a economia informal, o desemprego podem influenciar as taxas de trabalho infantil. Estudos mostram que crianças que trabalham têm maiores probabilidades de terem rendimentos mais baixos na vida adulta (KASSOUF, 2000; FERRO, 2005). Este fenômeno suscita o trabalho infantil como possível transmissor intergeracional da pobreza, pela ausência de investimento em capital humano nesta fase do ciclo de vida (EMERSON; SOUZA, 2005). Dessa forma intervenções focalizando o trabalho infantil não podem desconsiderar o papel da pobreza. Estudos evidenciaram associação negativa entre renda familiar e ocorrência de trabalho infantil. A melhora na renda familiar esteve associada a uma maior probabilidade de manter a criança na escola e afastada do trabalho (KASSOUF, 2002).

Do ponto de vista das ciências econômicas, a entrada de crianças no mercado de trabalho guarda relação com a oferta e a demanda desse tipo de mão-

de-obra em geral mais barata que os adultos, com incapacidade de organização e baixo poder de reivindicação (SILVEIRA et al, 2010; ZAHER- et al, 2001). A própria estrutura do mercado de trabalho capitalista e a hegemonia dos interesses de reprodução ampliada do capital produzem e reproduzem espaços favoráveis à inserção de crianças e adolescentes em atividades produtivas. A situação econômica pode ser tão adversa que muitos pais vedem a força de trabalho de seus filhos menores para os mercados que exploram a mão-de-obra infantil.

A contribuição da escolaridade dos pais para explicação da alocação do tempo da criança dedicado ao trabalho e a escola tem mostrado consistência teórica e empírica. Sob o ponto de vista do capital humano, a escolaridade dos pais guarda relação com o investimento em capital humano dos filhos, relacionado à educação formal com a manutenção da criança na escola. Indivíduos com maior nível de escolaridade em geral tem maior qualificação para o mercado de trabalho, melhores oportunidade de emprego e rendimentos. Teoricamente, pais com nível mais elevado de escolaridade tendem a priorizar a educação em relação ao trabalho. Esse fenômeno em parte é explicado tanto pelo acesso a informação, como pela ascensão sócioeconômica propiciada pela melhor escolaridade.

Estudos sugerem haver diferenças de gênero com relação à escolaridade dos pais e a situação de trabalho e frequência escolar dos filhos. Enquanto a escolaridade da mãe tem se mostrado associada a frequência escolar, a do pai está associada ao trabalho infantil (KASSOUF, 2005).

No Brasil os achados empíricos têm mostrado uma maior proporção de pessoas do sexo feminino com maior nível de escolaridade quando comparado ao masculino. Esses resultados sugerem que mulheres valorizam a acumulação de capital humano, estendendo-o para os filhos. Diferentemente, o estudo de corte conduzido por Itaparica & Santana (2005) no município de Salvador demonstrou associação negativa entre escolaridade da mãe e TI, o mesmo achado foi encontrado em um estudo de corte transversal conduzido Diniz & Assunção (2008) em Belo Horizonte. Por outro lado, pais que trabalharam e não freqüentaram a escola na infância, são mais inclinados a reproduzir essa situação para os filhos menores (OLIVEIRA; ROBAZZI, 2001).

A família e suas diversas estruturas e configurações é um elemento importante na conformação da proteção social e econômica de seus membros. No Brasil a família desempenha um papel importante na provisão do bem-estar,

viabilizando a reprodução social. Trabalho e família continuam sendo o eixo organizador ao longo ciclo de vida (GOLDANI, 2002; MIOTO, 2010).

A família caracteriza-se como um espaço complexo, que se constrói através de relações e negociações entre os membros e outras esferas sociais como o Estado, trabalho e o mercado. Existe um reconhecimento cada vez maior do papel da família na gestão dos riscos sociais e nas condições de vida de seus membros e como corresponsável pelo desenvolvimento dos cidadãos (MIOTO, 2010; CARVALHO, 2010).

As características familiares são fatores importantes na determinação do TI, uma vez que, hierarquicamente, os pais são os responsáveis por organizar a alocação do tempo do filho, lazer, estudo e trabalho. A estrutura familiar com relação a composição, inserção da mãe no mercado de trabalho, posição de chefe no domicílio são fatores no sistema de determinação do TI. Estudos encontraram como fatores associados ao TI, o tamanho, estrutura e composição familiar (CARDOSO; SOUSA, 2004; DINIZ, 2008).

Famílias extensas, com grande número de membros têm maior chance de terem crianças trabalhadoras (CARDOSO; SOUZA, 2003). Mas este fator deve ser relativizado pela idade dos filhos, pois quanto maior for números de filhos adultos menor será a probabilidade nos menores trabalharem já que em tese poderiam estar contribuindo a economia doméstica. Diferentemente, o estudo conduzido por Kassouf (2005) não evidenciou associação entre idades dos irmãos e probabilidade de ocorrência de TI.

A estrutura familiar monoparental, contribui para a assimetria de rendimentos, uma vez que a ausência do chefe de família proporciona a sobrecarga de despesas já que apenas um indivíduo adulto passa a contribuir na economia doméstica familiar. A situação da mulher ocupando a posição de chefe no domicílio aumenta a probabilidade dos filhos trabalharem (MARQUES, 2001; DINIZ, 2008). As diferenças de gênero e assimetria de rendimentos entre mulheres e homens, possivelmente é parte da explicação para os resultados encontrados. Historicamente, famílias monoparentais chefiadas por mulheres em geral têm renda per capita mais baixa quando comparadas aquelas cujo chefe é do sexo masculino, a necessidade manter a reprodução tornam essas famílias mais suscetíveis a recrutar os membros menores para o mercado de trabalho.

Uma importante dimensão para o enfrentamento do trabalho infantil é o reconhecimento do trabalho da criança como um problema de saúde pelos trabalhadores da saúde. Embora ele não seja uma doença propriamente, é uma exposição que pode trazer prejuízos ao capital fisiológico, com perturbações no crescimento e desenvolvimento infantil, acidentes e morte. Do ponto de vista das ciências sociais, uma das maiores dificuldades em comunidades de baixa renda é aceitação social do trabalho envolvendo esse grupo etário, o que se reflete no reduzido número de notificação nos sistemas de informação em saúde, fato que impede mensurar a real magnitude do problema especialmente o trabalho em domicílio, dado a sua natureza e as questões legais que ele envolve.

Por outro lado, ainda persistem nos serviços de saúde os resquícios de um modelo de atenção à saúde centrado no procedimento, que privilegiada a consulta clínica individual, pouco atuante na vigilância dos ambientes de trabalho, pilar fundamental para a prevenção de danos relacionados ao trabalho (SANTOS; LACAZ, 2011). No entanto, esse modelo apresenta um impacto pequeno na intervenção e processos de trabalho nocivos à saúde. O Sistema Único de Saúde rompe com essa lógica ao incorporar ao processo de trabalho em saúde, a visita domiciliária. Tendo em vista a inviolabilidade do domicílio, o único alcance para se realizar ações de vigilância desses processos produtivos é o trabalho das equipes de PACS e de ESF.

5. Material e métodos

Trata-se de um estudo de intervenção antes e depois (pré-post), realizado em uma área urbana do município de Salvador e Distrito Sanitário do SUS, denominado de Distrito Sanitário da Liberdade, DSL. Esta pesquisa é um recorte do projeto multicêntrico “ Estudo sobre o desenvolvimento saudável e a resiliência em jovens” desenvolvido pela McGill University, Canadá e em parceria com quatro países: Brasil, Bangladesh, Níger e Paquistão. No Brasil a pesquisa é coordenada pelo Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalho (PISAT) do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, do qual fazem parte pesquisadores e alunos do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Vantagens e desvantagens

Estudos de intervenção tipo antes e depois, com uma medida de linha de base (antes da implementação de um treinamento) e as séries temporais, que envolvem medidas repetidas para identificação de tendências nos indicadores estudados são úteis para avaliação de impacto. A estratégia de vincular um treinamento envolvendo a Atenção Básica em Saúde para vigilância do trabalho infantil apresenta várias vantagens: a Estratégia de Saúde da Família tem grande capilaridade e receptividade pela população e está presente em todo território nacional, o território de atuação das equipes da ABS é local de atividades de trabalho remunerado, pois são comuns as empresas familiares e domiciliares, o trabalho informal que se desenvolve no próprio bairro e que pode recrutar mão-de-obra infantil. Com visitas regulares é possível a identificar as famílias com esse tipo de trabalho, reconhecer quais são problema de saúde desse grupo populacional e sua relação com o trabalho, indicação de fontes alternativas de renda e inclusive o afastamento da criança do trabalho. Porém este tipo de desenho apresenta limitações para avaliar se os resultados são de fato devido a intervenção ou não, por não leva em consideração potenciais confundidores ou modificadores de efeito.

Área do estudo

A área do estudo será o Distrito Sanitário da Liberdade (DSL). A área de abrangência do distrito possui 6,65 Km² compreendendo um total de 25 bairros, com uma população estimada em 150.000 pessoas e densidade de 22. 663 hab\Km². O DSL conta com equipamentos sociais como creches (n=12), escolas (n=44), instituições religiosas incluindo igrejas e terreiros de candomblés (n=35), ONGs e associações de bairro (n= 35).

O Distrito Sanitário Liberdade possui 132 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que formam 11 (onze) equipes, sendo cinco Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) distribuídas nas seguintes unidades: Centro de Saúde Bezerra Lopes –equipes; Centro de Saúde Maria Conceição Santiago Imbassahy – duas equipes; C.S. São Judas Tadeu –equipe; e seis equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) distribuídas na USF San Martin –quatro equipes e USF Santa Mônica – duas equipes. Todos estão em plena atividade e são responsáveis por visitar e assistir **22.091** famílias cadastradas, o que corresponde a uma cobertura de 40,4% de EACS e 16% de ESF totalizando 56,4% de cobertura do território do DSL.

População de estudo

A população do estudo (pós-intervenção) consiste de todas as crianças com idades de 6 a 17 anos de famílias cobertas pela ABS no DSL e registrados na Ficha A. A população do estudo será obtida através de um banco de dados construído com base na digitação das fichas A atualizadas pelos agentes comunitários de saúde, para qual a primeira análise de impacto da intervenção será realizada por meio dos registros das fichas de três equipes de ESF (equipes verde, amarela, vermelha) e duas equipes de PACS.

Critérios de inclusão e exclusão

Serão incluídas todas as famílias com crianças de 6 a 17 anos cobertas pela Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários do Distrito Sanitário da Liberdade. Serão excluídas do estudo as famílias de crianças cujo ACS encontra-se em licença maternidade, ou licença prêmio ou afastados do trabalho por tempo que exceda três meses do período da coleta de dados. Para os ACS que se encontrarem de férias e por esse motivo não participarem da intervenção, será realizado um treinamento individual a fim de reduzir as perdas.

Intervenção

Os Agentes Comunitários de Saúde que compõem as equipes do PACS e ESF e os Enfermeiros Supervisores do Distrito Sanitário da Liberdade serão convidados formalmente a participar de um treinamento em serviço (ANEXO 3) sobre Saúde do Trabalhador na Atenção Básica com carga horária de oito horas. Essa atividade constará de aulas expositivas dialogadas, estudos de caso-família e plenária de discussão, com objetivo de inserir as ações de saúde do trabalhador e o protocolo DAISCEA/MS às práticas de saúde das equipes da ABS. O treinamento em serviço para identificação, registro de casos de trabalho infantil e encaminhamentos dos casos prioritários será baseado nas Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos - instrumento normativo do Ministério da Saúde para o combate ao trabalho infantil, a partir da rede SUS.

A atividade será realizada no próprio DSL em horário que não prejudique a rotina dos serviços sendo previamente acordada com a gestão local do distrito de saúde. O treinamento será desenvolvido pelos pesquisadores do Programa Integrado de Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT) do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, CERESTSalvador. As enfermeiras supervisoras do PACS e as enfermeiras da ESF também serão convidadas para participar do treinamento, pois são as responsáveis técnicas do trabalho do ACS, acompanham o cumprimento das atribuições, além de orientarem o fazer cotidiano do ACS. O treinamento terá como proposta pedagógica

um ciclo de atividades interativas, inclusivas e dialógicas que permita a ampla participação dos cursistas (trabalhadores da ABS) privilegiando a autonomia dos sujeitos e as experiências prévias do trabalho dos ACS para a construção coletiva do conhecimento.

A proposta do 1º ciclo de treinamento foi encaminhada para apreciação da Coordenação do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador (CESAT-BA) e colaboração através da participação do seu corpo técnico nas atividades pedagógicas.

Coleta de dados

Pré- intervenção

Na fase pré-intervenção os dados serão analisados com base no Sistema de Informação da Atenção Básica. A população do estudo antes da intervenção será definida a partir de duas bases de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que são construídas separadamente até 14 anos de idade e acima de 14 anos.

Pós-intervenção

Será realizada a coleta das Fichas A preenchidas após a intervenção, para digitação. Como as fichas não podem sair da unidade de saúde e não se dispõe de pessoal suficiente, serão contratados digitadores, e constituído espaços próprios de trabalho para a construção de uma base de dados individuais, do DSL, que ainda não há. Bolsistas de graduação serão recrutados, selecionados e treinados para acompanhar o preenchimento da Ficha A por um período de três meses nas unidades de saúde do DSL. Esses bolsistas também serão responsáveis por digitar os dados das fichas atualizadas pelos ACS.

Instrumento de coleta de dados

A Ficha A (anexo 1) é um instrumento de coleta de dados que alimenta o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A Ficha A é preenchida nas primeiras visitas que o ACS faz às famílias de sua comunidade. Deve ser preenchida uma ficha por família. As informações recolhidas - identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais que permitem às equipes de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções (BRASIL, 2003).

Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e as condições de moradia e saneamento. Onde o sistema estiver informatizado, as alterações registradas pelo ACS devem ser incluídas imediatamente no banco de dados, de forma a permitir sua contínua atualização. Caso contrário, a consolidação dos dados do cadastramento deve ser realizada anualmente, no mês de janeiro, através do preenchimento dos Relatórios A1, A2, A3 e A4 (BRASIL, 2003).

Toda vez que cadastrar ou desligar uma família, o agente deve levar a Ficha A para a reunião mensal para discutir com o instrutor/supervisor. Neste caso, o número de famílias cadastradas deve ser alterado nos Relatórios SSA-2 e SSA-4 e, onde o sistema estiver informatizado, os dados da família devem ser incluídos ou excluídos do banco de dados (BRASIL, 2003).

Figura 1- Modelo Lógico do 1º Ciclo da Intervenção

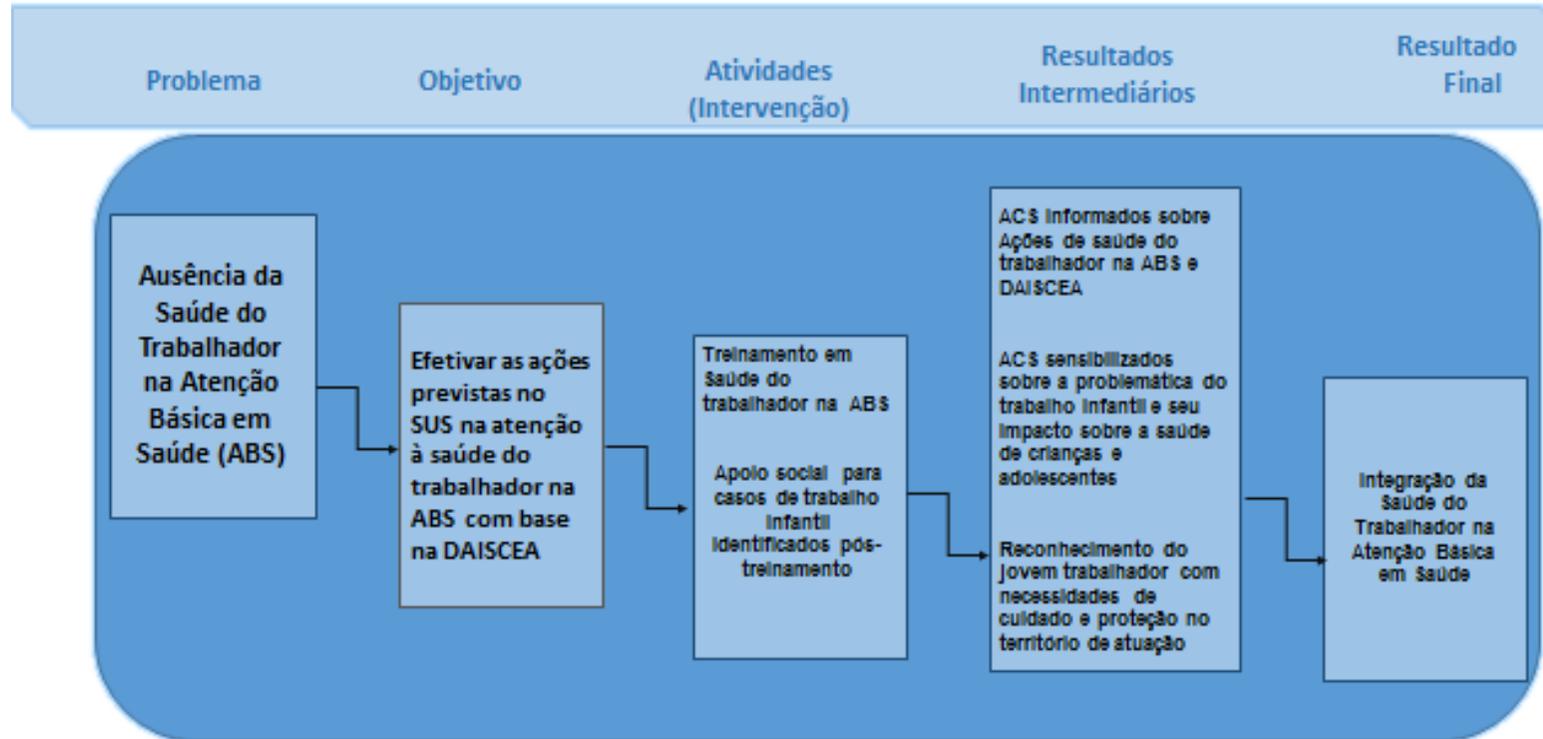
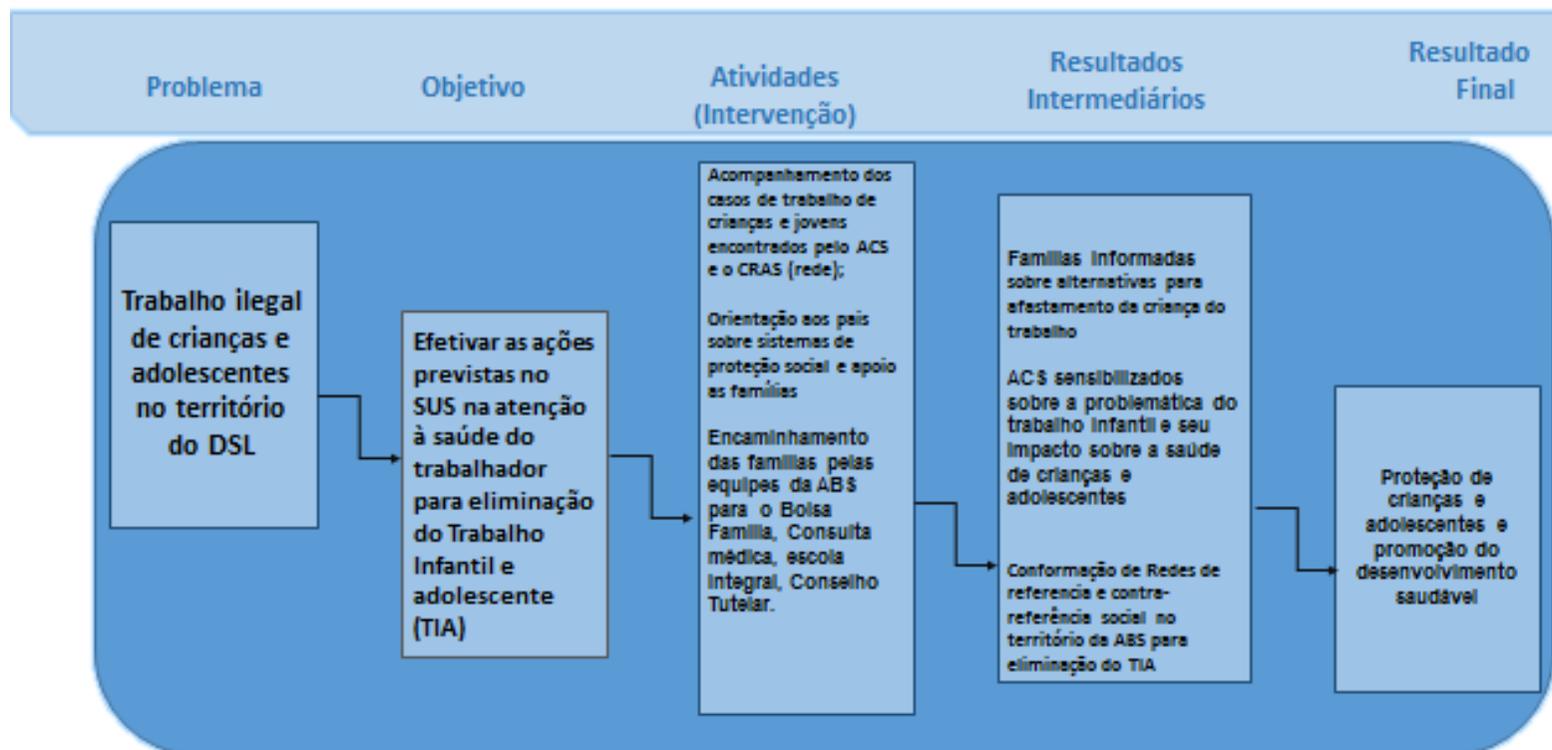


Figura 2- Modelo Lógico do 2º Ciclo da Intervenção



Definição das variáveis

Variável desfecho: Para este estudo, a variável “intervenção” será definida como 0=antes (pré) e 1=depois (pós) e o desfecho o “registro da ocupação de crianças e adolescentes” na Ficha A, que contempla todos os membros familiares. Serão consideradas crianças e adolescentes trabalhadoras aquelas com o registro de ocupação remunerada entre 6 a 17 anos de idade. Estudantes, e os que trabalharem para a própria família em atividades domésticas não serão considerados como trabalhadores.

Variáveis descritoras: idade em grupo de anos, sexo, número de pessoas na família, frequência escolar, tipo de serviço (PACS ou ESF) e atividade econômica domiciliar.

Variáveis individuais

- ✓ Idade, em grupo de anos;
- ✓ Sexo feminino/masculino
- ✓ Frequência escolar
- ✓ Ocupação

Variáveis familiares

- ✓ N° de pessoas na família
- ✓ Tipo de cobertura de serviço (PACS ou ESF)

Plano de análise

A análise descritiva será realizada com medidas de tendência central (média, mediana e desvio-padrão) e medidas de dispersão (desvio-padrão) das variáveis contínuas. A medida utilizada para mensurar o impacto após a intervenção será a Variação Proporcional Percentual (VPP) obtida pela diferença de prevalência de trabalho infantil antes e após a intervenção, que por sua vez é comparada ao valor

referente (prevalência antes da intervenção). O Programa Epiinfo versão 6.0 será utilizado para entrada de dados da Ficha A. O pacote Statistical Analysis Software (SAS®) versão 9.0 for Windows será utilizado para análise dos dados.

Aspectos legais e éticos do estudo

Uma preocupação de estudo refere-se à observância dos aspectos éticos e legais envolvendo pesquisa com seres humanos em especial na pesquisa com populações vulneráveis. Para tanto o referido projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e todos os seus membros serão informados dos aspectos éticos envolvidos no estudo, sobretudo aqueles relativos aos indivíduos vulneráveis.

O trabalho de crianças e adolescentes por se tratar de atividade proibida abaixo de 14 anos, e tolerada somente na condição de aprendiz na faixa de idade entre 14 anos e 16 anos, ainda em atividades que não envolvam riscos à saúde e a moral, neste sentido o treinamento dos agentes comunitários de saúde envolverá também o conteúdo e treinamento para ações previstas nas diretrizes do SUS para atenção à saúde de crianças economicamente ativas, que norteia as ações dos profissionais de saúde na ocorrência de crianças em situação de trabalho. Este estudo estará sendo realizado em estreita articulação com os serviços de saúde de modo a capacitá-los para a proteção integral da criança e do adolescente em situação de trabalho. Sendo assim, não interferirá diretamente na relação profissional de saúde com o usuário, que tem a responsabilidade do cuidado.

Todos os membros da equipe serão informados dos aspectos éticos envolvidos no estudo e em especial no que se refere a trabalhos com vulneráveis. Atenção especial será dada ao fato do trabalho infantil ser ilegal, e ao mesmo tempo ser tolerado pela população e profissionais de saúde. Este estudo estará sendo realizado em estreita articulação com os serviços de saúde de modo a capacitá-los para a proteção integral da criança e do adolescente em situação de trabalho. Sendo assim, não interferirá diretamente na relação profissional de saúde com o usuário, que tem a responsabilidade do cuidado. Entretanto, as equipes de saúde estarão sendo instrumentalizadas a informar e às famílias quanto alternativas de apoio

social, referenciando e encaminhando os casos encontrados para os serviços presentes no próprio Distrito de Saúde como Programas de Transferência de renda, Centro de Referência Social, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Conselho Tutelar, escolas em tempo integral, que podem contribuir para o afastamento da criança e do adolescente do trabalho ilegal e perigoso.

Atendendo a Resolução 196, e por se tratar de um projeto com cooperação estrangeira (McGill University) , o mesmo será submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para aprovação final, após aprovação prévia do CEP local.

7. Orçamento

Proposta de orçamento						
Projeto: TRABALHO INFORMAL, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA FAMÍLIA: O PAPEL DA APS						R\$ 56.800,00
	Qt (1)	Período (2)	Valor Unit (3)	Sub-Total (4=1x2x3)	Encargos (5)	Total (4+5)
Atividade 1 – Contratação de bolsista- assistente de pesquisa						R\$ 45.200,00
Bolsista de Graduação	2	6	900,00	10.800,00	-	10.800,00
Bolsista de Pós-graduação	1	8	1.800,00	14.400,00	-	14.400,00
Bolsista de Assistente Pesquisa	1	8	2.500,00	20.000,00	-	20.000,00
Atividade 2 - Oficina com Agentes Comunitários						10.950,00
Impressão de cartazes, folders, convites	210	1	5,00	1.050,00	-	1.050,00
Impressão de material didático	4000	1	0,20	800,00	-	800,00
Lanche	140	1	10,00	1.400,00	-	1.400,00
Confecção de pastas	140	1	15,00	2.100,00	-	2.100,00
Kit ACS (filtro solar, boné, garrafa squeeze, lápis, borracha, apontador, caneta)	140	1	40,00	5.600,00	-	5.600,00
Atividade 3 - Treinamento dos Digitadores						650,00
Confecção camisas	15	1	10,00	150,00	-	150,00
Material de escritório e informática	1	1	500,00	500,00	-	500,00

8. Referências

ALVIM, R. **O trabalho infanto-juvenil em discussão**. Terceirização: diversidade e negociação no mundo do trabalho. Hucitec: São Paulo, 1994.

ARAÚJO, Edmar Augusto Santos. **Análise sóciodemográfica e de gênero do trabalho baseado em domicílio por conta própria no Brasil, 1992-2008**. Dissertação (Mestrado em estudos populacionais e pesquisas sociais). Escola Nacional de Ciências estatísticas (IBGE), 2010.

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos de. **Prática profissional e construção da identidade do Enfermeiro no programa de saúde da família**. Programa de Pós-Graduação em Sociologia – UFPB, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2003.

ARAÚJO, Guilherme Silva; RIBEIRO, Rosana ;NEDER, Henrique Dantas. Impactos do Programa Bolsa Família sobre o trabalho de crianças e adolescentes residentes na área urbana. Classificação **JEL**: J88, J80.

BASU, K.: VAN, P. The economics of child labor. **American economic Review** 88, 412-27 p., 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente**. Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria de Inspeção do Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Atenção Integral a Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRUSCHINI, Cristina; RIDENTI, Sandra. —Desvendando o oculto: família e trabalho domiciliar em São Paulo. In: **O Trabalho Invisível**. Estudos sobre trabalhadores a domicílio no Brasil. Rio de Janeiro, Rio Fundo Ed., 1993. pp. 83-125.

CARDOSO, Eliana; SOUZA, André Portela. **The impact of cash transfers on child labor and school attendance in Brazil**, Working Papers 0407, Department of Economics, Vanderbilt University, 2004.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de. O trabalho infantil no Brasil contemporâneo. **Caderno CRH**. v. 21, n.54, p. 551-569, Set./Dez. 2008.

CHIAGEGATTO, Cláudia Vasque. **Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais**. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

DANTAS, Rosa Amélia; SANTANA, Vilma Sousa. Child and adolescent labor, socioeconomic status, and reduced adult height. **International Journal occupational and Environmental Health**. v. 16, n.2, p.153-159, 2010.

DIAS, Elizabeth Costa; RIGOTTO, Raquel Maria; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; CANCIO, Jacira; HOEFEL, Maria da Graça Luderitz. Saúde ambiental e do trabalhador na atenção primária à saúde no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 14, Núm. 6, dez, 2009, p. 2061-2070.

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e; CHIAVEGATTO, Cláudia Vasques; REIS, Juliana do Carmo; CAMPOS, Augusto de Souza. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). In: **Saúde do trabalhador na sociedade contemporânea brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

Dieese 1997. **Trabalho infantil**. Dieese, São Paulo.

DINIZ, Michele dos Santos. **A prática do trabalho infantil entre os beneficiários do programa bolsa-escola belo horizonte: um estudo sobre os determinantes sócio-demográficos**. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

EMERSON, Patrick M.; SOUZA, André Portela. **The inter generational persistence of child labor**. Social Protection Discussion Paper Series. Social Protection Human Development Network the World Bank. n.0517, 2005.

FACCHINI, Luiz Augusto; FASSA, Anaclaudia Gastel; DALL' AGNOL, Marinel; MAIA, Maria de Fátima Santos. Trabalho infantil em pelotas: perfil ocupacional e contribuição à economia. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.8, n. 4, p. 953-961, 2003.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Sistema de Informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 857-867, 2005.

FEIJÓ, Carmem Aparecida; VALENTE, Elvio. Estatísticas domiciliares e políticas públicas: uma discussão sobre o conceito de família e domicílio. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 547-572, 2003.

FERRO, Andréa Rodrigues & KASSOUF, Ana Lúcia. Avaliação do impacto dos programas de Bolsa Escola sobre o trabalho infantil no Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v.35, p.417, dezembro, 2005.

FISCHER et al. Efeitos do trabalho sobre a saúde de adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.8, n.4, p.973-984, 2003.

FISCHER, Frida Marina; OLIVEIRA, Denize; NAGAI, Roberta; TEIXEIRA, Liliane; LOMBARDI JUNIOR, Márcio; LATORRE, Maria do Rosário; COOPER, Sharon P. Job Control, Job demands, social support at work and health among adolescent workers. **Rev. Saúde Pública**. V. 39, n.2, p.245-53, 2005.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, fev. 2006.

GOLDANI, Ana Maria. Família, gênero e políticas: família brasileira nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista Brasileira de Estudos de População**. ,V 19, n. 1, p. 29-48, 2002.

GOMEZ, C.M; MEIRELLES, Z.V 1997. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública V.13(Supl. 2)**, p.135-140.

GUIMARÃES, Iracema Brandão. Família, mercado de trabalho e estratégias no meio urbano. **CADERNO CRH**, Salvador, n. 37, p. 235-252, jul./dez. 2002.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) 2010. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio- PNAD**. 2010. IBGE, Rio de Janeiro.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) 2003. **Pesquisa Economia Informal Urbana- ECINF** 2003. IBGE, Rio de Janeiro.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Famílias: conversas sobre política pública e práticas. In: **Família contemporânea e saúde- significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CARVALHO, Martha Suely Itaparica. **Trabalho remunerado de crianças e adolescentes- um estudo sobre fatores associados: demográficos, familiares, sociais e espaciais**. Tese de doutorado (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2005.

KASSOUF, Ana Lúcia. O efeito do trabalho infantil para os rendimentos e a saúde dos adultos. Escola de Agricultura e Economia: UNICAMP, 2005.

KASSOUF, Ana Lúcia; FERRO, A. Avaliação do Impacto dos Programas de Bolsa Escola no Trabalho Infantil no Brasil. *Revista Pesquisa e Planejamento Econômico, PPE*, Rio de Janeiro, v. 35, n.3, p. 417-444, 2005.

KASSOUF, Ana Lúcia. Trabalho Infantil: causas e conseqüências. Escola de Agricultura e Economia: UNICAMP, 2005.

KREIN, José Dari; Proni; Marcelo Weishaupt. **Economia informal: aspectos conceituais e teóricos**. Escritório da OIT no Brasil. - Brasília: OIT, 2010 .

LACERDA E SILVA, Taís; DIAS, Elizabeth Costa; RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.38, p.859-70, jul./set.

MARQUES, W.E.U. **Infâncias (pre)ocupadas: trabalho infantil, família e identidade**. Brasília: Plano Editora, 2001. 279 p.

MARTINEZ, Thiago Sevilhano. **O trabalho domiciliar feminino no Brasil: determinantes familiares e produtivos do trabalho remunerado exercido no próprio domicílio**. Dissertação de mestrado (Mestrado em economia). Departamento de Economia, Administração e Contabilidade da USP, 2008.

MIOTTO, Regina Célia Tamasso. A família com referência nas políticas públicas: dilemas e tendência. In: **Família contemporânea e saúde- significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

NOBRE, Letícia Coelho da Costa. **Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde**.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. O trabalho na vida dos adolescentes: alguns fatores determinantes para o trabalho precoce. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* , Maio 2001, vol.9, no.3, p.83-89.

SANTANA, Vilma; COOPER, Sharon P.; ROBERTS, Robert E.; ARAÚJO-FILHO, José. Adolescents students who work: Gender differences students in school performances and self-perceived health. **International Journal occupational and environmental health**. v.11, n.3 JUL/SEP, 2005.

SANTANA, Vilma Souza; SILVA, Jandira. **20 anos de saúde do trabalhador no SUS**. Secretaria de Vigilância da Saúde. Ministério da Saúde : Brasília, 2008.

SANTANA, Vilma Souza; CARVALHO, Martha Suely Itaparica de. Social contextual factors contributing to child and adolescent labor: an ecological analysis. **Rev Saúde Pública**, V. 45, n.4, 2011.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 87-105.

Scanlon TJ, Prior V, Lamarão MLN, Lynch MA & Scanlon F 2002. Child labour. Vast problem whose effects on childrens health remain largely unstudied. **British Medical Journal** 325:401-403.

SILVA, Maria Ozanira da Silva; LIMA, Valéria Ferreira Santos de Almada. **Avaliando o Bolsa Família: unificação, focalização e impactos**. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVEIRA, Renata C. da Penha; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. As crianças e adolescentes trabalhadores acidentados no trabalho e atendidos em uma unidade básica distrital em Saúde Ribeirão Preto (SP). **Ciência, Cuidado e Saúde**. V.5, n.2, p. 158-165, mai/ago.2006.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

VIEIRA, Meire Cristina da Fonseca. **O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador: uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009**. Dissertação de mestrado (Mestrado Profissional em Saúde Pública e meio-ambiente). Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

ZAHER, V.L, et al. Saúde e Trabalho. In Saito, M. I. e Silva, L.E.V. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

APÊNDICE

TREINAMENTO EM SERVIÇO

TREINAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

OBJETIVO GERAL

Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde de equipes de PACS e ESF para o cumprimento das atividades previstas no Protocolo para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos- MS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Incorporar ao processo de trabalho do ACS (visita domiciliar) a identificação e registro dos casos de trabalho infantil na área de abrangência das equipes de PACS e PSF;
2. Instrumentalizar o ACS para atuar no enfrentamento do Trabalho Infantil no território utilizando as Diretrizes para Atenção Integral de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos;
3. Melhorar a qualidade do registro no campo “ocupação” da ficha A, sobretudo o registro do trabalho infantil;
4. Potencializar as ações intersetoriais para o enfrentamento do trabalho infantil (MTE, Conselho Tutelar, Ministério Público Estadual, Ministério Público do Trabalho, SETRE, Secretária de Desenvolvimento Social, Programas de Transferência de renda, escolas, creches, Serviço Nacional de Aprendizagem)
5. Contribuir para reorientar as famílias oferecendo alternativas para retirar a crianças em situações de trabalho, através dos dispositivos sociais presentes no território e no Estado (Programa Bolsa- família, PETI, atividades sócio-educativas, Programas de aprendizagem profissional para o menor aprendiz, microcrédito, programas de qualificação profissional para os pais, redes sociais de apoio)
6. Sensibilizar os ACS para o uso e importância do Cadastro de Atividades Produtivas Domiciliares.

PÚBLICO-ALVO

Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

CARGA HORÁRIA

Será ministrada uma capacitação com 08 horas de duração para um total de 07 turmas de ACS

METODOLOGIA

Será utilizada metodologia baseada na concepção de Educação Permanente em Serviço (EPS) que promove a reflexão sobre a prática cotidiana favorecendo o “aprender a aprender”, com apresentação de filme e exposição dialogada e estudo de caso-família. Os Agentes Comunitários de Saúde (n=133) serão divididos em 07 turmas (média=23 ACS). O treinamento em serviço será realizado pelos pesquisadores do Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT) do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Com a finalidade preservar a uniformidade da intervenção, será mantida a mesma equipe de facilitadores da atividade entre os grupos de intervenção.

CASOS ESTUDADOS

Caso 1

Maria e Joaquim mudaram-se para uma casa modesta alugada no Bairro do Divino. O casal possui 03 filhos. Joaquim tem 30 anos, concluiu o ensino fundamental é ajudante de pedreiro, mas nem sempre consegue obras para trabalhar. Maria tem 28 anos, ajuda o marido nas despesas produzindo e vendendo alvejantes e desinfetantes em casa, fabricados por ela mesma. João, 10 anos, seu filho mais velho cursa a 2ª série do ensino fundamental e ajuda a mãe na preparação dos detergentes e alvejantes misturando os produtos no período em que não está na escola. Adalberto é o ACS da microárea onde a família reside e Durante a visita domiciliar para cadastrá-la a família no Programa de Saúde da Família, a dona de casa relata que tem notado que o filho apresenta irritabilidade e cansaço crescentes, e coceiras pelo corpo, dificuldade de concentração e na escola e fraqueza muscular.

Baseando-se no caso apresentado:

1. Cadastre a família preenchendo a Ficha A.



Refletindo e Discutindo

2. Qual a ocupação dos membros da família e tipo de inserção no mercado de trabalho (formal e informal)?
3. Quais os aspectos relevantes de interesse à saúde desses trabalhadores?
4. Quais encaminhamentos poderiam ser feitos

Caso 2

Natália é mãe solteira e trabalha vendendo bijuterias em uma barraca na Avenida Brasil. A filha Ana Cristina tem 12 anos, é estudante do ensino fundamental, acompanha a mãe na barraquinha pela manhã e estuda à tarde, sempre solícita mostra aos fregueses as bijuterias, e com sua graciosidade sempre acaba vendendo mais que a própria mãe. Nos últimos dias, porém Dona Natália vem apresentando dores articulares e teve que procurar a Unidade de Saúde da Família a qual é cadastrada para saber o que está acontecendo, porém está bastante preocupada em se ausentar da barranca que é a sua única fonte de renda. Ana Cristina sabendo da situação da mãe prontificou-se a vender as bijuterias no período de tratamento. Ao longo desse tempo a professora Helena notou a ausência da jovem em sala de aula e foi até residência para saber o que estava acontecendo. O ACS Caetano foi realizar a visita mensal da família, mas não encontrou ninguém. Retornou no dia seguinte de para atualizar a ficha A e soube que D. Natália recebeu o diagnóstico de Lesão por Esforço Repetitivo e que Ana Cristina está substituindo a mãe nesse período da doença e abandonou a escola para confeccionar as bijuterias e vendê-las.

Baseando-se no caso apresentado:

1. Atualize a Ficha A dessa família.



Refletindo e Discutindo

2. Qual a ocupação dos membros da família e tipo de inserção no mercado de trabalho (formal e informal)?
3. Quais os aspectos relevantes de interesse à saúde desses trabalhadores?
4. Quais encaminhamentos poderiam ser feitos?

CONTEÚDO DA EXPOSIÇÃO DIALOGADA

8:00 Abertura

O Projeto Integração SUS Liberdade e o Componente Saúde do

Trabalhador- Margarete Costa / Vilma Santana e Jorge Iriart - UFBA/ISC

8:30 O trabalho como causa de agravos à saúde- *Aula expositiva e vídeo - Vilma Santana UFBA/ISC*

9:00 As ações de Saúde do Trabalhador no SUS e a Renast- *Aula expositiva: Cristina Pita (CEREST Salvador-Bahia)*

9:30 O trabalho informal e domiciliar – riscos ocupacionais e agravos de saúde *Aula expositiva - Eduardo Marinho*

10:10 LANCHE

10: 30 O trabalho informal e domiciliar – riscos ocupacionais e agravos de saúde *Aula expositiva - Eduardo Marinho*

11:20 Utilizando a Ficha A para identificar Atividade Econômica Domiciliar (AED)- *Aula expositiva dialogada: Margarete Costa*

12:00 ALMOÇO

13:00 A família como unidade de produção – cultura e valores sociais e suas relações com a saúde- *Aula expositiva - Jorge Iriart*

14:00 Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos (DAISCEA\MS)- *Aula expositiva dialogada- Milena Cordeiro*

14:30 Redes de proteção social da família e articulações intersetoriais- *Aula expositiva: Milena Cordeiro*

15:00 LANCHE

15:15 Abertura do Trabalho de Grupo – Discussão de estudos de caso - *Facilitadoras: Margarete Costa e Milena Cordeiro*

16:00 Plenária para apresentação de relatórios e discussão

Facilitadoras: Margarete Costa e Milena Cordeiro

17:30 Encerramento

Entrega de certificados

ANEXO 1
FICHA A DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Número de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde [_ _ _ _ _]			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Boicadeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Ônibus	
Rádio		Cominble	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	
A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável [_ _ _ _ _]	
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

OBSERVAÇÕES

ANEXO 2

PROTOCOLO DE APROVAÇÃO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estudo Sobre Desenvolvimento Saudável e a Resiliência em Jovens

Pesquisador: Vilma Sousa Santana **Área Temática:** Área 8. Pesquisa com cooperação estrangeira.

Versão: 1 **CAAE:** 00988312.3.0000.5030 **Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

119.280 **Data da**

Relatoria: 28/08/2012

Apresentação do Projeto:

Sumário do projeto

Trata-se de um estudo a ser desenvolvido em quatro países (Bangladesh, Brasil, Níger e Paquistão), que tem como patrocinador principal a Universidade de McGill, através da Dra. Anne Andermann, investigadora principal. Pretende-se produzir conhecimentos em quatro áreas: contexto local, papel dos profissionais de atenção primária à saúde (PAPS) no tratamento do trabalho infantil, necessidades de crianças trabalhadoras e utilidade do potencial de conteúdo de um kit de ferramentas educativas (K-FER), que inclui treinamento de profissionais da atenção primária à saúde, e fornece ferramentas para enfrentar o trabalho infantil. Através do uso das ferramentas do Kit pretende-se motivar profissionais, identificar crianças em situação de trabalho, proporcionar educação adequada, cuidados e encaminhamentos para apoio social; mobilizar apoio político e engajamento da comunidade, sensibilizar crianças marginalizadas e vulneráveis.

É um estudo multimétodos, com abordagens quantitativa e qualitativa. Há uma pesquisa de base domiciliar, quantitativa, de intervenção, combinada com abordagem qualitativa (com entrevistas em profundidade, gravadas em áudio, com 20 a 30 crianças trabalhadoras na faixa etária de 10 a 17anos; e 30 entrevistas, também gravadas em áudio, com informantes chave, considerados partes envolvidas locais, que podem influenciar na segurança e bem estar das crianças - pais, empregadores, profissionais de saúde, ONG, líderes comunitários, outros). Todos os guias de pesquisa estão anexados ao projeto.

No Brasil o estudo será realizado no Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), com apoio dos profissionais de saúde da atenção primária à saúde do referido distrito sanitário, que ajudarão a identificar crianças em situação de trabalho infantil que serão convidadas para as entrevistas.

A intervenção dirige-se aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que serão treinados e após o treinamento será avaliada a qualidade do preenchimento do campo ocupação em uma ficha e as alternativas oferecidas à família para a retirada do menor da situação de trabalho, através de encaminhamentos a programas de transferência de renda, acesso a microcrédito, matrícula e frequência escolar (p.28).

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Utilização de um processo participativo para desenvolver um conjunto de ferramentas educacionais incluindo materiais de formação e de auxílio na facilitação do trabalho.

Específicos

1. Determinar em que medida existem oportunidades perdidas, na atenção primária à saúde, para a proteção de crianças envolvidas em trabalho infantil perigoso;
2. Compreender o processo pelo qual o K-FER pode ser implementado e escalonado, em cada um dos países;
3. Identificar os resultados de maior relevância para crianças, famílias e profissionais de saúde, que podem então ser utilizados para testar o impacto desse conjunto de ferramentas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo, pela sua natureza, possui implicações éticas importantes, as quais são cuidadosamente observadas pelos pesquisadores responsáveis. Assim, diante do fato de o trabalho infantil ser ilegal no Brasil, serão tomadas medidas especiais para garantir a segurança dos participantes sem, contudo, deixar de priorizar a situação da criança, caso esta se encontre sob perigo iminente no trabalho. Tais medidas estão fundamentadas em consultoria de especialista em ética pediátrica da Universidade de McGill: não será utilizado o termo „trabalho infantil“, abordando-se a questão de

forma mais sutil (no Brasil, como *“atividade econômica familiar”*); focar o estudo na positividade de promover o desenvolvimento de jovens saudáveis e resiliência; não se referir às crianças com o termo *“criança/s”*, pois muitos se vêem como menores emancipados (referir-se então como *“menores”*).

O protocolo apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser aplicado a todos os participantes mediante leitura e coleta de assinatura ou marcação de X, em caso de analfabetismo (todos anexados ao protocolo). Serão solicitados TCLE também aos pais para as entrevistas em profundidade com as crianças.

O estudo não confrontará pais e familiares ou empregadores com o fato de que possam estar endossando o trabalho infantil; nenhuma pergunta enfatizará que a criança trabalha; em caso de os pais o negarem, durante uma entrevista, esta continuará tratando do trabalho de outras crianças. As crianças nunca serão selecionadas nos locais de trabalho; no caso do Brasil a referência é o domicílio, ao qual os ACS têm acesso. Ademais, cuidados extras serão tomados para que empregadores não saibam da participação de empregados na pesquisa.

A pesquisa identificará uma pessoa de apoio externo e definirá protocolo em caso de exposição de criança a perigo iminente. O fato será notificado ao Líder da Pesquisa no país o qual deverá garantir o seguimento de um protocolo, que envolve contatos com o Ministério Público e Conselho Tutelar. O líder acompanhará o Relatório de Acontecimento/Casos Graves e permanecerá em contato com a pessoa de apoio externo. Resolvida a situação, o líder finalizará o relatório e enviará ao CEP local e ao Líder do Projeto, com cópia ao CEP McGill. Em caso de persistência da situação, será realizada teleconferência via Skype para encontrar uma solução, em consenso. Ao final, o relatório será enviado às autoridades sanitárias locais (DSL) e ao Conselho Tutelar. Encontra-se anexo ao protocolo o certificado de aprovação de ética em pesquisas envolvendo seres humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de McGill, com tradução para o português.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo, pela sua natureza, possui implicações éticas importantes, as quais são cuidadosamente observadas pelos pesquisadores responsáveis. Assim, diante do fato de o trabalho infantil ser ilegal no Brasil, serão tomadas medidas especiais para garantir a segurança dos participantes sem, contudo, deixar de priorizar a situação da criança, caso esta se encontre sob perigo iminente no trabalho. Tais medidas estão fundamentadas em consultoria de especialista em ética pediátrica da Universidade de McGill: não será utilizado o termo, trabalho infantil, abordando-se a questão de forma mais sutil (no Brasil, como *“atividade econômica familiar”*; focar o estudo na positividade de promover o desenvolvimento de jovens saudáveis e resiliência; não se referir às crianças com o termo *“criança/s”*, pois muitos se vêem como menores emancipados (referir-se então como *“menores”*).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O estudo, pela sua natureza, possui implicações éticas importantes, as quais são cuidadosamente observadas pelos pesquisadores responsáveis. Assim, diante do fato de o trabalho infantil ser ilegal no Brasil, serão tomadas medidas especiais para garantir a segurança dos participantes sem, contudo, deixar de priorizar a situação da criança, caso esta se encontre sob perigo iminente no trabalho. Tais medidas estão fundamentadas em consultoria de especialista em ética pediátrica da Universidade de McGill: não será utilizado o termo „trabalho infantil“, abordando-se a questão de forma mais sutil (no Brasil, como „atividade econômica familiar“); focar o estudo na positividade de promover o desenvolvimento de jovens saudáveis e resiliência; não se referir às crianças com o termo „criança/s“, pois muitos se vêem como menores emancipados (referir-se então como „menores“).

O protocolo apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser aplicado a todos os participantes mediante leitura e coleta de assinatura ou marcação de X, em caso de analfabetismo (todos anexados ao protocolo). Serão solicitados TCLE também aos pais para as entrevistas em profundidade com as crianças.

O estudo não confrontará pais e familiares ou empregadores com o fato de que possam estar endossando o trabalho infantil; nenhuma pergunta enfatizará que a criança trabalha; em caso de os pais o negarem, durante uma entrevista, esta continuará tratando do trabalho de outras crianças. As crianças nunca serão selecionadas nos locais de trabalho; no caso do Brasil a referência é o domicílio, ao qual os ACS têm acesso. Ademais, cuidados extras serão tomados para que empregadores não saibam da participação de empregados na pesquisa.

A pesquisa identificará uma pessoa de apoio externo e definirá protocolo em caso de exposição de criança a perigo iminente. O fato será notificado ao Líder da Pesquisa no país o qual deverá garantir o seguimento de um protocolo, que envolve contatos com o Ministério Público e Conselho Tutelar. O líder acompanhará o Relatório de Acontecimento/Casos Graves e permanecerá em contato com a pessoa de apoio externo. Resolvida a situação, o líder finalizará o relatório e enviará ao CEP local e ao Líder do Projeto, com cópia ao CEP McGill. Em caso de persistência da situação,

será realizada teleconferência via Skype para encontrar uma solução, em consenso. Ao final, o relatório será enviado às autoridades sanitárias locais (DSL) e ao Conselho Tutelar. Encontra-se anexo ao protocolo o certificado de aprovação de ética em pesquisas envolvendo seres humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de McGill, com tradução para o português.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de um estudo de grande relevância que aborda um tema sensível e que apresenta os devidos cuidados éticos no seu tratamento. Assim, salvo melhor juízo sou favorável à aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

Nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

SALVADOR, 10 de Outubro de 2012

Assinador por: Maria da Conceição Nascimento Costa (Coordenador)

ANEXO 3

PROTOCOLO DE APROVAÇÃO – CONEP

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA****PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estudo Sobre Desenvolvimento Saudável e a Resiliência em Jovens
Pesquisador: Vilma Sousa Santana **Área Temática:** Área 8. Pesquisa com cooperação estrangeira.
Versão: 3 **CAAE:** 00988312.3.0000.5030 **Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA
Patrocinador Principal: University McGill

Universidade Federal da Bahia - UFBA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

332.618 **Data da**

Relatoria: 24/06/2013

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO Apesar dos avanços registrados nos últimos anos no combate ao trabalho de infantil, esta é ainda uma importante questão social da realidade brasileira com repercussões significativas sobre o desenvolvimento, a educação, e a saúde de crianças e adolescentes. As estratégias de intervenção para prevenção e erradicação do trabalho infantil que têm se mostrado efetivas se fundamentam em uma atuação integral e integrada de todas as instâncias e atores sociais comprometidos com a garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Nesse sentido, o Ministério da Saúde incorporou em suas políticas o trabalho infantil, considerando-o um problema de Saúde Pública, e formulou Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos, DAISCEA, para o Sistema único de Saúde, SUS, divulgada em 2005. Baseando-se na prestação da atenção integral à saúde das crianças e adolescentes em situação de trabalho ilegal e/ou perigoso, a DAISCEA foca "crianças e adolescentes economicamente ativos", meninos e meninas com idade até 18 anos que contribuem para a produção de bens e serviços, incluindo atividades não remuneradas, para sustento próprio e/ou de seus familiares, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia" (BRASIL, 2005, p.12). A legislação brasileira permite, em circunstâncias especiais, o trabalho para maiores de 14 anos na condição de aprendizes, e para maiores de 16 anos na condição de trabalhadores, protegidos e com os direitos trabalhistas e previdenciários assegurados (BRASIL, 1990) sendo proibidas algumas atividades consideradas perigosas ou inapropriadas, i.e., piores formas de trabalho infantil (BRASIL, 2008). Sendo expressamente proibido o trabalho entre menores de 14 anos (BRASIL, 1990). A implementação destas diretrizes, no entanto, vem encontrando

dificuldades e desafios que tem limitado a cobertura e qualidade das suas ações conforme documentado em vários estudos (SANTANA & SILVA, 2008; MACHADO et al., 2010). A partir dos anos 2000, o SUS vem intensificando a oferta de serviços no bojo da Atenção Primária em Saúde, APS. Esta se constitui em uma importante forma de proteção social local, promovendo a saúde ao nível do território, podendo assistir famílias e suas crianças em situação de vulnerabilidade. Assim pode agir como força motriz de mobilização da sociedade e dos serviços de saúde, empregando uma abordagem participativa que envolve famílias, profissionais de saúde e representantes da comunidade. Estas ações compreendem intervenções voltadas às especificidades dos contextos de diferentes territórios, utilizando também uma abordagem baseada em evidências, educação para a saúde, incluindo aspectos ambientais presentes no território. Estas ações vêm sendo demonstradas como de grande impacto sobre as condições de saúde da população, visíveis na redução da mortalidade infantil, mortes por causas evitáveis e doenças preveníveis. A APS vem sendo fortemente recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e mais recentemente tem indicado que esta incorpore ações de Saúde do Trabalhador, o que permitiria o alcance de trabalhadores informais, atividades econômicas no domicílio, mulheres trabalhadoras domésticas e em especial crianças e adolescentes em situação de trabalho ilegal e/ou perigoso.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Hipótese: Reconhecer que o trabalho infantil é multicausal é um passo importante para o desenvolvimento de intervenções efetivas baseadas em evidências. No entanto, até agora, a maioria das intervenções se concentra em apenas regular o trabalho infantil, buscar a efetivação de normas ou legislações, ou a prestação de assistência financeira, longe da perspectiva da atenção integral preconizada por várias instituições internacionais como a ILO, a OMS, a UNICEF, e no âmbito nacional o Ministério de Desenvolvimento Social e do Combate a Fome, do Trabalho e Emprego e da Saúde, bem como o Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil. O envolvimento proativo do sistema de saúde é muito importante para o alcance e incentivo da educação por pares, para que crianças e adolescentes em situação de trabalho - o segmento mais vulnerável da população - possam se conectar ao sistema e ter acesso à assistência e encaminhamentos que necessitam. A questão é como instrumentalizar os profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde para abordar problema tão complexo como o trabalho infantil, e qual seria a contribuição que se pode alcançar? A resposta a esta pergunta é, em essência, um dos objetivos deste projeto de pesquisa.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Metodologia: Este estudo compreende um componente quantitativo e outro qualitativo, que terão como local de estudo o Distrito Sanitário da Liberdade, DSL, da cidade de Salvador Bahia. O desenho do estudo envolve métodos híbridos com ajustes para cada tipo de abordagem. Por isso optou-se por descrever os métodos dos dois componentes, quantitativo e qualitativo, separadamente. 1)Componente QuantitativoEste é um estudo de intervenção estruturado em duas fases (antes e depois) e que representa um subprojeto do Projeto Integração SUS-Liberdade, ISC-UFBA. O projeto-mãe é uma parceria do ISC com o Hospital Ana Nery (HAN), que conta com o apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador(SMS/Salvador). O objetivo do projeto-mãe é fortalecer os princípios e as diretrizes do SUS, articulando serviços municipais, promovendo a integração ensino-serviço-pesquisa, contribuindo para qualificar as equipes da Atenção Primária à Saúde em diversas linhas de cuidado em saúde, dentre essas a de Saúde do Trabalhador. 2)Componente QualitativoPesquisa qualitativa realizada através de observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo principal desta investigação é superar o problema das oportunidades perdidas na Atenção Primária à Saúde de prestação de cuidado a crianças e adolescentes envolvidos em situação de trabalho ilegal e/ou perigoso, e o afastamento delas dessas condições, Apesar dos avanços registrados nos últimos anos no combate ao trabalho de infantil, esta é ainda uma importante questão social da realidade brasileira com repercussões significativas sobre o desenvolvimento, a educação, e a saúde de crianças e adolescentes. As estratégias de intervenção para prevenção e erradicação do trabalho infantil que têm se mostrado efetivas se fundamentam em uma atuação integral e integrada de todas as instâncias e atores sociais comprometidos com a garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Nesse sentido, o Ministério da Saúde incorporou em suas políticas o trabalho infantil, considerando-o um problema de Saúde Pública, e formulou Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos, DAISCEA, para o Sistema único de Saúde, SUS, divulgada em 2005. Baseando-se na prestação da atenção integral à saúde das crianças e adolescentes em situação de trabalho ilegal e/ou perigoso, a DAISCEA foca "crianças e adolescentes economicamente ativos", meninos e meninas com idade até 18 anos que contribuem para a produção de bens e serviços, incluindo atividades não remuneradas, para sustento próprio e/ou de seus familiares, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia" (BRASIL, 2005, p.12). A legislação brasileira permite, em circunstâncias especiais, o trabalho para maiores de 14 anos na condição de aprendizes, e para maiores de 16 anos na condição de trabalhadores, protegidos e com os direitos trabalhistas e previdenciários assegurados (BRASIL, 1990) sendo proibidas algumas atividades consideradas perigosas ou inapropriadas, i.e., piores formas de trabalho infantil (BRASIL, 2008). Sendo expressamente proibido o trabalho entre menores de 14 anos (BRASIL, 1990). A implementação destas diretrizes, no entanto, vem encontrando dificuldades e desafios que tem limitado a cobertura e qualidade das suas ações conforme documentado em vários estudos (SANTANA & SILVA, 2008;

MACHADO et al., 2010). A partir dos anos 2000, o SUS vem intensificando a oferta de serviços no bojo da Atenção Primária em Saúde, APS. Esta se constitui em uma importante forma de proteção social local, promovendo a saúde ao nível do território, podendo assistir famílias e suas crianças em situação de vulnerabilidade. Assim pode agir como força motriz de mobilização da sociedade e dos serviços de saúde, empregando uma abordagem participativa que envolve famílias, profissionais de saúde e representantes da comunidade. Estas ações compreendem intervenções voltadas às especificidades dos contextos de diferentes territórios, utilizando também uma abordagem baseada em evidências, educação para a saúde, incluindo aspectos ambientais presentes no território. Estas ações vêm sendo demonstradas como de grande impacto sobre as condições de saúde da população, visíveis na redução da mortalidade infantil, mortes por causas evitáveis e doenças preveníveis. A APS vem sendo fortemente recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e mais recentemente tem indicado que esta incorpore ações de Saúde do Trabalhador, o que permitiria o alcance de trabalhadores informais, atividades econômicas no domicílio, mulheres trabalhadoras domésticas e em especial crianças e adolescentes em situação de trabalho ilegal e/ou perigoso. Introdução: por meio da mobilização dos profissionais de saúde envolvidos, e dos recursos de proteção social como o Programa Bolsa-Família, Programa de Erradicação de Trabalho Infantil, PETI, Programa Jovem Aprendiz, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Cerest, dentre outros, ações já previstas na DAISCEA/MS/2005.

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Objetivo Secundário: 1) Apresentação e divulgação da DAISCEA/MS/2005 aos profissionais do SUS e em especial da Atenção Primária à Saúde; 2) Capacitação dos agentes comunitários da saúde e enfermeiras supervisoras (8h) sobre o papel do trabalho e emprego para a saúde, os diversos tipos de vínculos de trabalho, agravos relacionados ao trabalho, as atividades econômicas domiciliares, o trabalho infantil e do adolescente, e para a realização das ações previstas pela Atenção Primária à Saúde no campo da Saúde do Trabalhador, especialmente para menores em situação de trabalho (DAISCEA/MS/2005); 3) Promover a melhoria do registro da ocupação e de atividades econômicas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde nas Fichas A preenchidas com dados de cada membro das famílias residentes nas áreas de cobertura da Atenção Primária à Saúde, incluindo crianças e adolescentes; 4) Avaliar o impacto do treinamento dos ACS no preenchimento das Fichas A nos campos relativos à ocupação para todos os membros das famílias cobertas e na sua participação no afastamento de crianças e adolescentes do trabalho ilegal/perigoso; 5) Compreender os sentidos atribuídos ao trabalho infantil e dos adolescentes por familiares, profissionais de saúde e representantes da comunidade; 6) Contribuir para o afastamento de crianças e adolescentes de situação de trabalho ilegal e perigoso mediante apoio à realização de ações interinstitucionais e intersetoriais com a mobilização de recursos sociais disponíveis para a população do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este estudo será conduzido de acordo com os princípios éticos enunciados na Resolução CNS 196/96. O Projeto foi submetido para apreciação dos seus aspectos éticos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade McGill, antes do início do estudo, e também simultaneamente no CEP do Instituto de Saúde Coletiva no Brasil, nos quais obteve aprovação. Todos os membros da equipe serão informados dos aspectos éticos envolvidos no estudo e em especial no que se refere a trabalhos com vulneráveis. Atenção especial será dada ao fato do trabalho infantil ser ilegal, e ao mesmo tempo ser tolerado pela população e profissionais de saúde. Este estudo estará sendo realizado em estreita articulação com os serviços de saúde de modo a capacitá-los para a proteção integral da criança e do adolescente em situação de trabalho. Sendo assim, não interferirá diretamente na relação profissional de saúde com o usuário, que tem a responsabilidade do cuidado. Entretanto, no componente qualitativo da pesquisa que envolve entrevistas com crianças, adolescentes e seus pais, a segurança de todos os sujeitos e das crianças, em especial, será garantida por um conjunto de procedimentos definidos previamente. Se um dos pesquisadores envolvidos detectar problemas com a segurança e a integridade de qualquer sujeito da pesquisa, criança ou adolescente, em relação à sua participação e, especialmente, se ela estiver em perigo iminente, deverá informar imediatamente os Profs. Vilma Santana e/ou Jorge Iriart, por telefone ou e-mail. Estes, uma vez informados buscarão contato com a enfermeira supervisora da área, do Distrito em questão, para dar ciência e solicitar providências. Será elaborado um relatório sucinto sobre a situação pelos professores mencionados, que será encaminhado para esta enfermeira supervisora, de acordo com arranjos já combinados.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Benefícios: O treinamento de profissionais da atenção primária à saúde, fornecendo-lhes ferramentas para enfrentar o trabalho infantil como meio para melhorar a saúde das crianças, contribuirá na promoção do desenvolvimento da juventude saudável e em última análise, reduzir as iniquidades em saúde. O objetivo desta pesquisa é mobilizar profissionais de saúde para reconhecer os impactos negativos para a saúde associados com o trabalho infantil, e tomar medidas para o afastamento da situação de trabalho de crianças de 10-14 anos, e de trabalho perigoso e ilegal de adolescentes de 15-17 anos. É importante notar que esta pesquisa é uma demanda tanto acadêmica quanto orientada para a ação em parceria com os serviços de saúde do SUS. Nossa intenção é contribuir para a implementação de ações já previstas em diretrizes do Ministério da Saúde focando a Atenção Primária à Saúde. Esta por sua capilaridade nacional e grande número de profissionais que atuam diretamente no território, com visitas domiciliares mensais, podem potencialmente contribuir de modo eficiente para a redução do trabalho de crianças e adolescentes considerado como ilegal e/ou perigoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. "Os documentos intitulados "PB_PROJETO_DE_PESQUISA_9883.pdf" e "Projeto de Pesquisa EDSRJ.doc", não apresentam critérios de inclusão ou exclusão dos sujeitos de pesquisa. Solicita-se apresentar critérios de inclusão e exclusão do estudo, bem como um plano de recrutamento dos mesmos (Resolução CNS 196/96 item VI.3.d).".

Endereço: SEPN 510, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN –Unidade II- Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: Brasília

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Resposta: Informamos que a pesquisa quantitativa é observacional, com base nos dados coletados de rotina pelos Agentes Comunitários de Saúde, ACS, do SUS, de todas as famílias de suas respectivas áreas de cobertura no distrito sanitário de sua competência. Lembramos que esses ACS realizam visitas domiciliares mensais e preenchem as Fichas A, atualizando-as sempre que for necessário. Portanto, não são excluídos pessoas ou grupos. Trata-se de um inquérito domiciliar censitário (Pg. 15 e 16). Os ACS que se encontravam de férias, de licença ou afastados das funções não serão incluídos. Para o componente qualitativo (Pg. 18 e 19) foi apresentado o "Plano de recrutamento dos participantes do estudo", com maior detalhamento dos critérios de inclusão/exclusão (Pg. 18 e 19, após a descrição da população do estudo).

ANÁLISE: Pendência atendida.

2. "No documento intitulado "Projeto de Pesquisa EDSRJ.doc", página 33, item "Entrevista com informante-chave em estudo qualitativo", lê-se: "Até agora, o foco principal desta pesquisa, de métodos mistos, tem sido crianças de 10 a 17 anos de idade - incluindo aquelas que se apresentam a unidade de saúde e aquelas que trabalham ou que foram prejudicadas pelo trabalho. No entanto, para atender os objetivos do estudo, uma gama muito maior de participantes é necessário.". O trecho leva a entender que a pesquisa já se iniciou. A CONEP não avalia projetos já iniciados. Solicita-se esclarecimento.".

Resposta: Trata-se de um problema de versão para o português da cópia em inglês. Na verdade, o Projeto já vem sendo realizado nos demais países, mas não no Brasil, onde estamos no aguardo da aprovação pelo CONEP. Reiteramos que realizamos apenas contatos com as instituições executoras envolvidas no sentido de obter autorização para a realização do estudo, documento requerido para submissão à CEP e CONEP. Na nova versão do Projeto suprimimos a expressão " Até agora..." (up to now), para melhor clareza e evitar mal entendidos.

ANÁLISE: Pendência atendida.

3- "No documento intitulado "Projeto de Pesquisa EDSRJ.doc", página 34, item a) 'População de estudo', lê-se que serão sujeitos de pesquisa: "Pais de crianças expostas ao trabalho, os APS, empregadores locais, líderes comunitários e peritos em proteção da infância (ex: trabalhadores de ONGs, programas de proteção à infância do governo, dentre outros)." e na página 35, item c) "O

Endereço: SEPN 510, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN –Unidade II- Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: Brasília

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



processo de consentimento para as entrevistas com informantes-chave é um tanto simplificado, pois não envolve pesquisa com crianças". Porém, existem vários anexos na Plataforma Brasil intitulados como TCLE e questionários para diferentes faixas de idade de 10 a 17 anos. Solicita-se esclarecimento."

Resposta: Revisamos e simplificamos a seção "Métodos" do Projeto para melhor clareza. No item "População do estudo" da pesquisa qualitativa, está explicitado que pretendemos entrevistar crianças entre 10 e 17 anos, além dos seus pais e/ou responsáveis, profissionais de saúde e outros informantes-chave. Para cada um desses grupos de sujeitos foram criados TCLE específicos, além de Termo de Assentimento para as crianças e adolescentes constantes nos anexos do Projeto. Além disso, conforme solicitação da versão 1 do Parecer do CONEP, foram criados dois diferentes Termos de Assentimento, preparados de modo apropriado para as faixas etárias de 10-12 e 13-17 anos, respectivamente;

ANÁLISE: Pendência atendida.

4. "O protocolo afirma que crianças e adolescentes não serão sujeitos de pesquisa, porém está em anexo na Plataforma Brasil os seguintes documentos: "Roteiro de entrevistas crianças e jovens.doc"; "TCLE jovens 13 a 17 anos modificado para CEP.doc"; "TCLE jovem 10 a 12 anos modificado para CEP.doc". Solicita-se esclarecimento."

Resposta: Não conseguimos encontrar em nossos arquivos e cópia do Projeto apresentado esta afirmação indicada acima. Reiteramos que crianças e adolescentes serão sujeitos da pesquisa, como descrito na seção "Métodos". Serão analisados dados secundários provenientes das Fichas A do SUS, preenchidas rotineiramente pelos agentes comunitários de saúde para todos os usuários de 6 a 17 anos, e dados primários provenientes de entrevistas individuais com crianças em situação de trabalho e não-trabalhadoras. Todos os cuidados relativos ao nosso compromisso com o cuidado e respeito aos aspectos éticos e salvaguardas legais, em vigência no País, foram analisados e registrados devidamente no Projeto (Pag. 20 a 23).

ANÁLISE: Pendência parcialmente atendida, pois nem todos os cuidados estão garantidos no TCLE e no Termo de Assentimento.

Endereço: SEPN 510, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN –Unidade II- Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: Brasília

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



5. "No documento denominado "TCLE e Instrumento coleta de dados" tem-se apenas o roteiro de entrevista, devendo o título do documento se adequar ao seu conteúdo. Solicita-se adequação."

Resposta: Reconhecemos que houve um equívoco nosso quando incluímos as seções do Projeto na Plataforma Brasil. Realizamos as devidas correções nas denominações dos textos referidos.

ANÁLISE: Pendência atendida.

6. Deve a pesquisadora inserir no Projeto e nos TCLE e termos de assentimento, informações sobre a responsabilidade por danos e suas garantias. Solicita-se adequação. Resposta: A seção "Aspectos éticos e salvaguardas legais" (Pg. 20 a 23) foi reescrita, explicitando-se a nossa responsabilidade sobre possíveis danos aos sujeitos da pesquisa, e as garantias de encaminhamento e apoio social aos casos de crianças e jovens em situação de trabalho, ou qualquer outra situação de vulnerabilidade. Além disso, nos TCLE e nos Termos de Assentimento respectivos, foram explicitados os contatos da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética do ISC/UFBA, para obtenção de esclarecimentos ou informações sobre qualquer encaminhamento necessário.

ANÁLISE: pendência atendida.

7."Solicita-se esclarecer qual será a conduta da pesquisadora mediante participantes em situação de risco e até que ponto tais situações poderão ser denunciadas e por quem."

Resposta: É importante reiterar que este estudo está apoiando o cumprimento de uma política de saúde do SUS, habilitando profissionais e os serviços para a realização de ações de proteção a crianças e adolescentes que lhes são formalmente atribuídas. Notar que estaremos treinando esses profissionais, mobilizando os gestores e os agentes comunitários de saúde, em torno das ações previstas na DAISCEA e na Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Os pesquisadores ao encontrarem situações de risco ou vulnerabilidades irão contatar os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidados das pessoas residentes nas áreas de cobertura para as devidas providências. Os pesquisadores também acompanharão o desenvolvimento dessas ações. Ver detalhamento na Seção "Aspectos éticos e salvaguardas legais" (Pg. 20 a 23) está descrita a conduta a ser adotada pelos pesquisadores quando defrontados com situações de risco e vulnerabilidades, transcrito abaixo:

Endereço: SEPN 510, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN –Unidade II- Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: Brasília

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



"Este estudo estará sendo realizado em estreita articulação com os serviços de saúde de modo a capacitá-los para a proteção integral da criança e do adolescente em situação de trabalho. Sendo assim, não interferirá diretamente na relação profissional de saúde com o usuário, que tem a responsabilidade do cuidado. Entretanto, no componente qualitativo da pesquisa que envolve entrevistas com crianças, adolescentes e seus pais, a segurança de todos os sujeitos e das crianças, em especial, será garantida por um conjunto de procedimentos definidos previamente. Se um dos pesquisadores envolvidos detectar problemas com a segurança e a integridade de qualquer sujeito da pesquisa, criança ou adolescente, em relação à sua participação e, especialmente, se ela estiver em perigo iminente, deverá informar imediatamente os Profs. Vilma Santana e/ou Jorge Iriart, por telefone ou e-mail. Estes, uma vez informados buscarão contato com a enfermeira supervisora da área, do Distrito em questão, para dar ciência e solicitar providências. Será elaborado um relatório sucinto sobre a situação pelos professores mencionados, que será encaminhado para esta enfermeira supervisora, de acordo com arranjos já combinados. Um primeiro contato foi realizado com a Promotora Dra. Márcia Guedes do Ministério Público Estadual da Bahia, Promotoria de Justiça da Infância e Juventude, e da Dra. Angela Silva do Conselho Tutelar local, que confirmaram o apoio institucional ao estudo e o acolhimento de casos que venham porventura a terem necessidade de encaminhamento e acompanhamento especial. Estes conformam o apoio local externo à UFBA, a serem indicados na solução do problema em caso de agravo ou perigo iminente envolvendo sujeitos participantes da pesquisa. Para cada caso de perigo iminente detectado, o Prof. Jorge Iriart estará responsável por pelo menos uma semana de acompanhamento, conforme descrito no Relatório de Encaminhamento de Casos (Seção 6.9, Pg. 54), informando-se com a enfermeira supervisora, e eventualmente com uma das pessoas de apoio local externo, Prom. Márcia Guedes ou a Sra. Angela Silva. O objetivo desse acompanhamento é garantir que a situação foi resolvida, ou se ainda permanece o perigo iminente. Cópias de todos os Relatórios de Encaminhamento de Casos serão mantidos pelos professores responsáveis pela pesquisa, Profs. Vilma Santana e/ou Jorge Iriart. Ao final do trabalho de campo, será elaborado um relatório sobre as atividades realizadas, com foco na viabilidade da integração da Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, com atenção ao cuidado a crianças e adolescentes e o seu afastamento de situação de trabalho ilegal e/ou perigoso, será discutido no âmbito do SUS para os devidos encaminhamentos pelas autoridades sanitárias, Ministério Público Estadual, e o Conselho Tutelar local." (Pg. 22 e 23).

Endereço: SEPN 510, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN –Unidade II- Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: Brasília

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



ANÁLISE: Pendência atendida.

8. "Ainda sobre a afirmação, ""O objetivo principal desta investigação é a utilização de um processo participativo para desenvolver um conjunto de ferramentas educacionais - incluindo materiais de formação e de auxílio na facilitação do trabalho.". Solicita-se esclarecer, de qual trabalho? Quem é o trabalhador?"

Resposta: Concordamos que na versão para o português o trecho ficou pouco claro. Revisamos inteiramente os objetivos que podem ser lidos abaixo. De todo modo, reiteramos que o trecho anterior se referia ao trabalhador profissional da saúde da Atenção Primária à Saúde. A equipe da pesquisa tem ciência da ilegalidade do trabalho infantil e por isso está propondo um projeto que visa a identificação de possíveis casos e a assistência adequada aos casos e respectivas famílias, ação já prevista em documento legal do Ministério da Saúde de 2005 (DAISCEA/MS).

OBJETIVOS O objetivo desta pesquisa é mobilizar profissionais de saúde para reconhecer os impactos negativos para a saúde associados com o trabalho infantil, e tomar medidas para o afastamento da situação de trabalho de crianças de 10-14 anos, e de trabalho perigoso e ilegal de adolescentes de 15-17 anos. Essas medidas serão definidas de acordo com as situações em base individuais e coletivas, buscando a melhoria da saúde, promovendo o desenvolvimento saudável e, finalmente, a redução de desigualdades sociais relacionadas à saúde. O objetivo principal desta investigação é superar o problema das oportunidades perdidas na Atenção Primária à Saúde de prestação de cuidado a crianças e adolescentes envolvidos em situação de trabalho ilegal e/ou perigoso, e o afastamento delas dessas condições, por meio da mobilização dos profissionais de saúde envolvidos, e dos recursos de proteção social como o Programa Bolsa-Família, Programa de Erradicação de Trabalho Infantil, PETI, Programa Jovem Aprendiz, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Cerest, dentre outros, ações já previstas na DAISCEA/MS/2005. Os objetivos específicos incluem: 1) Apresentação e divulgação da DAISCEA/MS/2005 aos profissionais do SUS e em especial da Atenção Primária à Saúde; 2) Capacitação dos agentes comunitários da saúde e enfermeiras supervisoras (8h) sobre o papel do trabalho e emprego para a saúde, os diversos tipos de vínculos de trabalho, agravos relacionados ao trabalho, as atividades econômicas domiciliares, o trabalho infantil e do adolescente, e para a realização das ações previstas pela Atenção Primária à Saúde no campo da Saúde do Trabalhador, especialmente para menores em situação de trabalho (DAISCEA/MS/2005); 3) Promover a melhoria do registro da ocupação e de atividades econômicas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde nas Fichas A preenchidas com dados de cada membro das famílias residentes nas áreas de cobertura da Atenção Primária à Saúde, incluindo crianças e adolescentes; 4) Avaliar o impacto do treinamento dos ACS no preenchimento das Fichas A nos campos relativos à ocupação para todos os membros das famílias cobertas e na sua participação no afastamento de crianças e adolescentes do trabalho ilegal/perigoso; 5) Compreender os sentidos atribuídos ao trabalho infantil e dos adolescentes por familiares, profissionais de saúde e representantes da comunidade; 6) Contribuir para o afastamento de crianças e adolescentes de

situação de trabalho ilegal e perigoso mediante apoio à realização de ações interinstitucionais e intersetoriais com a mobilização de recursos sociais disponíveis para a população do estudo. É importante notar que esta pesquisa é uma demanda tanto acadêmica quanto orientada para a ação em parceria com os serviços de saúde do SUS. Nossa intenção é contribuir para a implementação de ações já previstas em diretrizes do Ministério da Saúde focando a Atenção Primária à Saúde. Esta por sua capilaridade nacional e grande número de profissionais que atuam diretamente no território, com visitas domiciliares mensais, podem potencialmente contribuir de modo eficiente para a redução do trabalho de crianças e adolescentes considerado como ilegal e/ou perigoso (Pg. 12 e 13).

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



ANÁLISE: Pendência atendida.

9. Considerando tratar-se de pesquisa que se relaciona à uma atividade ilícita no Brasil, como o trabalho de crianças e adolescentes, solicita-se a pesquisadora a manifestar-se sobre o dilema ético resultante do objetivo da pesquisa, qual seja "auxiliar na facilitação do trabalho".

Resposta: Ao longo de todo o Projeto está claro que a problemática abordada pelo Projeto se recorta pelo entendimento de que, o trabalho ilegal e/ou perigoso de crianças e adolescentes é um problema social e de saúde, que os serviços de saúde têm um papel importante para o afastamento dessas crianças e adolescentes de situações que comprometem a sua saúde, o desenvolvimento físico, psicológico e social, e que pretendemos contribuir para que o SUS, por meio da Atenção Primária à Saúde, venha a cumprir total e eficientemente o que está previsto em normas do Ministério da Saúde. Encontre na Seção 3.3 (Pg. 20) do Projeto essas considerações em detalhe. Reiteramos que a frase citada "auxiliar na facilitação do trabalho" se refere ao trabalho do profissional de saúde, especialmente os agentes comunitários de saúde, da Atenção Primária em Saúde.

Endereço: SEPN 510, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN –Unidade II- Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: Brasília

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



ANÁLISE: Pendência atendida.

10. Quanto aos TCLE: a) Primeiramente não deve o TCLE conter espaços em branco para inserção futura, sob pena de fragilizar a análise ética dos mesmos. Portanto, o nome do(a) pesquisador(a), bem como os dados das instituições participantes já deve estar contido nos TCLE's e termos de assentimento. Solicita-se adequação.

Resposta: Corrigimos os TCLE, retirando os espaços em branco e esclarecendo os nomes dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa qualitativa. Informamos ademais que já estavam incluídos os dados de identificação, localização e contatos das instituições participantes.

ANÁLISE: Pendência atendida.

b) "É afirmado no Projeto de Pesquisa que: "O objetivo principal desta investigação é a utilização de um processo participativo para desenvolver um conjunto de ferramentas educacionais - incluindo materiais de formação e de auxílio na facilitação do trabalho. Com isso se instrumentalizam os PAPS, em países de baixa e média renda, para desempenhar um papel mais abrangente em reconhecer e tratar a questão complexa do trabalho infantil." Portanto o projeto gira totalmente em face do trabalho infantil, mas no TCLE consta apenas o seguinte: "Este trabalho tem por objetivo entender o que pode tornar os jovens de 10 a 17 anos mais seguros e saudáveis. Também queremos entender o que o nosso sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), pode fazer para evitar doenças nos jovens e promover ambientes mais seguros. Portanto o objetivo posto no TCLE refoge ao objetivo posto no projeto de pesquisa. Solicita-se esclarecimento e adequação."

Endereço: SEPN 510, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN –Unidade II- Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: Brasília

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Resposta: A ausência de menção ao trabalho infantil no TCLE deve-se a sua ilegalidade no País, apesar da grande tolerância de parte de pais, responsáveis e profissionais da saúde. Com isto, decidimos evitar o uso do termo "trabalho infantil" adotando a denominação "crianças e jovens em situação de trabalho" no TCLE, de modo a prevenir recusas e rejeições de parte da população de estudo. Reiteramos também que o foco do estudo não é apenas o trabalho infantil e do adolescente, mas de vários determinantes da saúde de crianças e adolescentes, incluindo o trabalho. Ainda assim, incluímos no TCLE a expressão "atividades laborais" para atender à solicitação incluída no Parecer.

ANÁLISE: Pendência atendida.

c) "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, denominado "TCLE informantes chaves modificado para CEP.doc". O documento apresenta informações como objetivos e metodologia diferentes do Protocolo. O TCLE é um documento no qual o pesquisador comunica, ao possível sujeito ou responsável, como será a pesquisa para a qual está sendo convidado, fornecendo a ele (a) todos os esclarecimentos necessários para decidir livremente se quer participar ou não. Solicita-se, portanto, a reformulação do TCLE tendo como referencia o capítulo IV da Resolução CNS 196/96: em linguagem clara e acessível, descrevendo claramente a justificativa, os objetivos, os procedimentos, os desconfortos e riscos possíveis, os benefícios esperados, a forma de acompanhamento e assistência bem como seus responsáveis, a garantia de sigilo, as formas de ressarcimento de despesas decorrentes da participação na pesquisa, formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa."

Resposta: Foram atendidas as solicitações e recomendações em todas as versões do TCLE a serem empregadas no estudo, garantindo-se o cumprimento das normas constantes na Resolução 196/96.

ANÁLISE: Pendência atendida.

d) Não consta termo de assentimento e somente um "termo de consentimento livre e esclarecido". O termo de assentimento deve ser feito de forma separada do TCLE. Solicita-se adequação. Resposta: Foram criados dois termos de assentimento para os participantes menores de 18 anos: um para as crianças de 10 a 12 anos; e outro para a faixa etária de 13 a 17. Para ambos grupos, o Termo de Assentimento será dependente do consentimento dos pais e/ou responsáveis. Estes termos estão como anexos do projeto de pesquisa.

Endereço: SEPN 510, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN –Unidade II- Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: Brasília

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



ANÁLISE: Pendência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 12 de Julho de 2013

Assinador por: Jorge Alves de Almeida Venancio (Coordenador)

Endereço: SEPN 510, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN –Unidade II- Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: Brasília

E-mail: conep@saude.gov.br