

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



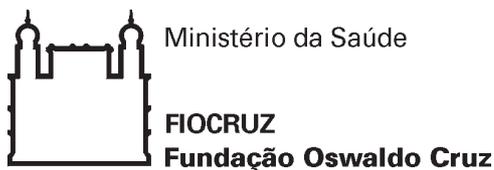
“A Categoria Território como Ferramenta Estratégica no Planejamento das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: Uma Experiência Participativa na Região Sul do Município de Palmas – Tocantins.”

por

Betânia Moreira Cangussu

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Maria Cheble Bahia Braga



Rio de Janeiro, maio de 2014.

Esta dissertação, intitulada

“A Categoria Território como Ferramenta Estratégica no Planejamento das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: Uma Experiência Participativa na Região Sul do Município de Palmas – Tocantins.”

apresentada por

Betânia Moreira Cangussu

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Costa Dias

Prof.^a Dr.^a Katia Reis de Souza

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Cheble Bahia Braga – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 14 de maio de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C222 Cangussu, Betânia Moreira

A categoria território como ferramenta estratégica no planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS: uma experiência participativa na região sul do município de Palmas – Tocantins. / Betânia Moreira Cangussu. -- 2014.

175 f. : il. ; tab.

Orientador: Braga, Ana Maria Cheble Bahia
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Pesquisa Qualitativa.
3. Atenção Primária à Saúde. 4. Território. 5. Trabalho Informal. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

(Paulo Freire)

“Abre a boca a favor do mudo, pelo direito de todos os que se acham desamparados”.

(Prov. 31,8)

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, onisciente, onipresente e onipotente, elevo esta oração, em agradecimento por tão grande bênção concedida. Reconheço oh Pai, que apenas os meus esforços não seriam suficientes para o alcance do fim desejado, mas a Tua mão poderosa esteve sobre mim, em todos os momentos, me guiando e fortalecendo nessa caminhada. Receba meu louvor e gratidão... que eu nunca me esqueça de que, Aquele que me deu a vitória, é infinitamente maior e mais importante do que a vitória em si. Dedico a Ti, em primeiro lugar, esta graça alcançada.

“Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas”.

Rom.11:36a.

À família agradeço pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicionada em meio às lutas e desafios, o que tem me impulsionado a prosseguir em direção às metas planejadas. À minha filha em especial, agradeço pela compreensão às minhas ausências durante este percurso, pois embora ainda tão pequenina, demonstrou maturidade para assimilar as necessidades deste momento.

Aos colegas de trabalho, agradeço pela paciência e apoio durante meus períodos de angústia e apreensão, de superação aos obstáculos enfrentados e de ausências para estudo, além das várias colaborações importantíssimas ao acesso de dados secundários e no planejamento e realização das atividades de campo.

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

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

Aos queridos professores, amantes da saúde do trabalhador, que diariamente contribuem para o fortalecimento da PNSTT no Brasil. Quão grande privilégio foi vivenciar riquíssimos momentos de aprendizado em suas companhias... Agradeço a oportunidade... Tenho a certeza de eternizá-los em minha memória.

Colegas do mestrado, parece que foi ontem nosso primeiro dia de aula, os dois anos de agradável convívio se passaram rapidamente. Agradeço pelo companheirismo e amizade e declaro minha alegria em tê-los conhecido. Formamos uma turma fantástica, vocês são maravilhosos!!!

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

Aos trabalhadores, agradeço por serem minha fonte de inspiração e razão da existência deste estudo.

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

“E aprendi que se depende sempre, de tanta, muita, diferente gente ...

Toda pessoa sempre é, as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas.

É tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente...

Onde quer que a gente vá.

É tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho,

Por mais que pense estar...”.

(Caminhos do coração – Gonzaguinha.)

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo geral contribuir com a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do debate sobre a importância do tema território no planejamento das ações de saúde, em especial, de saúde do trabalhador. Propõe-se a discutir a importância do território como instrumento de planejamento das ações de saúde do trabalhador; experimentar a análise territorial na região sul do município de Palmas – Tocantins, com relação aos potenciais fatores de riscos e impactos à saúde dos trabalhadores advindos das atividades existentes no território e contribuir com a elaboração de propostas de planos de ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador frente aos desafios identificados. O universo escolhido para pesquisa foi à região sul do município de Palmas – Tocantins, por acolher aproximadamente 40% da população da cidade, com maior vulnerabilidade sócio-ambiental: precariedade de indicadores e de moradia. Para tanto se realizou um estudo qualitativo de caráter participante, constituído por três fases: A fase I contemplou a realização de um diagnóstico situacional através da busca de dados secundários; Na fase II realizou-se uma oficina, com a participação de um grupo intersetorial de estudo do território, onde se utilizou as categorias território e planejamento participativo; A fase III consistiu-se na identificação das categorias de análise do discurso, dando destaque aos problemas relatados e às propostas de soluções. O diagnóstico situacional trouxe informações do território em estudo relativas aos dados históricos e sócio-demográficos, atividades produtivas e indicadores de saúde. Na oficina, os principais problemas identificados foram o trabalho informal nos vários ramos de atividade (comércio de prestação de serviços, de venda de mercadorias e indústria), o ambiente e processo de trabalho do funcionalismo público (saúde, educação e segurança), além da percepção de outras questões sociais relacionados ao trabalho. Dentre estes, considerou-se prioritário à intervenção, o trabalho informal da construção civil, salões de beleza, lava-jatos e oficinas mecânicas, além dos serviços públicos da saúde e educação. Desta forma, foram identificados os principais fatores de riscos e agravos e discutidas as propostas de hipóteses de soluções aos problemas mencionados, considerados prioritários. Conclui-se que a análise territorial é uma poderosa ferramenta de planejamento e execução das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde dos trabalhadores. **Palavras chave:** saúde do trabalhador, território, pesquisa participante, trabalho informal, atenção básica à saúde.

ABSTRACT

This research has the general objective to contribute to the implementation of the National Worker's Health Policy in the Brazilian Unified Health System (SUS), from the debate on the importance of the territory in planning health actions, especially to the worker's health. The territory category stands out as an instrument that allows us to understand the health-disease process as a social manifestation. It is proposed to discuss the importance of territory category as a planning tool for occupational health; try the territorial analysis in the southern region of the city of Palmas - Tocantins, with respect to potential risk factors and impacts the health of workers arising in the territory of existing activities and contribute to the development of proposals for action plans in Surveillance in Occupational Health to the challenges identified. The research was to south of the city of Palmas - Tocantins, chosen by host approximately 40% of the city population with higher socio-environmental vulnerability: insecurity indicators and housing. For that we conducted a qualitative study of character participant, consisting of three phases: Phase I included the realization of a situational diagnosis by finding secondary data; In phase II held a workshop with the participation of a cross-sector study group of the territory where the territory was used categories and participatory planning; Phase III consisted up the identification of categories of discourse analysis, highlighting the reported problems and proposed solutions. The situational diagnosis brought information territory under study on historical and socio-demographic data, activities productive and health indicators. In the workshop, the main problems identified were informal work in various branches of activity (trade provision services, sales of goods and industry), the environment and worker process of public service (health, education and security) and the perception of other work-related social issues. Among these, we considered the priority intervention, informal work construction, salons, car washes and mechanical shops, in addition to the public services of health and education. Thus, identified the main risk factors and diseases, and discussed the proposed hypotheses for solutions to the mentioned problems, prioritized. It is conclude that the territorial analysis is a powerful tool for planning and implementation of health promotion, prevention and comprehensive healthcare to workers.

Key words: worker health, territory, research participant, informal work, basic health care.

SUMÁRIO

	Pág.
I - INTRODUÇÃO	16
II - OBJETIVOS	20
II. 1 - Geral	20
II. 2 - Específicos	20
III - PERGUNTA NORTEADORA	21
IV - REFERENCIAL TEÓRICO	22
IV.1 - A Visão de Território Segundo Milton Santos	22
IV.2 - O Território e a Saúde Pública Brasileira	24
IV.3 - Território e Trabalho: A Experiência do Modelo Operário Italiano	27
IV.4 - A Organização Territorial do SUS	28
IV.5 - O Território de Palmas - Tocantins	31
V - METODOLOGIA	38
V.1 - A Pesquisa Participante	38
V.2 - Desenho do Estudo	42
V.2.1 - Fase I	42
V.2.2 - Fase II	43
V.2.2.1 – Seleção dos Participantes das Oficinas	43
V.2.2.2 – Operacionalização do Estudo	44
V.2.3- Fase III – Análise dos Dados	48
V.3 - Aspectos Éticos	48
VI - RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
VI.1- Fase I	50
VI.1.1 – Dados Históricos do Território	50
VI.1.2 – Dados Sócio-Demográficos	52
VI.1.3 – Atividades do Território: SEFAZ - TO	53
VI.1.4 - Indicadores de Saúde	67
VI.2 - Fase II – Oficina “A Saúde do Trabalhador no Território”	75
VI.2.1 - Etapa 1- Observação da Realidade	78

SUMÁRIO(cont.)

	Pág.
VI.2.1.1 – Trabalho Informal	79
VI.2.1.2 – Funcionalismo Público	105
VI.2.1.2 – Outras Questões relacionadas ao Trabalho	125
VI.2.2 - Etapa 2 – Pontos-Chave	139
VI.2.3 - Etapa 3 – Teorização	139
VI.2.4 - Etapa 4 – Hipóteses de Solução	148
VI.2.5 - Etapa 5 – Aplicação à Realidade	155
VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162
ANEXOS	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	176
Termo de Anuência	178
Parecer Consubstanciado do CEP ENSP/FIOCRUZ	179

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde
ACE – Agente de Combate as Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AEMB – Acidente com Exposição ao Material Biológico
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATG – Acidente de Trabalho Grave
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP/ENSP – Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CESTEH – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAE – Código Nacional de Atividade Empresarial
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CODETINS – Companhia de Desenvolvimento do Tocantins
DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DSAST - Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
EACS – Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESF – Estratégia Saúde da Família
FETAET – Federação dos Trabalhadores Agrícolas do Estado do Tocantins
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LER/DORT – Lesão por Esforços Repetitivos/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
MPT – Ministério Público do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA Sul – Pronto Atendimento Sul

LISTA DE SIGLAS (cont.)

PAIR – Perda Auditiva Induzida pelo Ruído
PCCV – Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RH – Recursos Humanos
SANEATINS – Companhia de Saneamento do Tocantins
SEFAZ – Secretaria da Fazenda
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO – Tocantins
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: População e domicílios de Palmas por bairros e setores da Região Sul, IBGE 2010.	53
Tabela 2: N° de atendimentos no Pronto Atendimento Sul, nos anos de 2008, 2010, 2012 e 2013.	74

LISTA DE FOTOGRAFIAS

	Pág.
Foto 1: Vista aérea de Taquaralto – 1992.	52
Foto 2: Centro de Taquaralto – 1992	52

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Quadro 1 – Cronograma	49
Quadro 2: Descrição das atividades presentes no território do Aurenny I, região sul de Palmas – TO.	54
Quadro 3: Descrição das atividades presentes no território do Aurenny II, região sul de Palmas – TO	55
Quadro 4: Descrição das atividades presentes no território do Aurenny III, região sul de Palmas – TO..	57
Quadro 5: Descrição das atividades presentes no território do Aurenny IV, região sul de Palmas – TO	59
Quadro 6: Descrição das atividades presentes no território de Taquaralto, região sul de Palmas – TO	61
Quadro 7: Acidente de Trabalho Grave, segundo CNAE, no território da região sul de Palmas - TO nos anos 2010 e 2011	67
Quadro 8: Acidente de Trabalho Grave, segundo CNAE, no território da região sul de Palmas – TO, no ano de 2012	68
Quadro 9: Faixa etária predominante em notificações de acidente de trabalho no território da região sul de Palmas – TO nos anos 2010, 2011 e 2012	69
Quadro 10: Óbitos relacionados à saúde do trabalhador no território da região sul de Palmas – TO nos anos de 2010, 2011 e 2012	70
Quadro 11: Ocupações que mais acidentaram ou adoeceram no território da região sul de Palmas – TO, no ano de 2010	70
Quadro 12: Ocupações que mais acidentaram ou adoeceram no território da região sul de Palmas – TO, no ano de 2011	71
Quadro 13: Ocupações que mais acidentaram ou adoeceram no território da região sul de Palmas – TO, no ano de 2012	71
Quadro 14: Agravos notificados no Território da região sul de Palmas – TO, no ano de 2010	72

LISTA DE QUADROS (cont.)

	Pág.
Quadro 15: Agravos notificados no Território da região sul de Palmas – Tocantins, no ano de 2011	73
Quadro 16: Agravos relacionados ao trabalho notificados no território da região sul de Palmas – TO, no ano de 2012	73
Quadro 17: Número de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho, segundo sexo, no território da região sul de Palmas – TO, nos anos de 2010, 2011 e 2012	74
Quadro 18: Riscos à saúde dos servidores públicos da saúde do território da região sul do município de Palmas – TO	142
Quadro 19: Riscos à saúde dos servidores públicos da educação do território da região sul do município de Palmas – TO	142
Quadro 20: Riscos à saúde dos trabalhadores da construção civil do território da região sul do município de Palmas – TO	143
Quadro 21: Riscos à saúde dos trabalhadores dos salões de beleza do território da região sul do município de Palmas – TO	143
Quadro 22: Riscos à saúde dos trabalhadores do lava-jato do território da região sul do município de Palmas – TO	144
Quadro 23: Riscos à saúde dos trabalhadores das oficinas mecânicas do território da região sul do município de Palmas – TO	144
Quadro 24: Possíveis agravos relacionados ao trabalho dos servidores públicos da saúde do território da região sul do município de Palmas – TO	145
Quadro 25: Possíveis agravos relacionados ao trabalho dos servidores públicos da educação do território da região sul do município de Palmas – TO	146
Quadro 26: Possíveis agravos relacionados ao trabalho da construção civil do território da região sul do município de Palmas – TO	146
Quadro 27: Possíveis agravos relacionados ao trabalho dos salões de beleza do território da região sul do município de Palmas – TO	146

LISTA DE QUADROS (cont.)

	Pág.
Quadro 28: Possíveis agravos relacionados ao trabalho dos lava-jatos do território da região sul do município de Palmas – TO	146
Quadro 29: Possíveis agravos relacionados ao trabalho das oficinas mecânicas do território da região sul do município de Palmas – TO	147
Quadro 30: Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho nos serviços públicos de saúde do território da região sul de Palmas – TO	148
Quadro 31: Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho nos serviços públicos da educação no território da região sul de Palmas –TO	149
Quadro 32: Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho na construção civil do território da região sul de Palmas – TO	150
Quadro 33: Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho nos salões de beleza do território da região sul de Palmas – TO	151
Quadro 34: Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho nos lava-jatos do território da região sul de Palmas – TO	151
Quadro 35: Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho nas oficinas mecânicas do território da região sul de Palmas – TO	152

I - INTRODUÇÃO

A pesquisa intitulada “A Categoria Território como Ferramenta Estratégica no Planejamento das Ações de Saúde do Trabalhador: Uma Experiência Participativa na Região Sul de Palmas – TO” surge no contexto do movimento Saúde do Trabalhador, inspirada pelo Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, associada à experiência profissional da autora na área. Pretende contribuir com a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, a partir do debate sobre a importância do tema território no planejamento das ações de saúde, em especial de saúde do trabalhador.

Refletindo sobre a trajetória do movimento Saúde do Trabalhador no Brasil, observa-se que este se projeta principalmente a partir da década de 1980, quando vários atores sociais distintos questionam as formas de políticas públicas de saúde até então vigentes. Agrega-se nesse contexto a influência da produção acadêmica, do movimento pela reforma sanitária brasileira, do fortalecimento do movimento dos trabalhadores, da realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores e da criação dos Programas de Saúde do Trabalhador¹.

Como conquista importante, a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a execução de ações de Saúde do Trabalhador torna-se de competência do Sistema Único de Saúde – SUS², em conformidade com a Carta Magna, citada pela Lei Orgânica da Saúde³.

Para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS, o Ministério da Saúde institui como estratégia, no ano de 2002, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, que tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador⁴. No intuito de estruturá-la, a portaria define que sejam organizadas e implantadas ações do SUS.

As ações em questão devem ser realizadas seguindo os mesmos princípios que regem a saúde pública brasileira, tais como universalidade e integralidade, dando ênfase as ações de prevenção e promoção, descentralização e participação social¹.

A partir da necessidade de ampliação e fortalecimento desta rede, nos anos seguintes surgem outras portarias que orientam sua implementação^{5,6}. Definem a estruturação da RENAST a partir da organização e implantação das ações de saúde do trabalhador na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família, Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com a implementação de ações de vigilância e promoção em saúde do trabalhador, e ações na rede assistencial de média e alta complexidade. Nesse contexto, os CEREST são apresentados enquanto *“pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento”*⁴.

Vale ressaltar que desde o ano de 2007, a RENAST encontra-se no organograma do Ministério da Saúde inserida na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST/SVS/MS)⁷.

Recentemente, a RENAST teve como avanço importante: a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída em 2012, que aborda de maneira detalhada os princípios, diretrizes, objetivos, estratégias, responsabilidades dos gestores do SUS, atribuições dos CEREST e das equipes técnicas, avaliação, monitoramento e fontes de financiamento desta política⁸.

Segundo diretrizes do Ministério da Saúde, é objetivo da Vigilância em Saúde analisar a situação de saúde da população, controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios e garantir a integralidade da atenção tanto individual como coletiva, dos problemas de saúde⁹.

Acompanhando o contexto nacional, o CEREST Regional de Palmas foi habilitado em 23 de abril de 2004¹⁰ e segue atualmente, o modelo da estrutura ministerial, encontrando-se inserido na Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – Tocantins. Desde então, tem trabalhado conforme as diretrizes da RENAST, na busca pela implementação da, à época, Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) em sua área de abrangência.

Para tanto, no decorrer desta trajetória, vários desafios foram enfrentados. Dentre eles pode-se citar a dificuldade de entendimento, no início das ações, das reais responsabilidades a serem desempenhadas pelo CEREST, que teve seu começo marcado

pela realização de ações ora de assistência, ora de vigilância, como ocorreu na maioria do país, quadro este já superado.

Outra preocupação que surgiu durante a observação da equipe às ações realizadas, diz respeito à grande quantidade de trabalhadores acidentados e adoecidos em decorrência das condições e processos de trabalho e a decorrente ausência de visibilidade desta situação. Percebeu-se assim a necessidade de sensibilização dos gestores e trabalhadores do SUS e da comunidade em geral por estas notificações, o que foi fortalecido com a publicação da Portaria GM/MS Nº 777/2004, posteriormente substituída pela Portaria GM/MS Nº 104/2011. Tais portarias tratam da notificação compulsória dos agravos relacionados à saúde dos trabalhadores^{11,12}.

Partindo deste princípio, este centro de referência investiu seus esforços iniciais na instituição e implementação da Rede Sentinela de notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador no município de Palmas – TO¹³ na atenção especializada da regional de abrangência do CEREST Regional de Palmas. Como consequência, as notificações começaram a surgir, em número maior as relacionadas aos acidentes de trabalho graves ou fatais e acidentes com exposição ao material biológico, e de maneira tímida, aquelas relacionadas às doenças.

Ainda hoje se destacam as notificações relacionadas aos acidentes de trabalho graves ou fatais. O fato pode ser explicado pela facilidade no estabelecimento do nexo causal do acidente em relação às demais notificações, que necessitam de investigação mais aprofundada do profissional de saúde.

Em resposta ao aumento das notificações, principalmente dos acidentes de trabalho graves ou fatais, o segundo passo foi o fortalecimento das ações de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho e Investigação dos Acidentes e Doenças do Trabalho, que hoje são realizadas periodicamente. São desencadeadas por várias situações além das notificações, sendo elas, denúncias de trabalhadores, ouvidoria e mídia local, demandas do Ministério Público ou ainda planejadas por ramo produtivo e mais recentemente por vigilância de base territorial local. Para tanto, conta-se com a participação de parcerias, tais como as intrasetoriais (vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, municipal ou estadual conforme o caso, CEREST Estadual do Tocantins) e intersetoriais (Ministério Público do Trabalho, Ministério do Trabalho e Emprego, Sindicato dos Trabalhadores), dentre outros.

Além disso, tem-se realizado vários cursos de formação em saúde do trabalhador às equipes da atenção especializada e vigilância em saúde (vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica).

No ano de 2010, o CEREST Regional de Palmas iniciou uma tímida aproximação com gestores da Atenção Básica à Saúde (ABS), mas apenas a partir do ano de 2011 houve contato direto com quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família, onde foram desenvolvidas ações de capacitação sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) e a Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

Baseando-se nesse contexto, esta pesquisa pretende debater a importância da categoria território no planejamento das ações de saúde do trabalhador, a fim de compreender o processo saúde-trabalho-doença no território, contribuindo com a sensibilização das equipes envolvidas e com o adequado planejamento das ações de saúde. Tal pretensão surge considerando que a proposta de territorialização é um mecanismo poderoso no planejamento das ações de promoção e de atenção integral à saúde, uma vez que os projetos nascem das necessidades identificadas pelo território estudado, com a participação da comunidade¹⁴.

A escolha do tema baseia-se na preocupação com a efetiva implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no SUS. Nesse contexto, percebe-se na análise territorial uma poderosa ferramenta de contribuição para o planejamento e execução das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde dos trabalhadores.

II - OBJETIVOS

II.1 - GERAL

- Contribuir com a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT no SUS a partir do debate sobre a importância do tema território no planejamento das ações de saúde, em especial, de saúde do trabalhador.

II.2 - ESPECÍFICOS

- Discutir a importância da categoria território como instrumento de planejamento das ações de saúde do trabalhador;
- Experimentar a análise territorial na região sul do município de Palmas – Tocantins, com relação aos potenciais fatores de riscos e impactos à saúde dos trabalhadores, advindos das atividades existentes neste território;
- Contribuir com a elaboração de propostas de planos de ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador frente aos desafios identificados no território.

III – PERGUNTA NORTEADORA

Qual a utilidade da categoria território para o movimento da Saúde do Trabalhador e como aplicá-la na prática de atuação do SUS?

IV – REFERENCIAL TEÓRICO

Esse capítulo apresenta contribuições para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do debate sobre a importância do tema território no planejamento das ações de saúde, em especial, de saúde do trabalhador. A categoria território se destaca como instrumento que permite entender o processo saúde-doença como manifestação social.

Essa reflexão busca aporte na abordagem territorial de Milton Santos e a revolução que seus conceitos trouxeram à geografia moderna, e como consequência, a vários outros campos de estudo, dentre eles, o campo da saúde. Aborda a experiência vivida pelo Modelo Operário Italiano, no que tange as categorias território e trabalho. Discorre sobre a forma como o SUS encontra-se organizado de maneira territorial, salientando a importância do município neste processo de descentralização.

Desta forma, apresenta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como principal porta de entrada deste sistema e a Saúde da Família como estratégia de organização. Refere a importância desta, na efetiva implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS. Relata ainda, os desafios existentes na incorporação do conceito território, trazidos pelas legislações do SUS, na prática da saúde pública brasileira. Conclui que a análise territorial é uma poderosa ferramenta de planejamento e execução das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Por fim, o município de Palmas – Tocantins é caracterizado, detalhando sua criação e desenvolvimento, com enfoque nos temas “planejamento territorial” e “qualidade de vida”. Contextualiza a atenção básica à saúde neste município e descreve o propósito da pesquisa.

IV.1 – A visão do Território segundo Milton Santos

Vivemos em um tempo onde o mundo está globalizado, a ciência se multiplica a cada dia e as informações são transmitidas ao planeta em questão de segundos.

Compreender esse contexto é uma tarefa árdua, que pode ser amenizada quando se reporta a Milton Santos: o autor que revolucionou a geografia moderna. Para tanto, este discute categorias de análise geográfica, trazendo os conceitos de espaço, lugar, área, região, território, habitat, paisagem e população.

O território usado na perspectiva miltoniana é sinônimo de espaço geográfico, território que abriga todos os homens, de todas as instituições e de todas as organizações. O espaço é considerado então a soma de coisas e relações, a natureza e a sociedade, tendo o trabalho como intermediador¹⁵.

O autor considera ser este conceito indispensável para a compreensão do mundo globalizado, alertando para a diferença entre este território e aquele de interesse das empresas, caracterizando-se num crítico severo da globalização. Questiona a capacidade de se mundializar a moralidade universal, as classes sociais, as aspirações e caráter de um povo. Refere que a tecnologia utilizada no mundo globalizado preocupa-se apenas com o lucro, não importando com as conseqüências ou prejuízos que estes trarão à sociedade^{15,16}.

Para Milton Santos *“É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social”*^{16, pág. 255}.

O autor comenta que o território usado deve ser o mediador entre o mundo e a sociedade nacional e local, e o seu uso se dá pela dinâmica dos lugares. Traz uma nova forma de pensar; conceitua uma nova ordem mundial, que relaciona a ordem global (vertical) e a local (horizontal). O lugar é o espaço concreto que define usos e gera valores, “o espaço do acontecer solidário”; considera que a partir deste é possível resistir às perversidades a ele impostas pelo mundo, ou seja, o papel ativo do território acaba sempre impondo ao mundo uma revanche¹⁶.

O conceito de região também tem sofrido grandes alterações no mundo globalizado, sendo que hoje não é possível analisá-lo isoladamente. Para a correta compreensão de uma região, Milton Santos considera necessário observar como esta se insere na ordem econômica mundial, através de fatores relativos à composição enquanto organização social, política, econômica e cultural¹⁵.

Como forma de buscar explicação para as transformações ocorridas em uma determinada região, o autor orienta a análise das variáveis que compõem o território. Os indicadores citados para esta análise são: “tipologia das tecnologias, dos capitais, da produção, do produto, das firmas, instituições; intensidade, qualidade e natureza dos fluxos;

captação dos circuitos espaciais de produção; peso dos componentes técnicos modernos na produção agrícola; expansão das agroindústrias; novas relações de trabalho no campo; desmaterialização da produção, etc”. Relata que estas só terão valor se analisadas em conjunto¹⁵.

As variáveis de análise citadas pelo autor estão intrinsecamente relacionadas ao mundo do trabalho, confrontando ainda a impossibilidade de intervenção em uma realidade local sem este conhecimento instituído. Assume-se assim, a importância da discussão deste tema no entendimento do contexto de um determinado território.

Segundo o autor, a paisagem está intimamente relacionada com a produção, ou seja, cada forma produtiva necessita de um instrumento de trabalho específico. Como consequência, a produção também está ligada à circulação, distribuição e consumo, e a paisagem por sua vez, vai organizando seus espaços em função destes¹⁵.

Assim sendo, a cidade organiza sua paisagem de acordo com as demandas trazidas pelo mundo capitalista, subordinada a um movimento global, e esta não é estanque, mas é objeto contínuo de mudança¹⁵.

IV.2 - O Território e a Saúde Pública Brasileira

A partir dos conceitos trazidos por Milton Santos, vários campos de estudo têm alterado sua maneira de compreender a dinâmica urbana. Os conceitos de espaço e território têm sido considerados como a forma mais adequada para o entendimento do mundo globalizado, de sua complexa dinâmica social, bem como de suas relações internas e externas ao próprio território.

Com a saúde não tem sido diferente; nos últimos anos têm-se percebido um despertar dos pesquisadores da área para o reconhecimento do território. Este fato é perfeitamente explicável quando se considera que o contexto atual tem alterado as formas de viver, adoecer e morrer. Hoje, tanto as causas como as consequências das questões ambientais e de saúde tornaram-se discussões sociais globais.

Monken et al (2011)¹⁷ relatam que o território passou a ser considerado a maneira mais fidedigna de se conhecer a realidade da população. Nele se inserem as relações sociais e econômicas, as condições ambientais (e de ambiente de trabalho), moradia e circulação, relações de poder, espaços políticos e culturais, o mapeamento de fontes e situações de

risco e vulnerabilidades, bem como os processos de produção da saúde ou da doença das populações.

Rigotto & Augusto (2007)¹⁸ discutem que, a partir do território é possível apreender os processos e as tendências, o que contribui para diagnosticar contextos e situações de risco social. A posse destas informações favorece um adequado monitoramento das ações executadas, sua reformulação, a busca das parcerias intersetoriais e com os segmentos da sociedade, incorporando efetivamente o controle social das ações sobre o território¹⁹.

Assim, a análise territorial torna-se uma valiosa ferramenta no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde, sempre que a investigação/ação envolver grupos sociais. Contribui ainda na avaliação da qualidade dos serviços prestados, permitindo traçar estratégias conjuntas de soluções viáveis, evitando assim a sobrecarga na assistência à saúde. Esse fato permitiu a mudança de foco, que antes era direcionado à doença, para os determinantes sociais das condições de saúde²⁰.

O território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção²¹.

Observa-se também o progresso obtido pela epidemiologia social através da análise territorial. Esta percebeu que a partir desta investigação torna-se possível a interpretação coletiva da doença, podendo revelar o perfil territorial do processo saúde-doença. Assim, o fenômeno biológico está intrinsecamente relacionado e dependente do social²⁰.

Barcellos (2000)²², pág 130 afirma que *“Se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar. Os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultados de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças.”*

Dessa forma, a saúde passa a ser entendida não apenas como a ausência de doença, mas considera também suas dimensões éticas, sociais e culturais^{2, 3, 23}.

Para uma correta análise territorial, as ações em questão devem ser realizadas tanto nos níveis horizontais/locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, etc.) como nos níveis verticais/globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, etc.) e, a partir daí, deve-se estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, etc., o que torna único, apesar de globalizado, cada território abordado²².

Nesse contexto, torna-se impossível pensar em uma ação territorial, que contempla tantas áreas distintas, de maneira isolada. Em sua execução deve ser pensado o diálogo entre as diversas áreas do conhecimento, além da indispensável participação popular. Só assim será possível abordar toda a complexidade dos fenômenos que surgem a partir da interação saúde-ambiente²⁴.

Faria e Bortolozzi (2009)²⁰ concordam com a afirmação, relatando que para que se ocorra uma boa gestão territorial, faz-se necessário a realização de um trabalho interdisciplinar, que contemple áreas como a educação, saúde, moradia, saneamento básico, transporte, dentre outras.

Ribeiro (2007)²⁵ comenta uma experiência ocorrida no período da elaboração do Plano Plurianual 2004-2007 do governo federal e da realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Por iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, o Ministério da Saúde aceitou experimentar o Projeto Saúde 2004, que pretendia conhecer os problemas existentes com relação aos cuidados a saúde do povo brasileiro, a partir da interação entre governo e sociedade, tendo o último, intensa participação no processo.

Como resultado, constataram que os problemas identificados foram peculiares a cada território investigado, fato justificado pelas variáveis políticas, culturais, sociais e econômicas que os cercam, e que portanto, necessitariam de propostas com perfis diferenciados para solucioná-los em cada região, não podendo generalizá-los ao território nacional²⁵.

A autora comenta que o fato demonstra a necessidade da valorização dos vínculos territoriais, geográficos, políticos, federativos, comunitários e culturais, de aproximação da realidade ao planejamento das ações, a fim de identificar alternativas locais, de garantia ao direito universal à saúde da população brasileira²⁵.

Conclui que “é na concretude que assumem as dificuldades do território, vivido como local de moradia, de trabalho, ou como comunidade, que a transversalidade dos problemas, das distintas identidades sociais e das políticas ocorre”²⁵, pag. 1531.

Entende-se, portanto, que o olhar para o território torna-se fator de extrema relevância para uma gestão pública de qualidade, uma vez que através dele é possível analisar e planejar ações coerentes de promoção e atenção integral à saúde.

IV.3 – Território e Trabalho: A Experiência do Modelo Operário Italiano

Um exemplo de experiência bem sucedida no que tange as categorias "Território e Trabalho" foi vivenciada dentro do contexto macro da Reforma Sanitária Italiana, particularmente no Modelo Operário Italiano, relatado na obra de Oddone et al (1986)²⁶.

O movimento teve início no interior das fábricas, a partir da socialização do conhecimento científico por parte dos técnicos aos trabalhadores e sindicatos, com relação às nocividades à saúde percebidas nos locais de trabalho²⁶.

De posse deste empoderamento, a classe operária acompanhada da participação ativa do sindicato, tornou-se protagonista das transformações ocorridas nestes ambientes e processos de trabalho, identificando coletivamente os riscos à saúde ali presentes (através dos critérios de validação consensual, não delegação e grupo homogêneo) e negociando as melhorias necessárias para sua eliminação, na busca pela construção de um ambiente de trabalho saudável ao homem²⁶.

No decorrer deste processo investigativo, percebeu-se que os dilemas enfrentados transcendiam as próprias condições de trabalho, quando se verificou a necessidade da ampliação deste olhar para o contexto social do ambiente que o cerca. Neste momento, o território foi identificado como uma categoria política onde estão inseridas as causas das nocividades, o que torna sua análise viabilizadora da correta avaliação do contexto vivido pelos trabalhadores, a partir do entrelaçamento das informações relativas ao trabalho, dentro e fora da fábrica²⁶.

Desta forma, as experiências desenvolvidas ampliaram-se para regiões, províncias e municípios, onde os territórios foram analisados com foco na categoria trabalho, através de ações organizadas a partir das possibilidades e necessidades locais, em dois períodos distintos: O primeiro caracterizou-se pela melhoria das estruturas sanitárias existentes, a fim de propiciar o conhecimento e diagnóstico dos fatores nocivos existentes; O segundo ocorreu devido ao aumento pela procura ao serviço, quando se percebeu a necessidade de ampliação do mesmo, inicialmente através da criação de uma estrutura sanitária específica para atender a demanda dos trabalhadores e posteriormente a construção de uma política regional para os problemas sócio-sanitários, onde se analisava globalmente os problemas da prevenção à saúde dos trabalhadores²⁶.

“No último quadriênio, houve um especial empenho formativo sobre os temas da reforma sanitária em relação à exigência de estender, ao resto do território, a experiência feita

na fábrica em relação ao conhecimento, controle e à eliminação dos riscos e danos causados à saúde.”²⁶, pág. 97

As mudanças ocorreram no modo de ver e pensar os problemas vividos pelos trabalhadores, onde se verificava tanto aqueles relativos ao ambiente como à organização do trabalho, na construção de acordos coletivos, através da independência de negociação e autonomia de opinião e contestação, na eliminação das causas do dano à saúde.

Os resultados trouxeram propostas inovadoras de desenvolvimento com a valorização de condições de trabalho coerentes com a qualidade de vida, aplicáveis ao território e a sociedade local²⁶.

Cabe ressaltar que, os resultados exitosos contaram com o trabalho coletivo dos atores envolvidos nessas lutas, valorizando a experiência/saber dos trabalhadores.

IV.4 – A organização territorial do SUS

Toda a estruturação do SUS encontra-se territorializada. Este fato pode ser percebido na análise da Lei Orgânica da Saúde (LOS)³, com seus princípios e diretrizes, onde se valoriza a regionalização e descentralização dos serviços de saúde, no atual pacto de gestão²⁷ e na análise dos textos normativos do Ministério da Saúde, tanto da Atenção como da Vigilância em Saúde.

Gondim et al (2008)²⁸ comenta que esta nova forma de organização foi criada com o intuito de responder com resolutividade – equidade e integralidade de ações – às necessidades e problemas de saúde de cada área delimitada.

Nesse sentido, observa-se a organização territorial governamental (federal, estadual e municipal), onde cada ente federativo atua na sua área de abrangência.

O município, neste contexto, adquire um papel de grande importância, uma vez que se destaca pela proximidade de contato com as populações e os territórios onde estas vivem, circulam e geralmente trabalham¹⁷.

A base territorial do município encontra-se dividida através dos princípios de regionalização e hierarquização. Assim, os serviços prestados pelo SUS estão delimitados em áreas de abrangência, coerentes com os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário).

Percebe-se que duas terminologias têm sido utilizadas nos estudos, para referir o primeiro nível de atenção à saúde do SUS, sendo elas “Atenção Básica e Atenção Primária

á Saúde”. Nesta dissertação, optou-se por utilizar o termo “Atenção Básica à Saúde – ABS”, por ser esta a expressão preferencialmente utilizada pelo Governo Federal.

O processo de referência e contra-referência no SUS, iniciado pela atenção básica à saúde, segundo sua legislação, é a principal porta de entrada deste sistema²⁹. Para tanto, traz como principal organização, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca trabalhar através de equipes responsáveis por populações de territórios específicos, de maneira democrática e participativa.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁹, é a partir do diagnóstico situacional deste território que as atividades devem ser planejadas e desenvolvidas, devendo ser este, um espaço de construção da cidadania. Esta política orienta que no processo de trabalho da ESF devem ser consideradas as situações de saúde, características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Para tanto, faz-se necessário uma definição precisa do mesmo, através do mapeamento e reconhecimento da área.

Esta política²⁹ traz ainda que, a participação no processo de territorialização da área de atuação da equipe e a garantia da atenção integral é atribuição comum a todos os profissionais vinculados a ESF. Como estratégia para o alcance da primeira atribuição, orienta que sejam identificados grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. No segundo caso, afirma que estas devem ser executadas através de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, de vigilância à saúde, e realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, dentre outros.

No trabalho da atenção básica à saúde, a territorialização adquire três sentidos diferentes e complementares: a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência³⁰.

A importância do olhar para o território é reforçado na RENAST - nas portarias de estruturação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Postula que para o alcance dos objetivos desta política (fortalecimento, integração, integralidade, transversalidade, dentre outros) faz-se necessária a realização de ações de base territorial,

local onde são identificadas atividades produtivas e situações de risco à saúde dos trabalhadores (Art. 8º, § I e II)⁸.

Orienta ainda que, como estratégia de operacionalização, sejam realizadas ações integradas de Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Básica à Saúde; que seja analisado o perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores; estruturada a RENAST no contexto da Rede de Atenção à Saúde; fortalecida e ampliada à articulação intersetorial e estimulada à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social. Pressupõe para tanto, que o planejamento dessas ações seja efetuado tendo como base as informações trazidas pelo território (capítulo III)⁸.

Entretanto, o cumprimento dessas legislações não tem sido observado na atuação prática do SUS. Ao invés disso, observa-se a realização de ações meramente assistencialistas e individualizadas. Percebe-se ainda que, as notificações compulsórias relacionadas à Saúde dos Trabalhadores¹², raramente são notificadas pela atenção básica.

Faria e Bortolozzi (2009)²⁰ comentam que é comum, em postos de saúde, encontrar mapas que apresentam sua área territorial, mas isto pouco ou quase nada representa de informação, na prática, para a efetiva tomada de decisões da equipe.

Santos e Rigotto (2010)¹⁴ referem que o conceito de território não é discutido na Estratégia Saúde da Família, em seus múltiplos sentidos. Alertam para a necessidade do olhar para o território e suas dinâmicas, nos estudos relacionados à saúde ambiental, saúde do trabalhador e atenção básica à saúde.

Dias et al (2012)³¹ observam que grande parte dos usuários atendidos pelo SUS são trabalhadores, mas que apesar disso, o reconhecimento do trabalho como agente determinante no processo saúde-doença é quase inexistente.

A preocupação aumenta quando se considera que para a inserção efetiva das ações de saúde do trabalhador no SUS, nos dias atuais, faz-se necessário que estas estejam diretamente assimiladas pela Atenção Básica à Saúde (APS) e suas estratégias³².

Nesse sentido, Pessoa et al (2013)³³ explicam que a abordagem territorial contribui com a leitura integrada do espaço social, favorecendo a análise da situação de saúde, do planejamento e implantação das ações, que de fato tragam resolutividade às necessidades locais, portanto identificam o território como o ponto de partida para a organização deste serviço.

Uma proposta de ação, vivenciada através de experiência de campo, é sugerida principalmente com relação à implementação das questões relativas à saúde ambiental e do trabalho na atenção básica à saúde do SUS, afirmando que metodologias analíticas participativas de base territorial, são essenciais para a atuação destas equipes, nos temas apresentados³³.

Para essa experiência, utilizou-se o método do mapeamento participativo em saúde ambiental e do trabalhador na ABS, que contou com uma etapa de problematização crítica da realidade, através da participação de profissionais e comunidade, nas oficinas propostas³³.

A construção participativa deste mapa permitiu conhecer as necessidades de saúde dos trabalhadores locais e incorporar o trabalho nas ações da ABS no território, uma vez que aproximou a equipe do contexto vivenciado e se construiu um plano intersetorial de intervenção aos problemas identificados³³.

Goldstein et al (2013)³⁴ também relatam uma experiência semelhante de mapeamento participativo através da realização de oficinas, que pretendeu construir uma alternativa cartográfica para a Estratégia Saúde da Família, com o intuito de contribuir com a apropriação do conceito território pela ABS e favorecer o vínculo entre as equipes de saúde e a população usuária destes serviços.

Os pesquisadores da área tem identificado um caminho para a apropriação do conceito território pela ABS: a elaboração dos mapas territoriais através da construção participativa, intersetorial e democrática, uma vez que este método permite além do conhecimento, a sensibilização e responsabilização dos atores pelos resultados obtidos e pelas propostas de soluções construídas coletivamente.

Sendo assim, considera-se de fundamental importância o processo de reconhecimento do território pelas equipes envolvidas, para o desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e o provimento de assistência adequada às necessidades da população. Neste, deve-se identificar os processos produtivos instalados e analisar as possíveis repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, da população do entorno e dos impactos sobre o ambiente³¹.

IV.5 - O Território de Palmas - Tocantins

De acordo com Gondim et al (2008)²⁸, em uma cidade é possível encontrar vários lugares diferenciados (residenciais, comerciais, industriais; lugares dos ricos e dos pobres; dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços). É possível ainda encontrar, em

cada um desses lugares, riscos à saúde diferenciados. Conclui-se então que o espaço sofre constante influência da sociedade sobre a natureza, uma vez que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, construindo situações únicas de articulação por cada ator social.

Na análise da criação e desenvolvimento do município de Palmas - Tocantins é possível encontrar o contexto trazido por Gondim et al (2008)²⁸ de maneira evidente. A caracterização trará maior compreensão do município em questão, o que este representa à sua população e seus principais desafios na obtenção de um nível de saúde condizente com o que propõe o conceito ampliado de saúde.

Após a criação do estado do Tocantins, em 1988, as cidades de Araguaína e Gurupi disputaram o cargo de capital do novo estado, além de Miracema do Tocantins, que já sediava o governo provisório. Entretanto, nenhuma delas foi considerada adequada para tal função, sendo que as duas primeiras foram excluídas por questão de localização geográfica e a terceira por ausência de estrutura. Nesse sentido, iniciou-se a busca por um território central para a criação da capital tocantinense, a cidade de Palmas, que teve seu marco inicial em 02 de janeiro de 1989.

Para tanto, criou-se uma comissão responsável pela escolha do local de sua construção. Em abril do mesmo ano, foram apresentadas quatro opções de localidades possíveis, sendo elas Santa Luzia e Mangues - à margem esquerda do Rio Tocantins e Monte do Carmo e Povoado Canela à margem direita do mesmo Rio. Nesse sentido, coube a Assembléia Legislativa a decisão final, que aprovou o quadrilátero onde se localizava o Povoado do Canela, para a construção da Capital.

No dia 20 de maio de 1989, foi lançada a Pedra Fundamental para construção da mais nova capital brasileira. A data foi escolhida no intuito de referendar o dia 20 de maio de 1956, quando foi lançado o 1º manifesto à nação pela criação do Estado do Tocantins. A oficialização da escolha do nome Palmas aconteceu em 05 de julho de 1989 com a aprovação da Lei nº 62 na Assembléia Legislativa. Seu nome possui duas referências diretas: uma como homenagem a São João da Palma – atualmente Paranã, onde Teotônio Segurado lançou o manifesto de independência do norte goiano; a outra prestigia a variedade de espécies de palmeiras no território tocantinense.

A criação do município de Palmas aconteceu em 19 de dezembro de 1989 através da Emenda Constitucional nº 01, que modificou os artigos 3º e 18º das Disposições

Constitucionais Transitórias da Constituição Estadual. Nesta oportunidade foi autorizada a mudança da Sede do Governo do Estado, saído do município de Miracema para Palmas. Já o Poder Executivo e Legislativo Municipal nasceu da incorporação do recém criado Município de Taquaruçu do Porto ao Município de Palmas, transformando Taquaruçu em Distrito; fato que se materializou em 29 de dezembro de 1989 através da Lei nº 28/89.

A instalação de Palmas como capital definitiva do Tocantins ocorreu em 1º de Janeiro de 1990, quando houve a transferência da sede dos poderes de estado, que se encontrava até então na capital provisória do estado, Miracema do Tocantins: assim, a última cidade planejada do século XX e edificada após a Constituição Federal de 1988.

Esta foi construída no centro geográfico do estado, em uma área caracterizada pela vegetação de cerrado, com uma faixa de terra em sua maioria plana. É marcada por uma região com limites bastante definidos, sendo montanhas à margem esquerda (Serra do Lajeado), e o rio Tocantins à margem direita, totalizando uma distância média de 15 km entre as duas margens³⁵.

Para sua implantação, foram levados em consideração aspectos relacionados à distribuição dos espaços habitacionais, centros industriais, locais destinados ao comércio e o centro administrativo. O objetivo almejado era o de impulsionar o desenvolvimento do estado através do crescimento econômico da capital, o que equilibraria em termos geográficos, pela centralização, os municípios mais desenvolvidos das margens da Rodovia Belém-Brasília com as regiões estagnadas e ainda por desenvolver da parte leste do Estado³⁶.

Carvalho e Lira (2005)³⁷ comentam que Palmas proporcionou um paradigma urbano - de modernidade no cerrado brasileiro -, uma vez que foi construída para abrigar o aparelho administrativo do novo estado.

Sendo assim, designou-se no projeto originário para a implantação da área urbana de Palmas, a região situada entre os ribeirões Água Fria (Norte) e Taquaruçu Grande (Sul). Conta com 11.085 hectares e capacidade para abrigar cerca de 1,2 milhões de habitantes. Neste mesmo projeto foram designadas ainda outras duas áreas reservadas à futura expansão da cidade, se necessário, localizadas ao Norte do Ribeirão Água Fria, com 4.625 hectares, e ao Sul do Ribeirão Taquaruçu, com 4.869 hectares³⁸.

O planejamento inicial da cidade de Palmas propôs a divisão em Palmas Centro (plano básico), Palmas Norte e Palmas Sul (área de expansão) com a preocupação de que

estas áreas urbanas fossem habitadas nesta ordem, acompanhando o crescimento da população. Assim, a expansão da cidade ocorreria à medida que as quadras mais centrais fossem sendo ocupadas³⁵.

Segundo Barcellos e Monken (2007)¹⁷, através do planejamento territorial é possível converter o município em benefício para todos. Este mecanismo possibilita a construção de um local com acesso às oportunidades e condições satisfatórias de desenvolvimento municipal. Além disso, favorece a democratização das condições de uso dos recursos disponíveis de forma sustentável. Nesse sentido, o Plano Diretor pode contribuir na redução das desigualdades sociais e territoriais, redistribuindo os riscos e os benefícios da urbanização.

Palmas foi construída com o discurso de uma cidade planejada e democrática, que receberia de “braços abertos” seus novos ocupantes. Tem-se destacado entre as cidades que mais crescem no país, guardadas as devidas proporções, através da migração de pessoas de diferentes regiões do país atraídas por novas oportunidades de vida, o que a tornou uma sociedade marcada pela multiplicidade cultural³⁵.

O censo realizado pelo IBGE no ano de 2010 apresenta Palmas com a população de 228.332 (duzentos e vinte e oito mil, trezentos e trinta e dois) habitantes, que se encontram espalhados em uma área territorial de 2.218,937 Km², e apresenta uma densidade demográfica de 102,90 hab/Km²,³⁹. Em agosto de 2012, os dados do IBGE apresentam a população da cidade com 242.070 habitantes, com crescimento populacional médio, em dois anos, de 8,2%, enquanto a média nacional foi de 1,17%, em função da migração.

Dentre os imigrantes, 56,73% vieram da região norte do país, sendo 51,9% do interior do estado do Tocantins e 4,42% do estado do Pará. A região nordeste contribuiu com 21,48%, destacando-se neste o estado do Maranhão, com 12,95%, seguido pelo Piauí, com 3,3%. A contribuição da região centro-oeste foi de 12,60%, destacando-se o estado do Goiás, com 10,21%, seguido pelo Distrito Federal, com 1,37%. Da região sudeste migraram 5,90%, sendo principalmente dos estados de Minas Gerais (2,91%) e São Paulo (2,27). Da região sul migraram 2,16% dos habitantes, sem destaque por estado³⁹. Desta forma, Palmas foi a capital que obteve no período de dez anos, a maior taxa média de crescimento anual da população, de 5,21%, em função da migração³⁹.

A localização geográfica da cidade, no centro do País, contribuiu também para que esta se tornasse um importante fluxo de capital financeiro, de tecnologias e de poder no

território nacional. Palmas se materializava através do capital público-privado-tecnológico, atendendo aos interesses regulados pelas lideranças políticas regionais, sendo considerada como uma grande região de atração para novos empreendedores imobiliários e de construção, que adquiriram grandes áreas da cidade a preços irrisórios³⁷, tornando a questão econômica, o principal motivo da migração.

Assim, a oportunidade de planejamento territorial de forma a contribuir positivamente na qualidade de vida da população palmense, não foi bem aproveitada por seus gestores. Observou-se, na prática, a contradição entre os discursos oficiais e o desenvolvimento de políticas habitacionais descompromissadas com seu projeto original. A estratégia de implantação por etapas do plano básico não foi obedecida; ao invés disto, se tornou carregada de favorecimentos políticos e pressão do mercado imobiliário³⁵.

Como consequência, os valores dos lotes centrais na cidade de Palmas tornaram-se supervalorizados, e a população menos favorecida financeiramente se viu obrigada a deslocar-se para outras regiões da cidade, em busca da casa própria ou aluguéis acessíveis. Tal fato ocasionou uma ocupação descontínua das quadras residenciais e comerciais da cidade, gerando vazios populacionais em toda a extensão do plano básico e o início de um processo de periferização em outros setores, afastando a população pobre para regiões mais longínquas, com pouca infra-estrutura e dificuldade de acesso aos serviços públicos essenciais, como saúde e educação. Assim, tornou-se impossibilitada a prática de uma política urbana voltada à promoção de moradia digna³⁷.

Nesse sentido, verificou-se que a exclusão sócio-espacial ocorrida foi instituída pelo próprio poder público, que concentrou as terras urbanas mais valorizadas nas mãos de grupos dominantes política e economicamente⁴⁰. No período relativo aos anos de 1991 e 1994, observou-se também invasão da população em diversas áreas da cidade.

“Deixar o mercado de imóveis se regular exclusivamente pelas normas mercadológicas é ser conivente com fenômenos segregativos e antissociais.”^{35, pag. 84.}

As questões de planejamento urbano relativas à expansão da cidade contribuíram para o aumento da densidade demográfica nas regiões Sul e Norte em comparação a população do plano central, sendo que no ano de 2014, apenas a região sul de Palmas engloba atualmente quase 40% de sua população⁴⁰.

A baixa densidade demográfica no plano central reduziu também o número de contribuintes com maior capacidade contributiva. Esse fato teve como consequência, a diminuição da habilidade de reinvestimento do município, onerando o poder público municipal. Surgiram, assim, problemas relativos ao crescimento e ao acesso e qualidade da infraestrutura e instalação de serviços públicos prestados à população³⁵.

Todo esse contexto influenciou fortemente na qualidade de vida dos moradores desta cidade. As regiões sul e extremo norte têm apresentado maior precariedade em alguns indicadores, e por consequência maior vulnerabilidade sócio-ambiental. Verifica-se habitações precárias, sem acesso a pavimentação asfáltica, água encanada e rede de esgoto, o que apresenta reflexo direto na qualidade ambiental, impactando o meio ambiente, a higiene e a saúde da população⁴⁰.

Embora a cidade de Palmas tenha sido planejada com um moderno traçado urbanístico, para os cidadãos, principalmente os mais carentes, apresenta erros que negam o direito à melhoria da qualidade de vida, moradia e trabalho a população local⁴¹.

Dessa maneira, torna-se necessário refletir sobre a forma como a ABS encontra-se estruturada no município de Palmas – TO, uma vez que esta desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o elo de ligação entre o sistema de saúde e a população de um determinado território

Baseando-se nos dados de estimativa populacional do IBGE³⁹ (julho 2012) e informações da Atenção Básica à Saúde do município de Palmas, é possível afirmar que o município apresenta uma cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 75,60%. Esta população encontra-se distribuída nas regiões da cidade, sendo 20,48% na região norte (51.255 habitantes e 15.414 famílias), 39,53% na região central (98.919 habitantes e 29.121 famílias), 38,39% na região sul (96.064 habitantes e 28.498 famílias) e 1,58% na zona rural (3.958 habitantes e 1.192 famílias)⁴².

A Atenção Básica à Saúde deste município encontra-se organizada na região norte com 11 ESF e 1 Estratégia Agentes Comunitários de Saúde - EACS, na região central com 16 ESF e 04 EACS, na região sul com 24 ESF e 2 EACS e na zona rural com 1 ESF e 1 EACS⁴².

Apesar da ampla cobertura populacional, Gomes (2012)⁴³ comenta que as ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica à Saúde do município de Palmas são desenvolvidas

de maneira pontual e informal, tendo como centralidade a doença. Segundo a autora, a realidade observada evidencia a ausência de participação das equipes nas discussões sobre o seu processo de trabalho e no planejamento das ações, sendo seu foco, direcionado ao cumprimento de metas impostas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005)⁴⁴ faz-se necessário compreender que as propostas não podem ser construídas isoladamente e verticalmente, sem levar em conta as realidades locais. Ao contrário, devem fazer parte de uma grande estratégia, articuladas entre si e criadas a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos.

Gomes (2012)⁴³ relata ainda a dificuldade do CEREST Regional de Palmas em conseguir institucionalizar as ações de Saúde do Trabalhador junto ao processo de trabalho da atenção básica à saúde deste município, alertando para a necessidade e importância de uma abordagem participativa, com intuito de implantação destas ações. Para tanto, assinala a relevância da superação de entraves existentes na construção de um modelo de gestão democrática de atenção básica, para que este seja orientado pelos princípios do SUS e ofereça melhoria de qualidade de vida à população trabalhadora.

A pesquisa proposta se baseia nessa assertiva: pretende contribuir com a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a partir da discussão sobre a utilidade prática, da categoria território. Se propõe a discutir de maneira participativa e democrática, os riscos e agravos à saúde que os trabalhadores do território estão expostos, identificando os processos de produção e as relações saúde-trabalho-doença.

O contexto territorial escolhido para a realização deste estudo é a região sul do município de Palmas – Tocantins. Busca compreender de que forma o processo de desenvolvimento deste município tem influenciado as relações de saúde-trabalho-doença no território em questão, a fim de caracterizar os principais fatores de riscos e agravos a que estes trabalhadores estão expostos. Com base nestas informações, elaborar coletivamente um adequado planejamento das futuras ações de intervenção em Saúde do Trabalhador.

V - METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentada a metodologia utilizada para a realização desta pesquisa. O universo escolhido foi a região sul do município de Palmas – Tocantins. O critério de escolha baseou-se no número de moradores deste território (aproximadamente 40% da população da cidade), com maior vulnerabilidade sócio-ambiental: precariedade de indicadores, de moradia (acesso a pavimentação asfáltica, água encanada e rede de esgoto).

Realizou-se um estudo qualitativo de caráter participante, constituído por três fases.

A **Fase I** contemplou a realização de um diagnóstico situacional através da busca de dados secundários. Na **Fase II** realizou-se uma oficina, com a participação de um grupo intersetorial de estudo do território, onde se utilizou as categorias território e planejamento participativo. A **Fase III** consistiu-se na identificação das categorias de análise do discurso, dando destaque aos problemas relatados e às propostas de soluções.

V.1 – A Pesquisa Participante

Partindo dos pressupostos em que se considera o território na perspectiva de Milton Santos como um território vivo e desejando compreender sua complexidade no contexto da Saúde do Trabalhador, torna-se imprescindível ouvir os interlocutores, de maneira participativa e democrática.

Para tanto, considera-se necessário direcionar o olhar à pesquisa participante, que busca ultrapassar a tradicional coleta de dados, mostrando-se um instrumento científico que acrescenta à pesquisa científica o caráter político e pedagógico de produção partilhada de conhecimento social⁴⁵.

No intuito de apropriar-se desse método de pesquisa e compreender seu cenário atual, torna-se necessário conhecer suas características, experiências e objetivos, partindo de suas origens europeia e norte-americana, seguida pela tradição latino-americana.

Uma das origens da pesquisa participante pode ser atribuída aos estudos de alguns cientistas sociais dos Estados Unidos da América ou da Europa, tais como Kurt Lewin, que buscavam compreender a dinâmica social a fim de contribuir com o aprimoramento destas relações, no intuito de melhorar os indicadores de qualidade de vida. Outra origem referenciada, diz respeito a Karl Max, através de seu trabalho realizado com a enquete

operária, reconhecendo que esta possibilitou a investigação social a partir da participação dos grupos das classes populares⁴⁵.

Na América Latina, a pesquisa participante surgiu entre os anos 70 e 80, a partir das experiências de Orlando Fals Borda e Paulo Freire. Apresenta como principal diferencial das tradições europeias e norte-americanas o fato de estar mais próxima dos movimentos sociais populares e seus projetos de transformação social emancipatória. Traz como princípio mais consensuado a impossibilidade da ciência ser neutra e objetiva, reiterando que a contribuição dessa pesquisa está na construção coletiva de conhecimentos, que proporciona ao ser humano, além da instrução, torná-lo mais justo, livre, crítico, criativo, participativo, co-responsável e solidário⁴⁵.

O conhecimento, desta forma, é colocado à disposição da população, instrumentalizando-os na intenção de que ocorra uma transformação social, valorizando a necessidade de primeiramente se conhecer a realidade para então intervir nos problemas elencados⁴⁹.

“A ideia de compromisso com os problemas da sociedade para resolvê-los – primeiro entendê-los e logo resolvê-los – é uma das raízes da investigação participativa^{46, pág. 74}.”

Deste período até a atualidade este método de pesquisa tem se expandido, principalmente nos trabalhos de educação popular e tem se tornado uma alternativa de ação participante. Desta forma, a pesquisa participante apresenta-se sensível a ouvir os pesquisados, o que proporciona um ambiente propício à ativa e crítica participação⁴⁵.

Além disso, a pesquisa participante é considerada pedagógica porque se considera que a troca existente na experiência do diálogo sempre contribui com o aprendizado de algo novo e essencial. É considerada política porque sempre se espera deste conhecimento adquirido alguma transformação no nível de humanização com relação à adequação da direção e organização da vida social^{45,47}.

“... a ênfase na ação... Investigar para quê? Bem, para transformar. Por quê? Porque há injustiça, há exploração e o mundo tem de ser mais satisfatório...^{46, pág. 78}.”

Nessa perspectiva, a pesquisa em questão pretende aprofundar o conhecimento e compreensão da realidade. A intenção é trazer a tona, não simplesmente seu aspecto funcional, mas características subjetivas e particulares da vida social, que direcionam o comportamento das pessoas, ultrapassando o aspecto prescritivo e atingindo o real⁴⁸.

Existem diversas abordagens de pesquisa participante, dentre elas Marcela Gajardo, Maria Ozanira da Silva e Silva relatam a pesquisa-ação, a investigação-ação, a pesquisa participante propriamente dita e a pesquisa militante, apresentando suas peculiaridades⁴⁵.

Independente da proposta de abordagem escolhida, sempre a pesquisa participante deve ter origem no contexto da realidade da vida cotidiana, em sua totalidade, nas diferentes extensões e interações, pois o fluxo destas justificará a realidade social atual⁴⁵. Nesse sentido, afirma-se a necessidade de avaliar as dimensões históricas e ideológicas no estudo dos sistemas sociais, para o real entendimento de sua natureza⁴⁹.

Assim, o fator relevância social torna-se prioridade na pesquisa participante e a distingue das demais modalidades de pesquisa social. Apresenta em seus componentes definidores, a conversão gradativa das relações do investigador com o investigado, de sujeito-objeto para sujeito-sujeito e o conceito de pesquisa popular, enquanto processo de produção de conhecimento. Entende que todos possuem fontes de saber e que estas serão partilhadas em conjunto, através da articulação entre o conhecimento científico e o popular, entre a teoria e a prática, o que possibilitará a construção crítica e dinâmica do conhecimento ampliado da realidade pesquisada^{45:49:50}.

Deste modo, a pesquisa participante apresenta-se comprometida com a realidade, acreditando que a teoria e a prática devem sempre andar juntas e que a educação deve existir tendo como foco de intervenção o contexto de vida social, para que os problemas estudados sejam também os problemas vividos e sentidos pela população investigada.

Essa junção da investigação, educação e ação social converte-se em uma metodologia de transformação social global, ainda que o foco da pesquisa seja local. Isso ocorre devido ao caráter emancipatório, que tem como início o conhecimento da realidade, construído coletivamente, que proporciona a formação de pessoas populares motivadas a transformar os cenários sociais a que estão inseridas⁴⁵.

“E é a possibilidade de transformação de saberes, de sensibilidades e de motivações populares em nome da transformação da sociedade desigual, excludente e regida por princípios e valores do mercado de bens e de capitais, em nome da humanização da vida

social, que os conhecimentos de uma pesquisa participante devem ser produzidos, lidos e integrados como uma forma alternativa emancipatória de saber popular. ”⁴⁵, pág. 44.

Destarte, a pesquisa participante tem como propósitos o conhecimento das necessidades sociais que serão trabalhadas, a partilha das aprendizagens através do diálogo, a construção de um saber popular amplo e contínuo e a participação no empoderamento dos movimentos populares. Os dois primeiros propósitos possuem a característica educativa e de formação do caráter social, os demais acrescentam o empoderamento popular⁴⁵.

Esta alternativa metodológica e ideológica também é apresentada por Gabarrón e Landa, através da valorização de sua identidade epistêmica nos eixos ação transformadora, produção de conhecimentos e participação popular⁴⁹.

Desta forma, os participantes da população envolvidos no processo, transformam-se também em pesquisadores e usufruem da variedade de conhecimentos ricos e complexos construídos coletivamente, para a produção de transformações benéficas a sua comunidade⁵⁰.

Porém, para que o resultado da pesquisa seja de fato relevante, torna-se imprescindível observar a forma de seleção dos problemas a serem investigados. Para tanto, definiu-se que a Investigação-Ação Participativa deve ser estabelecida pelos critérios do sentido que os problemas tenham para a comunidade e da relação destes com o mundo globalizado. Esta escolha pode ser feita antes ou durante o processo de investigação, pela comunidade ou pelo gestor deste processo, mas atentando-se para a necessidade destas serem feitas com base em algo relevante para a população e que possa ter aplicação prática⁴⁹.

Nesse contexto a pesquisa participante se assume enquanto pesquisa prática, que busca não simplesmente suprir lacunas científicas, mas principalmente resolver problemas existentes nos contextos sociais⁴⁷.

Entretanto, para que as informações construídas possam de fato alcançar as transformações desejadas, torna-se de suma importância instrumentalizar a população envolvida e diretamente interessada através da publicização dos resultados dessa avaliação, tendo como alvo os movimentos e as organizações populares⁵⁰.

Esta pesquisa apresenta seu compromisso social de contribuir como uma pesquisa intervenção, através da ciência, na construção coletiva, participativa e democrática da realidade existente no território em estudo, no que diz respeito às características da saúde dos trabalhadores deste território, é claro, tendo no olhar o conceito ampliado de saúde. Para tanto, utilizar-se-á da pesquisa participante, onde a população deste território também será pesquisador do tema em estudo.

V.2 - Desenho do Estudo

V.2.1 – Fase I

Para a realização do diagnóstico situacional realizou-se busca ativa de informações sobre o território em estudo, através de dados secundários, tais como: dados históricos, sócio-demográficos, indicadores de saúde e atividades produtivas.

Em busca da história cultural do povoamento do território da Região Sul de Palmas - TO procurou-se via ofício e in loco a Fundação Cultural de Palmas, através da Gerência de Patrimônio Cultural, solicitando informações sobre o tema. As informações foram enviadas por e-mail ao pesquisador responsável.

A coleta dos dados sócio-demográficos foi feita através de solicitação ao setor de disseminação de informações do IBGE localizado no município de Palmas – Tocantins via telefone e e-mail. Na ocasião foi explicada a importância destas informações para a pesquisa e foram solicitados os dados relativos ao sexo, idade, número de habitantes e domicílios, composição étnica, escolaridade, ocupação, renda per capita e familiar do território em questão. A resposta foi obtida inicialmente por e-mail e complementada por visita in loco.

Para o acesso às informações relativas ao indicador de saúde saneamento básico, foi realizado contato telefônico inicial com a Companhia de Saneamento do Tocantins – SANEATINS, momento em que se explicou o intuito da pesquisa e a necessidade da coleta das informações solicitadas. Em visita in loco foram fornecidos os dados relativos ao índice de abastecimento de água e de esgotamento sanitário nos territórios do município de Palmas – TO.

Para o indicador de saúde perfil de morbi-mortalidade, o setor de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – Tocantins solicitou via ofício, à Vigilância Epidemiológica da mesma secretaria, os dados relativos à internação hospitalar do território da região sul de Palmas e frequência de óbito por causa segundo bairro de

residência, dos anos 2010 a 2012. O setor disponibilizou os dados presentes no Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

No CEREST Regional de Palmas foram disponibilizadas as informações relativas aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho do território da região sul de Palmas – TO, disponíveis no SINAN, no período dos anos 2010 a 2012, sendo ele responsável por estas informações.

O período de 2010 a 2012 foi definido pelo fato dos bancos de dados já terem sido alimentados e, portanto apresentarem maior completude de informações.

Também se realizou visita in-loco ao Pronto Atendimento Sul, local onde são atendidas as urgências e emergências do território de estudo. Interessou a coleta de informações sobre as principais causas de procura por este atendimento. Para tanto, enviou-se ofício ao setor, através da Diretoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – Tocantins, autorizando o fornecimento dos dados para a referida pesquisa. Os resultados foram apresentados pelo gerente do local e pelo enfermeiro responsável por este serviço.

As informações sobre as atividades presentes no território em estudo foram acessadas através do banco de dados da Secretaria da Fazenda (SEFAZ), disponibilizado aos técnicos do CEREST Regional de Palmas para a realização deste mapeamento.

Interessou, nesta fase, o conhecimento acerca do lugar para a identificação e caracterização dos elementos de identidade territorial.

V.2.2 – Fase II

Esta fase contou com a realização de uma oficina, que estudou o território da região sul do município de Palmas – TO, conforme detalhado na operacionalização do estudo.

V.2.2.1 - Seleção dos participantes das oficinas:

Por se tratar de pesquisa qualitativa, os participantes da oficina não foram selecionados de forma probabilística nem segundo critérios de representatividade estatística. As unidades de amostra foram definidas por representatividade geográfica e por participantes que possibilitassem o conhecimento e interpretação do objeto de estudo, em seus diversos olhares e níveis de complexidade.

A participação de um grupo intersetorial de estudo do território na oficina proposta foi priorizada. Para tanto foram convidados gestores da saúde (representantes das gerências

da diretoria de Vigilância em Saúde, sendo elas, gerência da Vigilância em Saúde Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e CEREST, diretoria de Atenção à Saúde, trabalhadores da saúde em especial da Estratégia Saúde da Família da região em estudo) e o controle social do território em análise (Sindicatos, lideranças e moradores locais, etc).

Inicialmente, foi realizado contato inicial, em visita exploratória, com as lideranças de cada setor mencionado, para apresentação da pesquisa e posterior convite, para participação na pesquisa.

Foi esclarecido que as vagas estavam abertas para aqueles que encaixassem nos requisitos propostos, conforme detalhado acima, e estas deveriam ser preenchidas de maneira voluntária, pelos representantes que, após conhecerem a pesquisa, desejassem participar. Caso o número de candidatos fosse acima do número de vagas disponíveis, a decisão final dos participantes deveria ocorrer através do critério de maior representatividade de categorias, e caso necessário, de sorteio, dentre aqueles que aceitassem participar e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 1). Definiu-se a participação de um grupo de, no máximo, 20 participantes, com duração máxima de 24 horas.

A oficina ocorreu no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – Tocantins, nos dias 16, 17 e 18 de setembro de 2013, das 08 às 12 e 14 às 18 horas, com um técnico atuando como mediador das discussões.

V.2.2.2 - Operacionalização do estudo:

A oficina foi realizada através da composição de participantes identificados e selecionados, com a mediação do técnico responsável por este projeto de pesquisa, capacitado para o emprego do método proposto.

As discussões do grupo foram iniciadas com a apresentação dos objetivos da pesquisa e após a introdução foram apresentadas as questões norteadoras inerentes ao objeto do estudo.

Os temas abordados durante as oficinas foram “território como instrumento de planejamento das ações, processos de produção no território abordado, riscos e agravos à saúde dos trabalhadores advindos das atividades produtivas no território em estudo e relação saúde - trabalho – doença”.

A base de planejamento e execução das oficinas foi o campo da educação em saúde e a teoria da problematização, visão construtivista de Paulo Freire, que propõe a educação dialógica como forma de resgatar o conhecimento e a experiência advindos da prática social^{51,52}.

“É portanto, uma proposta metodológica que propõe-se desvendar a realidade para transformá-la”^{53, pág. 785}.

A referência utilizada para essa metodologia foi o Método do Arco, de Charles Maguerez, esquema apresentado por Bordenave e Pereira (1982)⁵⁴. O mesmo apresenta cinco etapas que se desenvolve a partir da realidade, sendo elas: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade^{54,55,56,57} abaixo detalhadas.

Hengemuhle (2004)⁵⁶ comenta que esse processo tem origem na realidade e finaliza também com o retorno à realidade, porém em uma nova dimensão, tendo o grupo participante adquirido conhecimento argumentativo que o possibilita a compreensão e reconstrução fundamentada da sua realidade local e global.

Berbel (1998)⁵⁵ propõe a Metodologia da Problematização como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, para ser utilizada em temas relacionados com a vida em sociedade, sempre que oportuno.

Nesse sentido, pretendeu-se como primeira etapa da oficina^{55,56,57,57} instigar e provocar o grupo, a fim de que estes identificassem os problemas existentes no território em análise (*Observação da Realidade*), que tinham relação com os temas a serem abordados, até que fosse atingido o clímax da discussão. Estes problemas foram debatidos em dois grupos menores, de 6 componentes cada, e apresentados posteriormente a todos os participantes.

Hurtado (2006)⁵⁸ descreve esta etapa como fase de autodiagnóstico dos participantes sobre o processo ou auto-reconhecimento crítico sobre a visão que estes têm do seu território, bem como a interpretação que estes fazem de seu contexto real. Esse processo permite conhecer as ideologias e subjetividades, o enfoque sócio cultural dos participantes com o meio em que vivem, a situação a ser pesquisada e são reconhecidas as atitudes e os comportamentos com os quais dão ênfase ao tema.

A segunda etapa teve como atividade a identificação dos *Pontos-Chave*^{55,56,57,58}, onde os participantes refletiram sobre as possíveis causas dos problemas identificados anteriormente, em maior ou menor escala, delimitando os fatores prioritários a serem estudados. Foi possível uma compreensão mais aprofundada dos problemas, o que facilitou a busca de soluções nessa direção.

A realização da primeira e segunda etapa teve a duração conjunta de oito horas, tendo sido realizadas no primeiro dia da oficina.

Desta forma, prosseguiu-se para a terceira etapa, a *Teorização*^{55,56,57,58}. Esta foi a etapa do estudo, da investigação propriamente dita, momento onde se esclareceram as dúvidas em busca das soluções para as problematizações abordadas. O grupo foi subsidiado teoricamente pelo facilitador, através das informações sobre território, território da saúde, território do município de Palmas e dados sobre saúde do trabalhador, processos produtivos, processo saúde-trabalho-doença, riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, além dos dados coletados na fase I da metodologia.

Esta fase de teorização a partir da prática, e não alheia a ela, permite a construção de conceitos operativos, trabalham-se categorias e ampliam-se horizontes. Este contexto proporciona o desejo pelo conhecimento mais aprofundado, que tragam respostas em um nível de maior complexidade, que não fazem parte do conhecimento natural dos participantes. A teorização é utilizada para encontrar respostas às questões trazidas pelo grupo na etapa anterior⁵⁸.

A terceira etapa ocorreu no segundo dia da oficina e teve a duração de oito horas.

De posse da teorização, partiu-se para a quarta etapa, as *hipóteses de soluções*^{55,56,57,58}. Agora, a partir da fundamentação teórica que se obteve sobre o problema, este foi investigado de todos os ângulos possíveis. Nesta etapa, os participantes se reuniram em grupos menores procurando responder as perguntas:

O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito?

As respostas a estes questionamentos foram as hipóteses de soluções para os problemas a serem trabalhados. Estas perguntas foram respondidas em dois grupos menores, de 6 e 7 componentes cada, através do preenchimento em uma tabela contendo as colunas, o que? como? quando (curto/médio/longo prazo)? quem?.

Esta etapa é considerada a volta à prática que busca coletivamente respostas e soluções as questões e temas abordados⁵⁸.

A quinta e última etapa foi a *Aplicação à Realidade*^{55,56,57,58}, onde chegou-se novamente a realidade, mas agora em outro nível de compreensão, com uma ressignificação do conteúdo. Neste momento, o componente social e político esteve mais presente, ocorrendo um compromisso dos participantes com o seu meio. Assim, cada grupo menor apresentou suas hipóteses de soluções aos participantes da oficina, que, ao final das apresentações, validaram consensualmente as hipóteses surgidas.

A quarta e quinta etapa da oficina teve a duração conjunta de oito horas e ocorreu no terceiro dia da oficina.

A metodologia em questão garantiu um espaço de plena participação, aberto a debates, reflexão, ação, propostas e construção coletiva de conhecimentos de maneira participativa e questionadora, baseada na realidade de situações, fatos e histórias de vida. Superou-se a separação que existe entre teoria e prática, entre conhecimento e trabalho e entre a educação e a vida⁵⁹.

A metodologia participativa e problematizadora exigiu da facilitadora a criação de um clima de confiança e diálogo, com a utilização de ferramentas pertinentes, em diferentes abordagens, de uma liderança flexível, mas ao mesmo tempo cuidadosa em relação ao tempo e à sistematização dos resultados obtidos.

Além disso, a metodologia adotada fomentou a co-responsabilização pelas decisões tomadas, uma vez que esta não é centrada em um único ator, mas construída e pactuada com a participação de um grupo de atores sociais, dentre eles profissionais e comunidade, que se uniram com saberes diferentes, mas de igual valor e importância, em prol de um bem maior.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da oficina e assinaram o TCLE.

A oficina foi realizada no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO e teve a carga horária de 24 horas, cada, distribuídas em 3 dias.

V.2.3 – Fase III - Análise dos dados

A análise dos dados foi feita através do método de *análise do discurso*, que tem como objetivo refletir sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos, sendo este uma unidade de análise. Situa-se numa apropriação da lingüística tradicional e da análise de conteúdo, e numa crítica dessas abordagens⁶⁰.

Assim, as categorias de análise do discurso identificadas na oficina foram classificadas e sistematizadas, desmembrando e agrupando as propostas, de acordo com os tópicos e questões abordadas.

Este procedimento permitiu a categorização das informações coletadas na oficina de estudo do território, possibilitando a identificação dos problemas relacionados à saúde dos trabalhadores existentes no município de Palmas - TO e as propostas de soluções, de acordo com a compreensão do grupo.

Finalmente, para o “tratamento dos resultados”, foram relativizadas as observações e a partir desse ponto, inferências e interpretações, em relação ao tema investigado foram estabelecidas. Com base nessa análise, foi elaborado um cenário a partir da consolidação dos resultados da oficina, tendo como referencial, o território. Pretende-se que o resultado da pesquisa seja publicizado, com o intuito de instrumentalizar a população e os gestores deste processo com a informação necessária para que ocorra de fato uma melhoria da política social local.

V.3 - ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo cumpre os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki e atende às Normas para Realização de Pesquisa em seres humanos (resolução 1956/96 do CNS), conforme parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/ FIOCRUZ. Todos os participantes e/ou seus responsáveis que concordaram em participar deste estudo foram informados quanto ao objetivo da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Quadro 1 – Cronograma

MÊS/ ETAPAS	2013									2014				
	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
Qualificação do projeto	X													
Comitê de Ética		X												
Coleta de dados Secundários			X											
Convites para participação na Oficina			X	X										
Planejamento e Organização da Oficina				X	X									
Realização da Oficina						X								
Análise/Interpretação dos dados							X	X						
Elaboração da Dissertação/discussão									X	X				
Revisão e redação final							X	X	X	X	X	X		
Entrega da dissertação													X	
Defesa da dissertação														X

VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO

VI.1 – Fase I

VI.1.1 - Dados Históricos do Território⁶¹

A região sul da cidade de Palmas é formada pelos bairros dos Jardins Aurenys, Taquaralto e arredores. Os Aurenys surgiram ainda no início da construção desta, em 1990. Taquaralto existia precária e minimamente antes da formação do município de Palmas, mas seu crescimento ocorreu após a criação deste.

O nome “Jardins Aurenys” foi dado aos primeiros bairros da região sul de Palmas, fazendo referência a então Primeira Dama do estado, Senhora Aurenny Siqueira Campos. Compreendem os bairros do Jardim Aurenny I, Aurenny II, Aurenny III, Aurenny IV e seus setores.

O bairro do *Jardim Aurenny I* foi o primeiro bairro de Palmas, implantado em 1990, em uma área que abrangia duas fazendas e que foram vendidas à Administração Pública. O povoamento do bairro iniciou-se com a distribuição de 1.500 lotes pelo estado e distribuição de 78 casas pela Companhia de Desenvolvimento do Tocantins – CODETINS. Entretanto, apesar de se tentar um assentamento sistemático e organizado, no ano de 1991, pessoas de baixa renda invadiram o local, construindo ali barracas de palha e de lona para moradia.

No mesmo ano fundou-se a primeira Associação de Moradores, sendo esta também a primeira de Palmas. Seu fundador, o Senhor João Inocêncio do Vale, foi eleito o primeiro presidente da Associação, exercendo a função nos anos de 1991 e 1992. Atualmente existe um parque no bairro do Jardim Aurenny III, que foi construído em sua homenagem.

Os primeiros templos religiosos construídos no Jardim Aurenny I foram o da Igreja Evangélica Assembléia de Deus, em 1991 e da Igreja Católica, em 1992. A primeira instituição escolar, Escola Estadual Santa Rita de Cássia, surgiu no ano de 1991, seguida em 1995, pela Escola Municipal Aurélio Buarque de Holanda Ferreira.

O Bairro do *Jardim Aurenny II* foi implantado em 1994, também em uma área de fazenda vendida à Administração Pública. O seu povoamento iniciou-se no com a doação à

população de lotes e casas, distribuídos durante os anos de 1994 a 1998, mas as primeiras residências foram feitas de palha.

A primeira Associação de Moradores deste bairro foi criada em 07 de maio de 1996 e suas reuniões aconteciam na Escola Municipal Thiago Barbosa, sendo esta também a primeira do bairro. No ano de 1994 foi construído neste, o Ginásio Poliesportivo Ayrton Senna, que proporcionou sustentação ao esporte e ao lazer de todos os bairros da região sul da cidade (Jardins Aurenys, Taquaralto e arredores).

O *Jardim Aurenys III* também conhecido como Bairro da Liberdade, foi implantado no ano de 1991, em regiões de fazendas. Deste ano até o ano seguinte, foram doadas 180 casas à população, mas antes disso, as primeiras moradias existiam em barracões de lona. A Associação de Moradores foi fundada em 1992. Também foi inaugurado neste ano o templo da igreja católica. No ano de 1993 foi implantado o posto de saúde e fundada a primeira instituição escolar do bairro, o Colégio Estadual Liberdade, seguido no ano de 1997 pela implantação da Escola Municipal Rosemi Fernandes.

O *Jardim Aurenys IV* também é chamado de Novo Horizonte e se formou, assim como os demais, em área de fazendas vendida à Administração Pública. Teve seu início em 1991, através de invasões, e em maio do mesmo ano foi oficializada a ocupação do terreno. Os primeiros moradores instalaram-se em barracas de lona e de palha de babaçu. A Associação de Moradores foi fundada em 1992 e suas reuniões aconteciam no pátio do colégio Estadual Novo Horizonte e na Igreja Nossa Senhora de Fátima.

O bairro de *Taquaralto* teve seu nome em alusão a Fazenda Taquari, doada para a construção do bairro. Essa povoação surgiu onde se encontra hoje a Praça dos Anjos, local em que abrigou até a década de 1970, um cemitério denominado Cipó. Próximo ao cemitério havia um cruzamento de estradas que conduziam aos municípios de Porto Nacional, Tocantínia e de Taquaruçu, hoje distrito de Palmas. Nesses arredores havia seis casas e uma pequena venda que abastecia precariamente o povoado. Com a criação do município de Palmas, Taquaruçu passou a ser distrito de Palmas e seu então prefeito Fenelon Barbosa Sales foi alçado ao posto de prefeito de Palmas.

Após a criação do município de Palmas, Taquaralto cresceu e tornou-se um bairro populoso. Hoje Taquaralto é considerado o principal bairro de Palmas, já ultrapassando na população a maioria dos municípios tocantinenses. É um bairro bastante movimentado,

apresentando um dos maiores crescimentos populacionais do município, pois costuma abrigar um fluxo migratório cada vez maior de pessoas que chegam à capital do Tocantins.

**Foto 1: Vista aérea de Taquaralto
- 1992**



**Foto 2: Centro de Taquaralto
- 1992**



VI.1.2 - Dados Sócio-Demográficos

O setor de disseminação de informações do IBGE de Palmas – Tocantins explicou que o município de Palmas não é dividido legalmente para caracterização por regiões ou por bairros, tornando essa divisão meramente administrativa e por este motivo, não há informações pormenorizadas sobre essa região. Este considerou todos os setores da região sul como pertencentes à Taquaralto, disponibilizando informações relativas ao número de habitantes e domicílios, dados obtidos no nível de setor Censitário, que é dividido a cada 200 domicílios, sendo esta a menor unidade territorial que o IBGE trabalha³⁹.

Com o intuito de facilitar a compreensão de seus dados, o IBGE utilizou-se da divisão administrativa utilizada pela Secretaria de Desenvolvimento e Habitação do município de Palmas, Tocantins, na organização destas informações.

A tabela 2 apresenta a população e número de domicílios por bairros e setores da região sul de Palmas – Tocantins³⁹.

Tabela 1: População e domicílios de Palmas por bairros e setores da Região Sul, IBGE 2010.

QUADRAS	POPULAÇÃO	DOMICÍLIOS
Aureny I	6063	1930
Aureny II	8101	2568
Aureny III	19490	5863
Aureny IV	8702	2725
Santa Fé	4763	1563
Santa Fé 2	1879	589
Santa Helena	784	227
Lago Sul	2580	619
Setor Aeroporto	429	123
Aeroporto	25	6
Irmã Dulce	2503	740
Santa Bárbara	5331	1573
Setor Sul	2710	878
Morada Do Sol	1941	583
Morada Do Sol 2	1884	815
Taquari	6756	1985
Sônia Regina	559	176
Maria Rosa	1278	358
Bela Vista	3833	1189
Sol Nascente	2317	616
Taquaruçu	4728	1615
Buritirana	1551	535
Area Rural Taquaralto	626	190
Total Região Sul	88833	27466

Como se verifica na tabela 2, o IBGE considerou toda a região mencionada como pertencente à Taquaralto. Dentre os setores descritos, a maior população encontra-se no Aureny III. A população da região sul equivale a 38,91% da população de Palmas.

VI.1.3 – Atividades do território: SEFAZ – TO

De acordo com os dados secundários fornecidos pela Secretaria da Fazenda do Tocantins (SEFAZ - TO), os quadros abaixo (2, 3, 4, 5 e 6) descrevem as principais atividades existentes no território da região sul de Palmas, informações organizadas através da distribuição destas nos bairros do Aureny I, Aureny II, Aureny III, Aureny IV e Taquaralto:

Quadro 2 – Descrição das atividades presentes no território do Aurenny I, região sul de Palmas - TO.

Setor Terciário ou de Serviços: Comércio varejista de venda de mercadorias	
1.	De produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas;
2.	De materiais de construção em geral;
3.	De artigos de joalheria;
4.	De combustíveis para veículos automotores;
5.	De artigos do vestuário e acessórios;
6.	De artigos de papelaria;
7.	De mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – minimercados, mercearias e armazéns;
8.	De motocicletas e motonetas novas;
9.	De mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios- supermercados;
10.	De peças e acessórios novos para veículos automotores;
11.	De peças e acessórios para motocicletas e motonetas;
12.	De tecidos;
13.	De carnes, açougues;
14.	De cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal;
15.	De artigos de armarinho;
16.	De artigos de cama, mesa e banho;
17.	De móveis;
18.	De gás liquefeito de petróleo;
19.	De bicicletas e triciclos, peças e acessórios;
20.	De lubrificantes;
21.	De vidros;
22.	De artigos do vestuário e acessórios;
23.	De bebidas;
24.	De eletrodomésticos e equipamentos de áudio e vídeo;
25.	De equipamentos e suprimentos de informática;
26.	De pneumáticos e câmaras-de-ar;
27.	De tabacaria.
Setor Terciário ou de Serviços: Comércio atacadista de venda de mercadorias	
28.	De artigos de escritório e de papelaria;
29.	De produtos alimentícios em geral;
30.	De artigos de armarinho.
Setor Terciário ou de Serviços:	

Prestação de serviços	
31	De restaurantes e similares;
32	De fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para consumo domiciliar;
33	De reparação e manutenção de equipamentos eletroeletrônicos de uso pessoal e doméstico;
34	De serviços de funerárias;
35	De fotocópias;
36	De atividades de associações de defesa de direitos sociais;
37	De lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares;
38	De transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional;
39	De recuperação de materiais não especificados anteriormente;
40	De treinamento em informática;
41	De transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, intermunicipal, exceto em região metropolitana;
42	De recuperação de materiais não especificados anteriormente;
43	De bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas;
44	De reparação e manutenção de computadores e de equipamentos periféricos;
45	De agências de viagens.
Setor Secundário:	
Atividades industriais/fabricação	
46	De produtos de padaria e confeitaria com predominância de produção própria;
47	De estruturas metálicas;
48	De aparelhamento de placas e execução de trabalhos em mármore, granito, ardósia e outras pedras.
49	De construção de estações e redes de distribuição de energia elétrica;
50	De construção de edifícios.
Setor Primário:	
Atividades agrícolas	
51	Horticultura, exceto morango.

Quadro 3 – Descrição das atividades presentes no território do Aurenny II, região sul de Palmas - TO.

Setor Terciário ou de Serviços:	
Comércio varejista de venda de mercadorias	
1.	De materiais de construção em geral;
2.	De produtos alimentícios em geral ou especializado;
3.	De pneumáticos e câmaras-de-ar;
4.	De mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – minimercados, mercearias e armazéns;

5.	De peças e acessórios para motocicletas e motonetas;
6.	De materiais de construção em geral;
7.	De artigos de papelaria;
8.	De peças e acessórios novos para veículos automotores;
9.	De carnes – açougues;
10	De artigos de vestuário e acessórios;
11	De bicicletas e triciclos, peças e acessórios;
12	De outros produtos não especificados anteriormente;
13	De equipamentos e suprimentos de informática;
14	De produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas;
15	De peças e acessórios novos para veículos automotores;
16	De ferragens e ferramentas;
17	De peças e acessórios para aparelhos eletroeletrônicos para uso doméstico, exceto informática e comunicação;
18	De outros artigos usados;
19	De material elétrico;
20	De lojas de departamentos ou magazines;
21	De tintas e materiais para pintura;
22	De artigos de cama, mesa e banho;
23	De vidros;
24	De motocicletas e motonetas novas.
Setor Terciário ou de Serviços:	
Comércio atacadista de venda de mercadorias	
25	De cereais e leguminosas beneficiados;
26	De material elétrico;
27	De ferragens e ferramentas;
28	De produtos alimentícios em geral;
29	De produtos alimentícios em geral, com atividades de fracionamento e acondicionamento associada;
30	De lubrificantes;
31	De madeira e produtos derivados;
32	De outros produtos intermediários não especificados anteriormente;
33	De defensivos agrícolas, adubos, fertilizantes e corretivos do solo;
34	De padaria e confeitaria com predominância de revenda;
35	De aves vivas e ovos.
Setor Terciário ou de Serviços:	
Prestação de serviços	
36	De manutenção e reparação mecânica de veículos e automotores;
37	De transporte rodoviário de carga, excetos produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional;

38	De transporte de passageiros – locação de automóveis com motorista;
39	De locação de automóveis sem condutor;
40	De restaurantes e similares;
41	De lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares;
42	De manutenção e reparação mecânica de veículos automotores;
43	De agências de viagens;
44	De bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas;
45	De instalação e manutenção de sistemas centrais de ar condicionado, de ventilação e refrigeração;
46	De construção de edifícios.
Setor Secundário	
Atividades industriais/fabricação	
47	De artigos para viagem, bolsas e semelhantes de qualquer material;
48	De confecções de peças do vestuário, exceto roupas íntimas e as confeccionadas sob medida;
49	De confecções de roupas íntimas;
50	De móveis com predominância de madeira.

Quadro 4 – Descrição das atividades presentes no território do Aurenly III, região sul de Palmas - TO.

Setor Terciário ou de Serviços:	
Comércio varejista	
1.	De materiais de construção em geral;
2.	De produtos alimentícios em geral ou especializado em produtos alimentícios não especificados anteriormente;
3.	De mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – supermercados;
4.	De bicicletas e triciclos, peças e acessórios;
5.	De produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas;
6.	De mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – minimercados, mercearias; e armazéns;
7.	De móveis;
8.	De artigos de armarinho;
9.	De materiais de construção não especificados anteriormente;
10	De artigos de papelaria;
11	De gás liquefeito de petróleo;
12	De peças e acessórios para motocicletas e motonetas;
13	De artigos do vestuário e acessórios;
14	De artigos de cama, mesa e banho;
15	De hortifrutigranjeiros;
16	De combustíveis para veículos automotores;

17	De peças e acessórios novos para veículos automotores;
18	De bebidas;
19	De carnes, açougues;
20	De eletrodomésticos e equipamentos de áudio e vídeo;
21	De ferragens e ferramentas;
22	De lubrificantes;
23	De equipamentos e suprimentos de informática;
24	De madeira e artefatos;
25	De mercadorias em loja de conveniência;
26	De material elétrico;
27	De vidros;
28	De outros artigos de uso domésticos não especificados anteriormente.
Setor Terciário ou de Serviços:	
Comércio atacadista	
29	De frutas, verduras, raízes, tubérculos, hortaliças e legumes frescos;
30	De padaria e confeitaria com predominância de revenda;
31	De gás liquefeito de petróleo;
32	De embalagens;
33	De fios e fibras têxteis beneficiados;
34	De artigos de armarinho.
Setor Terciário ou de Serviços:	
Prestação de serviços	
35	De transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, intermunicipal,
36	De transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, municipal;
37	De transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional;
38	De transporte escolar;
39	De aluguel de máquinas e outros equipamentos agrícolas sem operador;
40	De locação de embarcações sem tripulação, exceto para fins recreativos;
41	De incorporação de empreendimentos imobiliários;
42	De locação de mão de obra temporária;
43	De restaurantes e similares;
44	De reparação e manutenção de computadores e de equipamentos periféricos;
45	De manutenção e reparação de motocicletas e motonetas;
46	De lanternagem ou funilaria e pintura de veículos automotores;
47	De atividades associativas não especificadas anteriormente;
48	De atividades paisagísticas.
Setor Secundário:	
Atividades industriais/fabricação	

49	De especiarias, molhos, temperos e condimentos;
50	De embalagens de material plástico;
51	De outros artigos de carpintaria para construção;
52	De estruturas pré-moldadas de concreto armado, em série e sob encomenda;
53	De construção de rodovias e ferrovias;
54	De construção de edifícios.
Setor Primário: Atividades agrícolas	
55	De cultivo de banana.

Quadro 5 – Descrição das atividades presentes no território do Aurenny IV, região sul de Palmas - TO.

Setor Terciário ou de Serviços: Comércio varejista	
1.	De artigos do vestuário e acessórios;
2.	De artigos de armarinho;
3.	De produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas;
4.	De materiais de construção em geral;
5.	De outros produtos não especificados anteriormente;
6.	De materiais de construção não especificados anteriormente;
7.	De mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – minimercados, mercearias e armazéns;
8.	De padaria e confeitaria com predominância de produção própria;
9.	De outros artigos usados;
10	De mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – supermercados;
11	De gás liquefeito de petróleo;
12	De móveis;
13	De madeira e artefatos;
14	De peças e acessórios para motocicletas e motonetas;
15	De materiais de construção em geral;
16	De artigos de papelaria;
17	De carnes – açougues;
18	De equipamentos e suprimentos de informática;
19	De madeira e artefatos;
20	De bebidas;
21	De cama, mesa e banho;
22	De equipamentos e suprimentos de informática;
23	De cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal;

24	De combustíveis para veículos automotores
25	De pneumáticos e câmaras de ar;
26	De eletrodomésticos e equipamentos de áudio e vídeo;
27	De ferragens e ferramentas.
Setor Terciário ou de Serviços:	
Comércio atacadista	
28	De pães, bolos, biscoitos e similares;
29	De mercadorias em geral, sem predominância de alimentos ou de insumos agropecuários;
30	De ferragens e ferramentas;
31	De materiais de construção em geral;
32	De padaria e confeitaria com predomínio de revenda.
Setor Terciário ou de Serviços:	
Prestação de serviços	
33	De transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, municipal;
34	De transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional;
35	De restaurantes e similares;
36	De exploração de jogos eletrônicos recreativos;
37	De recuperação de sucatas de alumínio;
38	De impressão de material para uso publicitário.
Setor Secundário:	
Atividades industriais/fabricação	
39	De produtos de panificação;
40	De construção de edifícios;
41	De construção de estações e redes de distribuição de energia elétrica;
42	De obras de acabamento em gesso e estuque;
43	De cal e gesso.
Setor Primário:	
Atividades agrícolas e pecuárias	
44	De cultivo de milho;
45	De cultivo de mamão;
46	De criação de bovinos para leite.

Quadro 6 – Descrição das atividades presentes no território de Taquaralto, região sul de Palmas - TO.

Setor Terciário ou de Serviços:	
Comércio varejista	
1.	De cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal;
2.	De artigos do vestuário e acessórios;
3.	De materiais de construção não especificados anteriormente;
4.	De gás liquefeito de petróleo;
5.	De outros produtos não especificados anteriormente;
6.	De peças e acessórios novos para veículos automotores;
7.	De artigos de papelaria;
8.	De produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas;
9.	De calçados;
10.	De bebidas;
11.	De tintas e materiais para pintura;
12.	De artigos de armarinho;
13.	De materiais de construção em geral;
14.	De tecidos;
15.	De ferragens e ferramentas;
16.	De pneumáticos e câmaras-de-ar;
17.	De equipamentos de telefonia e comunicação;
18.	De artigos de cama, mesa e banho;
19.	De plantas e flores naturais;
20.	De mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – minimercados, mercearias e armazéns;
21.	De eletrodomésticos e equipamentos de áudio e vídeo;
22.	De materiais de construção não especificados anteriormente;
23.	De tabacaria;
24.	De medicamentos veterinários;
25.	De móveis;
26.	De artigos de joalheria;
27.	De carnes, açougues;
28.	De equipamentos e suprimentos de informática;
29.	De suvenires, bijuterias e artesanatos;
30.	De combustíveis para veículos automotores;
31.	De artigos de caça, pesca e camping;
32.	De mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – supermercados;
33.	De mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – hipermercados;
34.	Lojas de departamentos ou magazines;

35.	De artigos fotográficos e para filmagem;
36.	De bicicletas e triciclos, peças e acessórios;
37.	De doces, balas, bombons e semelhantes;
38.	De artigos de óptica;
39.	De produtos alimentícios em geral ou especializado em produtos alimentícios não especificados anteriormente;
40.	De pedras para revestimento;
41.	De frutas, verduras, raízes, tubérculos, hortaliças e legumes frescos;
42.	De madeira e artefatos;
43.	De peças e acessórios para motocicletas e motonetas;
44.	De materiais hidráulicos;
45.	De laticínios e frios;
46.	De instrumentos musicais e acessórios;
47.	De discos, CDs, DVDs e fitas;
48.	De outros artigos de uso doméstico não especificados anteriormente;
49.	De floricultura;
50.	Lojas de variedades, exceto loja de departamentos ou magazines;
51.	De animais vivos e de artigos e alimentos para animais de estimação;
52.	De artigos de colchoaria;
53.	De artigos de tapeçaria, cortinas e persianas;
54.	De artigos de viagem;
55.	De hortifrutigranjeiros;
56.	De motocicletas e motonetas novas;
57.	De mercadorias em lojas de conveniência;
58.	De vidros;
59.	De peças e acessórios para aparelhos eletroeletrônicos para uso doméstico, exceto informática e comunicação;
60.	De livros.
Setor Terciário ou de Serviços:	
Comércio atacadista	
1.	De artigos de vestuário e acessórios, exceto profissionais e de segurança;
2.	De matérias-primas agrícolas não especificadas anteriormente;
3.	De leite e laticínios;
4.	De padaria e confeitaria com predominância de revenda;
5.	De frutas, verduras, raízes, tubérculos, hortaliças e legumes frescos;
6.	De lubrificantes;
7.	De móveis e artigos de colchoaria;
8.	De outros equipamentos e artigos de uso pessoal e doméstico não especificados anteriormente;
9.	De cosméticos e produtos de perfumaria;

10.	De ferragens e ferramentas;
11.	De materiais de construção em geral;
12.	De peças e acessórios novos para veículos automotores;
13.	De equipamentos de informática;
14.	De pescados e frutos do mar;
15.	De calçados;
16.	De tecidos;
17.	De pneumáticos e câmaras-de-ar;
18.	De aparelhos eletrônicos de uso pessoal e doméstico;
19.	De gás liquefeito de petróleo;
20.	De embalagens;
21.	De outros produtos intermediários não especificados anteriormente.
22.	De produtos alimentícios em geral;
23.	De mercadorias em geral, sem predominância de alimentos ou de insumos agropecuários;
24.	De artigos de tapeçaria, persianas e cortinas.
Setor Terciário ou de Serviços:	
Prestação de serviços	
25.	De aluguéis de imóveis próprios;
26.	De transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, intermunicipal, exceto em região metropolitana;
27.	De transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional;
28.	De apart-hotéis;
29.	De hotéis;
30.	De instalação e manutenção elétrica;
31.	De instalação, manutenção e reparação de acessórios para veículos automotores;
32.	De impressão de livros, revistas e outras publicações periódicas;
33.	De impressão de material para outros usos;
34.	De impressão de material para uso publicitário;
35.	De impressão de material de segurança;
36.	De edição integrada à impressão de cadastros, listas e de outros produtos gráficos;
37.	De reparação e manutenção de computadores e de equipamentos periféricos;
38.	De reparação e manutenção de equipamentos eletroeletrônicos de uso pessoal e doméstico;
39.	De alimentação para eventos e recepções – bufê;
40.	De manutenção e reparação mecânica de veículos automotores;
41.	De manutenção e reparação elétrica de veículos automotores;
42.	De manutenção e reparação de motocicletas e motonetas;
43.	De alinhamento e balanceamento de veículos automotores;
44.	De locação de automóveis sem condutor;

45.	De atividades de organizações sindicais;
46.	De engenharia;
47.	De laboratórios fotográficos;
48.	De depósito de mercadorias para terceiros, exceto armazéns gerais e guarda-móveis;
49.	De lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares;
50.	De restaurantes e similares;
51.	De reprodução de vídeo em qualquer suporte;
52.	De reforma de pneumáticos usados;
53.	De informação não especificados anteriormente;
54.	De fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para empresas;
55.	De comunicação multimídia;
56.	De lanternagem ou funilaria e pintura de veículos automotores;
57.	De coleta de resíduos não perigosos;
58.	De atividades associativas não especificadas anteriormente;
59.	De representantes comerciais e agentes do comércio de madeira, material de construção e ferragem;
60.	De salas de acesso à internet.
Setor Secundário	
Atividades industriais/fabricação	
61.	De artefatos de cerâmica e barro cozido para uso na construção, exceto azulejos e pisos;
62.	De produtos cerâmicos refratários;
63.	De extração e britamento de pedras e outros materiais para construção e beneficiamento associado;
64.	De outros produtos de metal não especificados anteriormente;
65.	De artefatos de cimento para uso na construção;
66.	De estruturas pré-moldadas de concreto armado, em série e sob encomenda;
67.	De outros artefatos e produtos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes;
68.	De produtos de panificação industrial;
69.	De produtos de padaria e confeitaria com predominância de produção própria;
70.	De produtos de limpeza e polimento;
71.	De aparelhamento de placas e execução de trabalhos em mármore, granito, ardósia e outras pedras;
72.	De móveis com predominância de metal;
73.	De artigos do vestuário, produzidos em malharias e tricotagens, exceto meias;
74.	De cabines, carrocerias e reboques para caminhões;
75.	De sorvetes e outros gelados comestíveis;
76.	De esquadrias de metal;
77.	De edifícios;
78.	De construção não especificados anteriormente;
79.	De obras de acabamento em gesso e estuque;
80.	De obras de terraplanagem;
81.	De peças do vestuário, exceto de roupas íntimas e as confeccionadas sob medida.

Setor Primário	
Atividades agrícolas e pecuárias	
82.	De cultivo de mandioca;
83.	De cultivo de soja;
84.	De cultivo de manga;
85.	De cultivo do milho;
86.	De cultivo de arroz;
87.	De horticultura, exceto morango;
88.	De cultivo de maracujá;
89.	De cultivo de outras plantas de lavoura temporária não especificadas anteriormente;
90.	De criação de caprinos;
91.	De criação de frangos para corte;
92.	De criação de outros galináceos, exceto para corte;
93.	De criação de suínos;
94.	De criação de bovinos para corte;
95.	De criação de ovinos, inclusive para produção de lã;
96.	De criação de bovinos para leite;
97.	De criação de animais de estimação.

Percebe-se que existe no território da região sul de Palmas - TO, um predomínio das atividades relativas ao setor terciário ou de serviços e a tímida presença dos setores secundários e primários. Observa-se que, no bairro do Aurenny II, as atividades relativas ao setor primário não apareceu nos dados coletados. Fato semelhante ao que ocorre em toda a cidade e se justifica por ter sido Palmas concebida para ser o centro administrativo e econômico do Tocantins.

Pena & Minayo (2010)⁶², comentam que o setor de serviços tem sido o principal responsável pelas vagas de emprego surgidas no Brasil, mas que apesar disso, ainda há poucos estudos sobre seu processo de trabalho, diferentemente do que ocorre com o setor secundário. Alertam que para o entendimento do processo de trabalho neste setor, faz-se necessária a análise de conceitos como a simultaneidade, co-presença, co-produção, autosserviço e gestão emocional, devido a característica de proximidade entre trabalhador e consumidor.

Explicam que a simultaneidade ocorre principalmente com a co-presença de trabalhadores e consumidores ao mesmo tempo, no mesmo ambiente de trabalho e na execução das tarefas, na relação entre produção e consumo, ainda que esta ocorra de

maneira virtual. Neste contexto o consumidor faz parte deste processo de trabalho e pode ser considerado ali, como um fator de risco biológico, psicológico e/ou ergonômico. Lembram também que a simultaneidade poderá ocorrer sem a necessidade da co-presença, no caso do consumidor não estar presente na realização da atividade, como ocorre no momento do transporte de mercadorias⁶².

A co-produção ocorre intensamente no setor de serviços, é comentada como a solução possível elaborada de acordo com os interesses dos clientes, ou seja, a decisão do produto final sofre influência direta, de acordo com a satisfação das necessidades e procura de sua clientela⁶².

O autosserviço também é comumente encontrado neste setor. Explica-se pelo fato do consumidor entrar no processo de trabalho, ao executar tarefas que antes eram destinadas aos trabalhadores. Quando isto ocorre, o cliente torna-se um agente estressor no trabalho, visto que, sem perceber, acaba por executar tarefas de cunho gerencial, através da vigília constante a realização das atividades dos trabalhadores, contribuindo para o surgimento de modelos ergonômicos nocivos à saúde dos mesmos⁶².

O setor de serviços traz ainda questões em seu processo de trabalho, que dizem respeito à gestão emocional, tais como o sofrimento, o estresse e a emoção. Esta carga de trabalho emocional justifica-se pela característica existente neste setor, de proximidade do trabalhador com o consumidor, buscando estabelecer condutas para as posturas corporais, linguísticas, estéticas, afetivas e morais. Entretanto, quando estas são realizadas de maneira permanente, contribuem com a ruptura do verdadeiro estado de ser da pessoa⁶².

“O sorriso e a expressão facial, dissociadas de afeto, e a beleza padronizada são incorporadas ao processo de trabalho do serviço, segundo critérios raciais, sexuais, etários e outros, engendrando um rigoroso enquadramento corporal do trabalhador. Nessa perspectiva, o temor do trabalhador se concentra na perda dos parâmetros emocionais e estéticos definidos pela empresa para se manter no trabalho”^{62, pág. 380}.

Desta forma, os autores comentam que para uma correta abordagem intervencionista nestes processos de trabalho no setor de serviços, faz-se necessário a apropriação dos conceitos apresentados, que permitem compreender as novas formas de adoecimentos relacionados ao trabalho⁶².

VI.1.4 – Indicadores de Saúde:

Com relação ao *Saneamento Básico*⁶³, os bairros Aurenly, Taquaralto e seus setores da região sul de Palmas-Tocantins, possuem um índice de abastecimento de água de 98% e cobertura de rede de esgoto de 29,07%. Distritos próximos a estes bairros, como Taquaruçu e Buritirana, também na região sul de Palmas, possuem 91,2% e 98% de abastecimento de água respectivamente e não possuem rede de esgoto.

Apesar dos índices satisfatórios de abastecimento de água, percebe-se um esgotamento sanitário precário, bem abaixo do identificado no plano diretor (74,48%).

A Organização Mundial de Saúde (OMS)²³ considera o saneamento básico precário, uma grave ameaça à saúde humana. Representa baixa qualidade de vida e aumento da vulnerabilidade social.

As informações referentes ao perfil de *morbi-mortalidade* da região sul do município de Palmas - Tocantins, nos anos de 2010 a 2012, revelam que as principais causas de óbito dos anos de 2010 e 2011 foram em primeiro lugar, as causas externas de morbidade e mortalidade, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório e neoplasias (tumores), nesta ordem. No ano de 2012, houve uma pequena variação deste resultado, havendo uma inversão de posições entre o primeiro e segundo lugar. O primeiro lugar foi ocupado pelas doenças do aparelho circulatório, seguida pelas causas externas de morbidade e mortalidade e neoplasias. O bairro que mais se destacou em número de notificações nos três anos consecutivos foi o Jardim Aurenly III⁶⁴.

Os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho da região sul do município de Palmas – Tocantins, notificados nos anos de 2010 a 2012 foram analisados através do SINAN⁶⁵ (quadros 7 ao 17).

Quadro 7 - Acidente de Trabalho Grave, segundo CNAE, no território da região sul de Palmas - TO nos anos 2010 e 2011.

Ano	2010	2011
Nº Notificações	01	05
CNAE	- Serviços Domésticos	- Instalações elétricas (1); - Organização e Transporte de Cargas (1); - Imunização, higiene e limpeza de prédios e domicílios (1); -Serviços Domésticos (2).

O acidente de trabalho grave, segundo Código Nacional de Atividade Empresarial – CNAE, praticamente não apresenta notificações nos anos de 2010 e 2011, sendo apenas uma notificação em 2010 e cinco em 2011 (quadro 7).

Já no ano de 2012, há um aumento destes registros para oitenta e quatro notificações, distribuídos conforme apresenta o quadro 8:

Quadro 8 - Acidente de Trabalho Grave, segundo CNAE, no território da região sul de Palmas – TO, no ano de 2012.

Ano	2012
Nº Notificações	84
CNAE	<ul style="list-style-type: none"> - Edificações residenciais, industriais, comerciais e de serviços (17); - Obras de acabamento (10); - Administração Pública em geral (5); - Outras atividades econômicas (52), com no máximo 3 notificações cada.

A faixa etária predominante em notificações nos três anos consecutivos (2010, 2011 e 2012) é a de 30 a 39 anos, com 122 notificações, seguida pela de 20 a 29 anos, com 107 notificações, em terceiro lugar encontra-se a faixa etária de 40 a 49 anos, com 51 notificações e em quarto lugar a faixa etária de 50 a 59 anos, com 32 notificações. Também se verificou a notificação de acidentes de trabalho na terceira idade e em crianças e adolescentes, apesar de em números bastante reduzidos, assim distribuídos no quadro 9:

Quadro 9 - Faixa etária predominante em notificações de acidente de trabalho no território da região sul de Palmas – TO nos anos 2010, 2011 e 2012.

Ano	Faixa etária e nº notificações
2010	1º lugar: 30 a 39 anos – 38 2º lugar: 20 a 29 anos – 37 3º lugar: 40 a 49 anos – 19 4º lugar: 50 a 59 anos – 09 5º lugar: 15 a 19 anos – 06 6º lugar: 60 a 69 anos – 02 7º lugar: 10 a 14 anos - 01
2011	1º lugar: 30 a 39 anos – 36 2º lugar: 20 a 29 anos – 29 3º lugar: 40 a 49 anos – 10 4º lugar: 50 a 59 anos – 08 5º lugar: 15 a 19 anos – 02 6º lugar: 60 a 69 anos – 01 6º lugar: 10 a 14 anos - 01
2012	1º lugar: 30 a 39 anos – 48 2º lugar: 20 a 29 anos – 41 3º lugar: 40 a 49 anos – 22 4º lugar: 50 a 59 anos – 15 5º lugar: 15 a 19 anos – 03 6º lugar: 60 a 69 anos – 01 Não houve notificação na faixa etária de 10 a 14 anos.

A quantidade de notificações de óbitos relacionados ao trabalho, no território da região sul do município de Palmas – Tocantins, nos anos de 2010 e 2011 foram de 02 e 03 respectivamente. No ano de 2012 verifica-se um aumento considerável, para 09 notificações (quadro 10).

Quadro 10 - Óbitos relacionados à saúde do trabalhador no território da região sul de Palmas – TO nos anos de 2010, 2011 e 2012.

Ano	2010	2011	2012
Nº Notificações	02	03	09

As ocupações que mais acidentaram ou adoeceram nos anos de 2010 a 2012, no território da região sul de Palmas – Tocantins, segundo dados do SINAN, apresentados nos quadros 11, 12 e 13 foram:

Quadro 11 - Ocupações que mais acidentaram ou adoeceram no território da região sul de Palmas – TO, no ano de 2010.

CLASSIFICAÇÃO	OCUPAÇÃO	NOTIFICAÇÕES
1º lugar	Técnico em enfermagem.	17
2º lugar	Auxiliar de pessoal.	12
3º lugar	Pedreiro.	08
4º lugar	Carpinteiro.	04
5º lugar	Agente Comunitário de Saúde.	03
As demais ocupações notificadas obtiveram índices inferiores a três notificações cada. O ano de 2010 totalizou no território em estudo 98 notificações de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho.		

Quadro 12 - Ocupações que mais acidentaram ou adoeceram no território da região sul de Palmas – TO, no ano de 2011.

CLASSIFICAÇÃO	OCUPAÇÃO	NOTIFICAÇÕES
1º lugar	Técnico em enfermagem; Auxiliar de pessoal.	14 cada
2º lugar	Agente comunitário de saúde; Pedreiro.	07 cada
3º lugar	Carpinteiro.	04
4º lugar	Agente de saúde pública; Empregada doméstica dos serviços gerais.	03 cada
As demais ocupações notificadas obtiveram índices inferiores a três notificações cada. O ano de 2011 totalizou no território em estudo 87 notificações de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho.		

Quadro 13 - Ocupações que mais acidentaram ou adoeceram no território da região sul de Palmas – TO, no ano de 2012.

CLASSIFICAÇÃO	OCUPAÇÃO	NOTIFICAÇÕES
1º lugar	Técnico em enfermagem.	20
2º lugar	Pedreiro.	17
3º lugar	Servente de obras.	09
4º lugar	Empregada doméstica nos serviços gerais; Motorista de caminhão rotas regionais e internacionais.	07 cada
5º lugar	Motociclista no transporte de documentos e pequenos volumes; Eletricista de instalação.	06 cada
6º lugar	Auxiliar de pessoal.	05
7º lugar	Mecânico.	03
As demais ocupações notificadas obtiveram índices inferiores a três notificações cada. O ano de 2012 totalizou no território em estudo 130 notificações de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho.		

Verifica-se que a ocupação de técnico em enfermagem esteve em primeiro lugar nas notificações dos três anos (2010, 2011 e 2012) consecutivos. O auxiliar de pessoal no ano de 2010 ocupou o segundo lugar em notificações, em 2011 empatou em primeiro lugar com os técnicos em enfermagem, caindo no ano de 2012, para o 6º lugar. A ocupação de pedreiro ocupou o 3º lugar no ano de 2010 e o 2º lugar nos anos de 2011 e 2012. Já os carpinteiros apareceram no ano de 2010 em 4º lugar, em 2011 ocuparam a 3ª colocação e no ano de 2012 teve índice de notificações inferiores a três notificações. O agente comunitário de saúde apareceu nas estatísticas de notificações, no ano de 2010 em 5º lugar, em 2011 em 2º lugar e em 2012 apresentou valor inferior a três notificações. A ocupação de empregada doméstica apresentou no ano de 2010, valores inferiores a três notificações e nos anos de 2011 e 2012 esteve em 4º lugar nas notificações.

O agente de saúde pública foi notificado apenas no ano de 2011, quando empatou com a ocupação de empregada doméstica, em 4º lugar nas notificações. O motorista de caminhão obteve nos anos de 2010 e 2011 notificações inferiores ao número de três, já no ano de 2012, apareceu em 4º lugar no índice de notificações. A ocupação de motociclista no ano de 2010 teve número de notificações inferiores a três, no ano de 2011 não apareceu nas notificações e no ano de 2012 avançou para o 5º lugar, com seis notificações. O eletricista de instalações nos anos de 2010 e 2011 obtiveram índices inferiores a três notificações, no ano de 2012 empatou com a ocupação de motociclista, em 5º lugar. Não houve notificação para a ocupação de mecânico no ano de 2010, já em 2011, houve em valores inferiores a três notificações, aparecendo no ano de 2012 em 7º lugar, com 3 notificações.

Os agravos notificados neste território em estudo, no período de 2010 a 2012 encontram-se nos quadros 14, 15 e 16.

Quadro 14 - Agravos notificados no Território da região sul de Palmas – TO, 2010.

CLASSIFICAÇÃO	AGRAVOS	NOTIFICAÇÕES
1º lugar	Acidente de Trabalho Grave.	56
2º lugar	Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico.	27
3º lugar	Intoxicações Exógenas relacionadas ao Trabalho; LER/DORT.	13 cada
4º lugar	Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.	03

Quadro 15 - Agravos notificados no Território da região sul de Palmas – Tocantins, 2011.

CLASSIFICAÇÃO	AGRAVOS	NOTIFICAÇÕES
1º lugar	Acidente de Trabalho Grave.	45
2º lugar	Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico.	27
3º lugar	Intoxicações Exógenas Relacionadas ao Trabalho.	06
4º lugar	Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.	03
5º lugar	LER/DORT; PAIR; Dermatose Ocupacional.	02 cada.

Quadro 16 - Agravos relacionados ao trabalho notificados no território da região sul de Palmas – TO, 2012.

CLASSIFICAÇÃO	AGRAVOS	NOTIFICAÇÕES
1º lugar	Acidente de Trabalho Grave.	97
2º lugar	Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico.	28
3º lugar	PAIR	02
4º lugar	LER/DORT; Intoxicações Exógenas Relacionadas ao Trabalho; Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.	01 cada

Observa-se que o acidente de trabalho grave esteve, nos três anos consecutivos, em 1º lugar nas notificações, seguido no mesmo período, pelo acidente com exposição ao material biológico. Talvez o fato se justifique pela facilidade de estabelecimento no nexo entre o acidente e o trabalho, se comparado com os demais agravos de notificação compulsória relacionadas à saúde do trabalhador. O 3º lugar foi ocupado pelas intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho nos anos de 2010 e 2011, já no ano de 2012 este agravo ocupou a 4ª colocação.

As LER/DORT estiveram no ano de 2010 empatadas com as intoxicações exógenas, em 3º lugar, em 2011 ocuparam a 5ª colocação e em 2012, o 4º lugar. O transtorno mental relacionado ao trabalho esteve, nos três anos consecutivos, ocupando o 4º lugar em notificações. A PAIR foi notificada apenas nos anos de 2011 e 2012, em 5º e 3º lugar respectivamente. Já a dermatose ocupacional foi notificada apenas no ano de 2011, aparecendo em 5º lugar.

Neste mesmo período, o sexo que mais se acidentou ou adoeceu, segundo dados do SINAN, foi o sexo masculino, com 225 notificações, enquanto o sexo feminino obteve 104 notificações (quadro 17).

Quadro 17 - Número de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho, segundo sexo, no território da região sul de Palmas – TO, nos anos de 2010, 2011 e 2012.

Sexo	2010	2011	2012	Total
Masculino	75	52	98	225
Feminino	37	35	32	104
Total	112	87	130	329

As informações obtidas nos registros do Pronto Atendimento Sul (PA Sul) ⁶⁶ de Palmas – TO revelaram que as principais causas de procura por esse atendimento se devem a sintomas relativos à: febre, dor, tonturas, vômitos, diarreias, hipertensão, hipoglicemia; picadas de animais (escorpião, cobra, abelha, arraia); casos ambulatoriais que procuram o Pronto Atendimento e acidentes: de trânsito, domésticos, quedas de altura, esportes e relacionados ao trabalho (furar o pé com prego, queda de andaime, choque elétrico, cortes com instrumentos de trabalho).

Relatou-se que a maioria dos acidentes de trabalho ocorridos nesse território chega ao Pronto Atendimento Sul, mas que apenas os graves ou fatais são notificados, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Destacou-se, além disso, a ocorrência de vários casos de intoxicação alimentar em canteiros de obras da construção civil.

Outras informações foram apresentadas através de análises gráficas do local, como a ocorrência de um significativo aumento dos atendimentos no PA sul, quando comparados aos anos de 2008, 2010, 2012 e 2013 (tabela 2).

Tabela 2: N° de atendimentos no Pronto Atendimento Sul, nos anos de 2008, 2010, 2012 e 2013, Palma - TO.

Ano	N° atend./ano	Média de atendimentos/dia
2008	104.050	285
2010	113.938	312
2012	115.445	316
2013	145.936	400

De acordo com os dados apresentados, esses aumentos ocorreram em dias úteis (momento em que as Unidades Básicas de Saúde estão em pleno funcionamento), e tiveram redução nos finais de semana. O fato demonstra que aproximadamente 70% dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento Sul, não deveriam estar lá. São casos ambulatoriais que procuram o local em busca de atendimento rápido e sem necessidade de agendamento, sabendo também da maior facilidade na realização de exames e a rapidez de seus resultados.

Além disso, retrata as dificuldades vividas pela atenção básica à saúde no cumprimento de sua missão de promoção e proteção à saúde individual e coletiva, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde²⁹.

Outras informações revelaram que, apesar da redução de atendimentos nos finais de semana, há neste mesmo período, um aumento do registro de pacientes em observação. O fato reforça a tese de que, os pacientes do final de semana são os verdadeiros casos que necessitam do atendimento neste nível de atenção.

V.I.2 – Fase II: Oficina “A Saúde do Trabalhador no Território”

A oficina foi realizada no período previsto, com a participação de um representante da Vigilância em Saúde Ambiental, dois do CEREST Regional de Palmas, um do CEREST Estadual do Tocantins, um da gerência de Educação Popular da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, um do Sindicato do Comércio do Estado do Tocantins e sete trabalhadores da Estratégia Saúde da Família da região em estudo e moradores locais, totalizando treze participantes.

Além dos presentes, outros setores que haviam confirmado presença, não compareceram por motivos diversos. Representantes da Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária foram impossibilitados de comparecerem devido à demanda imprevista de serviço e a Diretoria de Atenção à Saúde, por motivo de doença, ambos justificados.

Além destes, três sindicatos confirmaram participação: o Sindicato do Comércio (participou), o Sindicato da Construção Civil (não participou e não justificou a ausência) e a Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado do Tocantins – FETAET (compareceu um representante que não conhecia o território da pesquisa e portanto não pôde contribuir com o estudo).

Ressalta-se que, no contato com o então Diretor de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas para apresentação da pesquisa, este oficializou a informação de que estava ciente e de acordo com a participação dos ACS nesta oficina, desde que estes assim o desejassem. Orientou que para a liberação dos mesmos fosse seguido o trâmite existente nesta secretaria, via educação em saúde.

Apesar da liberação, no ato do convite aos Agentes Comunitários de Saúde observou-se por parte de alguns, resistência à referida participação, atitude justificada como a sobrecarga de trabalho.

Ainda assim, o grupo intersetorial formado para o estudo do território surpreendeu pela sua qualidade. Por ser um grupo pequeno, todos os participantes tiveram oportunidade de falar, manifestando suas experiências e opiniões, demonstrando interesse pela pesquisa e intenção em colaborar, nos três dias propostos, sem dispersão. Os resultados encontrados permearam diversos temas de interesse da Saúde do Trabalhador no território, chamando a atenção à percepção e conhecimento prático dos participantes sobre o assunto.

Desta forma, torna-se importante refletir sobre o método utilizado, uma vez que chama a atenção, a adesão e envolvimento dos participantes a este processo, durante todo o período de sua realização.

A expectativa dos participantes no início da oficina, com relação à evolução da abordagem temática, ocorreu de maneira heterogênea: Alguns demonstraram entusiasmo, ansiedade e curiosidade para com o desenvolvimento das atividades, outros apresentaram sentimentos de desmotivação com o seu processo de trabalho e de experiências desagradáveis com o CEREST, outros ainda desafiaram a facilitadora com relação à capacidade de envolvimento e apreensão do tema nos três dias propostos.

Como exemplos citam-se:

O caso de uma ACS que, no ato do convite a participação à pesquisa, demonstrou interesse pelo tema e o desejo em colaborar, através de sua participação. Entretanto, poucos dias depois, a mesma experienciou uma tragédia familiar, de assassinato do seu cônjuge. Desta forma, a unidade de saúde onde a servidora atua informou a impossibilidade de sua participação e ofereceu outra técnica para substituí-la neste processo. Surpreendentemente, a ACS que havia se inscrito para participar inicialmente, apesar de estar neste momento afastada do trabalho vivenciando seu luto, reivindicou o direito a vaga, foi à oficina e participou ativamente em todas as suas etapas.

Outra ACS, após o momento de apresentação dos objetivos da oficina, iniciou um relato pessoal de adoecimentos físicos e mentais relacionados ao seu processo de trabalho e de críticas relacionadas à ausência de amparo recebido por parte da secretaria de saúde (a que se encontra vinculada) e do CEREST Regional de Palmas, ainda no ano de 2004.

Sabendo da importância deste momento e da influência que este exerceria nos resultados obtidos durante todo o percurso da oficina, a facilitadora se colocou na posição de escuta, se abrindo para ouvir o outro e valorizando suas dores, fato anterior a qualquer justificativa de defesa.

Em resposta ao desafio apresentado pelo grupo de envolvimento do conteúdo nos três dias propostos, foi relatado que o momento era de diálogo e de troca de conhecimentos, justificando que o conhecimento do território se encontrava com os participantes e que a facilitadora teria a atribuição de mediadora do processo, através do embasamento teórico do assunto e direcionamento das discussões, mas que estava ali para aprender com os participantes.

Após a apresentação dos objetivos, a facilitadora relatou também a importância da qualidade e resultado das discussões no planejamento das ações de saúde do trabalhador do território em estudo. Informou que os dados contribuiriam para a intervenção nos problemas apresentados e conseqüentemente, para a melhoria na qualidade de vida de sua população trabalhadora, sendo portanto, uma grande responsabilidade o fato de estar no grupo, representando todos os trabalhadores daquele território.

A intenção foi se colocar como igual e valorizar o conhecimento trazido pelos trabalhadores. A partir desse momento, percebeu-se a adesão coesa do grupo pela causa que estes acabavam de abraçar. Tanto é que foram ouvidos relatos dos participantes no final do primeiro dia da oficina afirmando: “eu vim pra ver como era, se eu gostasse eu ficava, se não gostasse eu não voltava”, quando a facilitadora perguntou “e você gostou?”, a resposta obtida foi “eu vou voltar”, seguida por um sorriso.

Outro fato que chamou a atenção, diz respeito à distância do local de moradia de grande parte dos participantes (na região sul da cidade) com relação ao local de realização da oficina (no centro da cidade), por este motivo, se tornou inviável para estes irem à residência no intervalo do almoço ou arcarem com as despesas de restaurante.

Como a oficina fornecia apenas o lanche, observou-se uma organização do grupo para a preparação do almoço no período noturno do dia anterior a fim de levá-lo pronto

para o segundo e terceiro dia de sua realização. Fato que demonstrou o interesse do grupo por esta participação.

Acredita-se que a adesão se justifica pela proposta de aprendizagem significativa. Estes perceberam sua participação como de fundamental importância para a contribuição na melhoria da realidade de trabalho vivida pela população do território, em que ou estão inseridos ou são co-responsáveis profissionalmente por esta realidade. Além disso, muitos também se identificaram enquanto trabalhadores deste território, e perceberam nesta, uma oportunidade de mudança.

Desta forma, verificou-se o desejo e a preocupação do grupo em querer colaborar com as informações solicitadas e com os resultados da pesquisa. Também se percebeu o desejo de aprimorar o conhecimento com o tema do debate, que antes era praticamente desconhecido.

Identificou-se no final da oficina, por atitudes e falas, um ambiente de amizade entre os participantes, a construção de vínculos e até um certo ar de saudosismo pela separação do intenso convívio e trocas vivenciadas neste período.

As etapas da oficina foram distribuídas nos três dias de sua realização, sendo as etapas 1 e 2 no primeiro dia, a etapa 3 no segundo dia e as etapas 4 e 5 no terceiro e último dia.

Torna-se importante mencionar que a metodologia é apresentada em etapas, para efeito de coleta e organização do material de campo, entretanto frisa-se que a mesma ocorreu de maneira encadeada, ou seja, todas estas interligadas por um processo vivenciado pela teoria da problematização, de maneira dinâmica. Assim, a troca de conhecimentos entre teoria e prática foi debatida em todos os momentos, inclusive abordando temas que não foram previstos na etapa de teorização propriamente dita.

VI.2.1 - Etapa 1 - Observação da Realidade:

Após a apresentação dos objetivos do estudo, o grupo foi dividido em dois grupos menores, de seis ou sete participantes, para que identificassem os problemas existentes no território em análise, relativos à saúde dos trabalhadores.

Como fruto da atividade proposta, os grupos apresentaram ao final as questões discutidas, sendo estas bastante semelhantes entre si. Os principais temas apontados foram o trabalho informal nos vários ramos de atividade, funcionalismo público, problemas sociais relacionados ao trabalho, dentre outros.

“A realidade da região sul é toda bem parecida, é idêntica, né? É alguma coisinha ou outra que diferencia, mas nesse sentido da saúde do trabalhador praticamente é tudo idêntico...”

VI.2.1.1 – Trabalho Informal:

De acordo com as informações do grupo de estudo do território, neste há um predomínio do trabalho informal, autônomo ou não. Trabalham nos mais variados ramos de atividades, como o comércio de venda de produtos ou serviços, indústria, dentre outros.

“A grande maioria que trabalha naquela região não tem carteira de trabalho assinada, muitos trabalham com a família por conta própria, outros em empresas pequenas e informais...”

Estes trabalhadores encontram-se vulneráveis às mazelas sociais, trabalhando pela sobrevivência, sem amparo legal. Para o grupo, há entre os trabalhadores informais uma sobrecarga de trabalho causada pela incerteza do futuro:

“O trabalhador informal trabalha o máximo que puder, até excessivamente, pra ganhar aquele dinheiro, tem aquela gana de querer ganhar hoje, porque ele pensa que talvez amanhã não tenha a mesma oportunidade...”

No **comércio de prestação de serviços**, os principais ramos citados foram: oficina mecânica, lava-jatos, salão de beleza, empregada doméstica e profissionais do sexo. Já no **comércio de venda de mercadorias** destacou-se a grande amplitude de ofertas de produtos, dentre eles os não duráveis, semiduráveis e duráveis. A **indústria** por sua vez apresentou-se mais tímida, como em todo o município de Palmas, sendo descritas nesse território a indústria da construção civil, condimentos, confecções, marmorarias, marcenarias,

serralherias e cerâmica. Em todas estas atividades foram relatadas as situações vividas pelos trabalhadores do território em estudo, descrevendo-se os problemas de saúde identificados.

A atividade de trabalho na *Oficina Mecânica* foi apresentada como predominantemente masculina, relatando ser esta muito comum no território em estudo. Descreveu-se vários problemas identificados nesta categoria profissional, descrevendo o processo saúde-trabalho-doença e suas intercorrências para o trabalhador, a família e a população do entorno. Demonstrou-se preocupação com relação a esse contexto vivenciado e a decorrente invisibilidade do mesmo nas unidades básicas de saúde, onde na maioria das vezes, não é realizado o nexo do adoecimento com o trabalho.

Discorreu-se sobre precariedade desses vínculos empregatícios, que se encontra predominantemente informal, seguido das péssimas condições de trabalho, com estruturas físicas inapropriadas e ausência dos equipamentos de proteção individual. Relatou-se também a sobrecarga de trabalho, a exposição a uma série de riscos à saúde desses trabalhadores, o desconhecimento destes riscos pelo trabalhador e os agravos ocasionados pelos mesmos.

“Do lado da minha casa tem uma oficina mecânica... é muito difícil pra mim por causa do barulho, mesmo enquanto agente de saúde... eu não fico em casa muito tempo, mas fica barulho no ouvido da minha mãe, das minhas sobrinhas que precisam estudar... no final de semana a gente acorda cedo com o barulho né... e é meu vizinho, pregado na minha casa...”.

“Depois você vê aquele vizinho trabalhando com tinta, lixando sem máscara, o ruído que é na própria casa, você vai orientar ali, ele vive com alergia... mas a hora que vai consultar com o médico não fala que tem problema de alergia, tosse, tosse, tosse, e não fala onde que essa tosse tá sendo produzida, que é no seu trabalho na própria casa...”.

“Eles também tem o excesso de peso e carga horária excessiva, porque são pressionados a trabalhar fora do horário pra poder cumprir prazos..., isso causa pressão psicológica e estresse

nas pessoas, que gera dor de cabeça constante, vômito, diarreia, que é o que chega à unidade...”.

Desconhecimento da necessidade de utilização dos Equipamentos de Proteção Individual, ausência destes equipamentos e identificação de agravos relacionados com o trabalho:

“Um dos problemas vivenciados pelos mecânicos e pelos ajudantes deles é a perda de audição por causa do ruído. Também tem a solda elétrica, que às vezes ele usa é com óculos de grau e ensina aos outros assim. Como eles são trabalhadores autônomos e são donos da oficina, contratam um rapaz pra ensinar essa profissão e não tão preocupados com história de óculos específico, de luva, de nada não...”.

“Também tem muita história de queimadura de dedo e braço com a solda, tem muito ruído, tem a intoxicação que vai inalando aquela fumaça da solda, também vai agredir a visão, se a gente ficar olhando aquele trem lá e cortes com ferramentas também...”.

Segundo Binder et al (2001)⁶⁷, apesar do trabalho nas oficinas mecânicas expor seus trabalhadores a muitos riscos à saúde, esta ainda é uma atividade pouco estudada, o que também foi verificado na busca pela literatura da área.

Dentre os fatores de riscos relacionados na atividade, os autores⁶⁷ descrevem:

De acidentes - cortes com ferramentas, acidentes de trânsito durante teste de veículos, quedas relacionadas a condições de pisos, acidentes com máquinas manuais motorizadas, queda de materiais sobre o corpo, acidentes com equipamentos para elevação de veículos, queimaduras por contato com superfícies aquecidas ou por incêndios ou explosões associados ao manuseio de gasolina, ferimentos causados por ar ou água sob pressão, lesões oculares por corpo estranho e eletrocussão;

Físicos – o ruído (exposição ultrapassa os limites de tolerância e pode ocasionar a Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR, além de efeitos extra-auditivos); a vibração (ocasionada pelo contato com ferramentas manuais motorizadas); e a radiação ultravioleta e infravermelha (nas operações de corte e solda);

Químicos – a utilização de substâncias químicas expõe o trabalhador à intoxicação exógena. Esta exposição ocorre na inalação da combustão incompleta de gasolina e óleo diesel, possivelmente carcinogênica. Os autores ainda destacam as emissões de monóxido de carbono, dióxido de enxofre, óxidos de nitrogênio e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos.

Também descrevem⁶⁷ os principais agravos à saúde dos trabalhadores das oficinas mecânicas, identificados nesta pesquisa, como as doenças de pele, reações alérgicas, irritações oculares, problemas respiratórios, asma ocupacional e neoplasia.

Em estudo mais recente⁶⁸, específico sobre a exposição toxicológica em oficinas mecânicas, relatou-se que estes trabalhadores estão diariamente em contato com substâncias químicas, por mais de 8 horas/dia, que apresentam em sua composição: vários tipos de solventes orgânicos, substâncias químicas líquidas a temperatura ambiente, voláteis e solúveis, utilizadas como solubilizantes, dispersantes ou diluentes, podendo citar dentre elas os hidrocarbonetos alifáticos, aromáticos e halogenados, alcoóis, cetonas e éteres. Destacou-se também dentre os serviços prestados nas oficinas mecânicas, a pintura, a lanternagem, a solda e a parte elétrica.

Comentou-se que 73% dos entrevistados não utilizavam Equipamentos de Proteção Individual – EPI e os demais utilizavam raramente ou apenas quando fornecido pela empresa. Também se verificou a ausência de treinamento ou informação sobre riscos à saúde decorrentes desta exposição, visto que 100% dos trabalhadores mencionaram não conhecê-los. Além disso, 53% destes disseram já ter sentido mal durante a exposição aos agentes químicos, quando apresentaram um ou mais dos sintomas referentes à: dor de cabeça, cansaço, tosse, mal estar, fraqueza, urticária, tonturas, perda de sensibilidade olfativa e ardência nos olhos⁶⁸.

Outra pesquisa relativa a esta categoria profissional, propôs-se a analisar o ruído em oficinas mecânicas do município de Luziânia – Goiás, destacando os efeitos auditivos e extra-auditivos que esta exposição acima dos limites permitidos e por tempo prolongado pode ocasionar ao trabalhador. O estudo identificou valores de níveis de pressão sonora extremamente elevados, acima do permitido pela legislação trabalhista, o que pode acarretar diversos problemas à saúde, dentre eles a perda auditiva. Os trabalhadores relataram sintomas frequentes de cefaleias, distúrbios gástricos, otalgias e nervosismo⁶⁹.

Os achados das pesquisas citadas corroboram com aqueles apontados pelo grupo de estudo do território em questão, com o agravante de que neste, a maioria destes profissionais possuem vínculo empregatício precário, sem a proteção da legislação trabalhista.

Os *Lava Jatos a Úmido* despontam como outra atividade com grande representatividade, a grande maioria funcionando informalmente. Os principais problemas identificados nesta categoria profissional foram a sobrecarga de trabalho, o ambiente de trabalho precário, a ausência de utilização dos equipamentos de proteção individual ou a utilização incorreta dos mesmos, os riscos à saúde e a invisibilidade destes nas unidades de saúde, além da auto-medicação.

“No lava-jato é aquele trabalho excessivo geralmente em ambientes insalubres, eles não tem as informações que uma empresa formal tem, porque quando é uma empresa formal, os órgãos de fiscalização vão exigir todo um ambiente de trabalho correto pra ser executada aquela atividade, no informal isso não ocorre...”

“As pessoas trabalham de qualquer forma nos lava-jatos, sem luva, sem máscara, sem bota adequada. Muitas vezes ficam pegando água com produtos nos pés, que a gente vê demais, essas dermatoses acontecem mais por causa disso, esse contato daquela água com o óleo do carro e da moto, com aquele produto que ele utilizou pra fazer a limpeza do veículo...”

“Os trabalhadores vão inalando os produtos químicos por tempo prolongado, não respeitam o tempo específico para utilizá-los, o patrão não quer saber, enquanto tem carro ele tá ali trabalhando, tem a química, a cera, a questão da umidade porque ele tá mexendo com água, tá correndo vários riscos...”

Bussolo (2013)⁷⁰ comenta sobre os riscos à saúde dos trabalhadores decorrentes da atividade profissional dos Lava Jatos. Relata a ocorrência de fatores de riscos químicos, físicos (ruído, umidade, iluminação, temperatura), ergonômicos (repetição das atividades) e de acidentes.

O estudo compara empresas formalizadas do ramo, dentre elas: empresas com lavagem a úmido que utilizam produtos químicos comuns, com lavagem a úmido que

utilizam produtos biodegradáveis e com lavagem a seco, constatando ser o primeiro caso, o ambiente e processo de trabalho mais nocivo à saúde dos trabalhadores, pela intensa exposição aos produtos químicos⁷⁰.

Dentre os riscos físicos, o nível de ruído encontrado no lavador da primeira empresa encontrava-se acima dos limites de tolerância permitidos pela legislação, por estar localizado em um ambiente fechado. Também se verificou o risco de umidade nas empresas de lavagem a úmido, alertando para o fato de que este pode ocasionar ao trabalhador doenças respiratórias, dermatites e problemas circulatórios. Ainda se percebeu riscos de iluminação e conforto térmico, o que pode proporcionar fadiga e diminuição da produtividade⁷⁰.

O risco de acidente foi percebido na primeira e segunda empresa, através de fatores relacionados à organização do ambiente de trabalho. Constatou-se o risco ergonômico ocasionado além desta desorganização, também pela repetição da atividade. O risco à saúde ambiental na empresa que utiliza produtos químicos associados à água e seus efluentes é considerável, o que deverá ser observado⁷⁰.

O fato demonstra que mesmo em empresas formalizadas, que seguem as normas de segurança, existem riscos à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente decorrente desta atividade profissional. Leva-nos a refletir sobre o contexto desta situação no território da região sul de Palmas, onde a maioria das empresas encontra-se informal, não seguindo as normas de segurança recomendadas.

Além disso, permite perceber que apesar de importante, os EPI não são os únicos meios de proteção dos trabalhadores e meio ambiente, mas que através da utilização de produtos biodegradáveis e de reorganização deste ambiente e processos de trabalho, vários fatores de riscos podem ser eliminados ou minimizados, ou seja, existem outras formas de se realizar o serviço, menos prejudiciais à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, que deve ser informado nas ações de promoção à saúde.

Outra atividade profissional bastante comentada pelo grupo de estudo do território foi o *Salão de Beleza*, atividade predominantemente feminina. Este também apresenta mercado de trabalho em sua maioria informal e aparece na pesquisa como uma estratégia de fuga ao desemprego. Após a participação em um curso profissionalizante surge a possibilidade de prestação de serviços a terceiros ou de abertura do próprio negócio, montado muitas vezes em cômodos residenciais, onde não faltam clientes. Como

consequência foi trazida a precariedade do vínculo empregatício e a sobrecarga de trabalho, causada pela incerteza do futuro. Também se identificou com clareza os riscos e agravos a que esta categoria profissional está exposta.

Com relação ao vínculo precário de trabalho, os participantes comentaram:

“A grande maioria dos salões de beleza da região sul acontece assim: a pessoa tá desempregada..., aí faz um curso lá no SENAC, aprende a mexer com cabelo, abre um salão às vezes na sala da casa ou em um quartinho e começa a trabalhar..., aí a pessoa que abriu o salão fala pra outra: Vem trabalhar comigo aqui..., aí fica trabalhando informalmente... Outros saem da região sul para vim trabalhar informalmente no centro, porque a região sul não suporta todo mundo lá né...”

“É complicada essa parte do salão porque eles próprios são os donos, em sua maioria, eles mesmos exercem a função e não têm uma parada. Eles não tem amparo da previdência social, porque a maioria não paga a guia de autônomo do INSS, se eles ficam desamparados na saúde, então eles ficam completamente desassistidos. E esse tipo de trabalho tá crescendo muito no mercado de trabalho...”

A sobrecarga de trabalho e a incerteza do futuro foram ressaltadas no grupo:

“Os salões de beleza que você vê quando passa nas ruas e avenidas da região sul, você observa aqueles salões abertos dez, onze, doze horas da noite, as pessoas ultrapassam esse horário, muitas vezes não sai nem um trabalho eficiente, os clientes reclamam, mas é porque ele quer produzir, porque talvez amanhã esse cliente não vai tá aqui na porta dele, talvez ele só tem hoje, não, eu quero hoje...”

“Se no salão formal tem meta para quantidade de atendimento por produto químico, no informal não tem, eles trabalham sem limite de horas, enquanto tem cliente eles tão trabalhando, e isso traz sérios problemas...”

“A minha cabeleireira já desistiu, ótima cabeleireira, mas não aguentou porque o dinheiro não era suficiente pra pagar outras pessoas pra ajudar, então terminou desistindo, a procura era muito grande mas ela não tinha como atender todo mundo...”

Quanto aos riscos à saúde, citam dentre eles os riscos ergonômicos e psicológicos da sobrecarga de trabalho, ocasionados pela necessidade de sobrevivência financeira:

“O trabalhador passa o dia em pé, inalando aqueles produtos, escovando os cabelos com aqueles movimentos repetitivos e o ruído no ouvido, a coluna começa a doer, os braços, aí chora às vezes dizendo que não vai aguentar... tô fazendo esse cabelo na marra, mas se acha na obrigação de fazer porque precisa, precisa fazer pra se alimentar...”

As doenças osteomusculares e intoxicações exógenas foram relacionadas aos riscos identificados:

“Eu tenho uma colega que não consegue fazer esse movimento de abrir, fechar a mão, levantar o braço, porque trabalhou muito tempo no salão, como proprietária, cortava muito cabelo, fazia escova, hoje ela não consegue mais porque desenvolveu uma dor muito forte no braço... só que a jornada de trabalho dela era intensa, ela não tinha uma parada, enquanto tivesse um cliente ela tava atendendo, às vezes faltava um funcionário e ela já tinha marcado com os clientes, ela não desmarcava em cima da hora, então ela atendia, lavava o cabelo, secava, escovava, trabalhava com química...”

“Tem uma ex-cabeleireira que mora na minha área, ela faz acompanhamento com ortopedista e outros médicos porque ficou com a coluna e os braços prejudicados por conta desse serviço, e ela enfiava a mão na água quente, na fria, no produto e tal, e isso acarretou muitos problemas pra ela...”

“Manicure também, elas que fazem as unhas nas residências, então é assim, ah, apareceu uma Hepatite, mas na minha família

ninguém tem né, mas esse cuidado também que a gente tem que ter de estar orientando...”.

Os participantes da oficina apontaram a necessidade de informação aos trabalhadores sobre os riscos e agravos advindos da exposição e as formas de proteção visando minimizar os danos à saúde:

“No salão de beleza mexem com muita química, muitos falam que não tem formol, mas tem sim, eu tenho uma colega que trabalhava muito tempo em salão e deu câncer agora, ela acredita que foi por causa do formol... essas são coisas que podem sim ser evitadas se forem informados os riscos à saúde que eles estão correndo, devem ser informados sobre a fadiga, sobre a necessidade de usar luva, de organização do espaço físico do local para não levar choque elétrico ou choque térmico, etc...”.

As pesquisadoras Cunico e Lima (2012)⁷¹ relatam que os cosméticos utilizados em salões de beleza apresentam uma grande quantidade de substâncias químicas e que apesar de estarem sujeitos às normas de órgãos reguladores e precisarem ser registrados pela ANVISA, ainda assim apresentam riscos à saúde, podendo ocasionar doenças ocupacionais. Além disso, esses produtos podem ocasionar reações alérgicas, como a dermatite de contato, irritando a pele ou o couro cabeludo, pela formação de eczemas ou rachaduras.

Nesse sentido, observa-se a necessidade da realização de ações educativas, que orientem os trabalhadores desta atividade profissional sobre os riscos da exposição contínua a esses produtos, da importância da utilização de produtos que sejam aprovados pelos órgãos competentes e da utilização de equipamentos de proteção individual durante sua utilização.

Além dos riscos químicos, outros riscos igualmente importantes também são identificados nesta categoria trabalhadora, dentre eles o risco ergonômico.

Fonseca et al (2013)⁷² realizaram uma análise ergonômica deste processo de trabalho. Identificaram alto risco no fator biomecânico para distúrbios musculoesqueléticos e queixas de dores ou desconforto muscular esquelético em todo o corpo, o que pode ser justificado pelas posturas adotadas, execução de movimentos repetitivos e extensa jornada de trabalho. Como estratégia de melhoria sugeriram a adaptação do ambiente de trabalho às

necessidades corporais das trabalhadoras, tanto às cabeleireiras, como manicures e podólogas.

Garbaccio e Oliveira (2013)⁷³ mencionou o risco biológico identificado nas atividades de trabalho das manicures e podólogas, ocasionado principalmente pela ausência da utilização das medidas de segurança. O fato é justificado pelo desconhecimento destes profissionais aos fatores de riscos existentes, devido à ausência de ações educativas promovidas pelos órgãos públicos.

Outra pesquisa propôs-se a investigar os limiares auditivos em cabeleireiras, devido ao ruído presente nos salões de beleza, principalmente dos secadores de cabelo. Observou-se um rebaixamento temporário da acuidade auditiva, comparando-se os resultados audiométricos antes e após a jornada de trabalho, apesar dos resultados permanecerem dentro dos padrões de normalidade. Além disso, foram observadas queixas de sintomas auditivos, como zumbido, sensação de plenitude auricular, desconforto a sons intensos, dificuldade de localização da fonte sonora, cefaléia, irritação e vertigem⁷⁴.

O trabalho de *Empregada Doméstica* é muito comum entre as mulheres do território, segundo informações do grupo, por ser uma área muito carente. As principais queixas são os baixos salários e as humilhações sofridas pelos patrões, além de alguns acidentes e adoecimentos, principalmente problemas de coluna e intoxicações. Além disso, referem à ausência de estrutura social para deixar os filhos enquanto exercem sua atividade laboral.

“As empregadas domésticas são muitas, por ser uma área muito carente. Se queixam de problemas de coluna por conta da postura para executar suas atribuições, de acidentes como quedas e cortes e do peso que às vezes precisam carregar, além de intoxicação na utilização dos produtos de limpeza, principalmente aquele azulín... Elas falam que trabalham muito pra ganhar pouco e ainda sofrerem vários tipos de humilhações...”

“Elas saem pra trabalhar e os filhos ficam em casa, elas vão preocupadas em deixá-los e acabam não fazendo o serviço direito, ficam descobertas porque não tem um lugar adequado para deixar o filho, aí ela vai pro serviço mas a mente dela tá lá na casa, já teve

mãe de receber notícia do filho que sofreu acidente, ela sai de lá as pressas preocupada...”.

Iriart et al (2008)⁷⁵ constataram que as empregadas domésticas almejam a carteira de trabalho assinada, argumentando os benefícios da aposentadoria e do FGTS. Perceberam que estas trabalhadoras não conseguem negociar essa questão com seus empregadores, terminando por aceitar a situação pela necessidade do trabalho.

Com relação à identificação dos riscos, foram apresentados de várias maneiras pelas trabalhadoras. Algumas relataram o espaço doméstico como um local seguro, não conseguindo identificar seus riscos, outras perceberam a existência de riscos de acidente, tais como: riscos de quedas (presentes na limpeza interna e externa de janelas, no uso de escadas em geral e no trabalho em piso úmido e ensaboado) e riscos de cortes e queimaduras. Comentaram ainda a ocorrência de acidentes, dentre eles de quedas, cortes, queimaduras e torções em membros inferiores, e adoecimentos⁷⁵.

O fato de estes acidentes terem ocorrido em residências contribui para que as trabalhadoras os identifiquem como “normais”, entendendo o mesmo como uma fatalidade. Neste olhar, a culpabilização do acidente volta-se ao trabalhador, deixando o empregador livre de qualquer responsabilidade. Os adoecimentos mencionados foram: dores de coluna e lombares, bursite, dores nas pernas, inchaços no joelho e alergia aos produtos de limpeza. Como mecanismo de enfrentamento, o trabalho em questão sugere a elaboração de estratégias que proporcionem a valorização social desta atividade laboral e o respeito aos direitos trabalhistas já garantidos por lei⁷⁵.

Para Sanches (2009)⁷⁶, o trabalho doméstico é considerado um dos mais precários existentes, apresentando baixas remunerações, más condições de trabalho, altos riscos à saúde e integridade física das trabalhadoras. Menciona como riscos identificados nesta profissão, a utilização de produtos químicos, fogo, riscos de altura e eletricidade, além de apresentar altos níveis de assédio sexual e moral.

A autora comenta que, apesar de não ser geradora de lucros, cuida de uma ampla gama de tarefas necessárias a manutenção da vida, permitindo que outras pessoas (homens e principalmente mulheres) possam vender sua força de trabalho ao mercado, ou seja:

“... não haverá trabalhadores e trabalhadoras para apresentar-se ao mercado e retornar a ele caso o trabalho doméstico não seja realizado”^{76, pág. 884}.”

Nas discussões do grupo durante a oficina, comentou-se que muitas empregadas domésticas inseridas neste território tem abdicado de seus trabalhos em virtude da ausência de local apropriado para acolher seus filhos durante o período laboral, ainda que o recurso financeiro advindo do trabalho seja fundamental para o sustento da família.

Essas empregadas domésticas não possuem recursos financeiros para contratar outra profissional que realize as atividades do seu lar. Da mesma forma, comentam a insuficiência de vagas aos programas educacionais e sociais, que dê assistência aos seus filhos, tais como creches e escolas de tempo integral, durante o período de sua atividade remunerada, ficando desta forma, desassistidas.

“Muitas mulheres que tem filhos pequenos estão desempregadas, não conseguem sair pra trabalhar por essa questão, não por falta de emprego, emprego para as mulheres tem, como o de empregada doméstica que não falta, mas elas não têm onde deixar os filhos...””.

Outro trabalho identificado no território foi o das *Profissionais do Sexo*, que trabalham em casas noturnas, em bordéis. O grupo descreveu como principais riscos à saúde, a probabilidade de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis, a violência, humilhação, tortura e preconceito. Mas comentaram o fato destas estarem bem informadas com relação à utilização de preservativos.

“De vez em quando elas vão à unidade de saúde buscar preservativo, mas quando falam a quantidade, as meninas da farmácia acham muito e não querem dar, aí elas tem que falar que são profissionais do sexo, tem uma discriminação...””.

Segundo Passos e Figueiredo (2004)⁷⁷, vários são os fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis. Verificaram que é uma população de maioria jovem, com baixa escolaridade, reduzido nível socioeconômico e grande mobilidade espacial. Relataram grande exposição a bebidas alcoólicas, além do uso de

drogas. Identificou-se maior risco de doenças sexualmente transmissíveis entre aquelas profissionais que possuem parceiros fixos, visto neste caso, a não utilização de preservativos.

Os pesquisadores consideraram necessário maior dedicação dos serviços públicos de saúde aos profissionais do sexo, tanto na realização de pesquisas sobre os fatores de riscos para doenças sexualmente transmissíveis, como de programas preventivos.

O comércio de venda de mercadorias predominantemente varejista da região sul de Palmas é bastante movimentado. Encontra-se neste território uma variedade de ofertas, a venda de produtos não duráveis (produtos alimentícios, floricultura e variedades, farmácias e perfumarias), semiduráveis (vestuários, calçados, tecidos, aviamentos e acessórios, livrarias, papelarias, materiais para escritório e artes gráficas) e duráveis (móveis, eletrodomésticos, utilidades domésticas, materiais para construção, produtos de informática, óticas, relojoarias e joias, lojas de fotografias e som). Muitos se encontram na informalidade e o grupo de estudo deste território relata vários casos de riscos à saúde desses trabalhadores e a ocorrência de agravos.

A fragilidade dos vínculos empregatícios foi ressaltada, onde foram identificadas situações de sobrecarga de trabalho, trabalho sob pressão, assédio moral, riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, dificuldades no estabelecimento de nexos e de acesso aos direitos trabalhistas.

Dentre os riscos existentes, em semelhança a outras atividades já mencionadas, perceberam-se riscos ergonômicos e psicológicos ocasionados pela sobrecarga de trabalho:

“O que a gente observa no comércio é a carga horária excessiva, porque o trabalhador trabalha o dia todo em pé e tem horário só pra entrar, não tem horário pra sair...”

“Quer ir embora? não, vai arrumar primeiro ali... e eles acabam ficando, sendo que já passou do horário de ir embora, eles falam que vão pagar hora extra, pode até pagar, mas isso vai acarretando estresse, fadiga, na hora de chegar não pode estar atrasado, mas na hora de ir embora não tem horário, aí já sai de lá agoniado...”

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

“Tem um mercadinho lá, que de três em três dias é funcionário largando de trabalhar lá, não sei o que acontece que funcionário lá não dura, é impressionante como não aguenta, a dona bota pressão, bota pressão e ninguém aguenta... eu acho isso horrível...”

“Tem muito assédio moral também, que os patrões falam há você é lenta, você não sabe, você não dá conta, aí começam a dizer essas palavrinhas irritantes que os trabalhadores sofrem nessas situações, ficam tristes, angustiados...”

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

“Tem também a questão da postura, eles carregam caixas pesadíssimas. Eu tenho um amigo que foi pegar uma caixa, nem era o serviço dele, mas olha a arrumação, ele tava trabalhando em outra repartição, um outro foi pegar uma caixa pesada demais e pediu ajuda pra ele, ele foi ajudar e começou a sentir uma dor na perna, mas terminou de levar esse peso, aí começou a passar mal, foi levado pro médico mas no outro dia voltou a trabalhar, ele tinha fraturado o osso...”

“Tem uma jovem que trabalha em um mercado perto da minha casa, no caixa, ela me disse que está com problema de coluna por excesso de movimento repetitivo...”

A fragilidade dos vínculos empregatícios e a dificuldade de reconhecimento do nexos entre adoecimento e trabalho, bem como da garantia aos direitos trabalhistas, foram queixas relatadas:

“Eu já percebi que quando o funcionário adoece, os donos não querem reconhecer que foi do trabalho, falam que não foi e não querem arcar com as responsabilidades e nem dar tempo para o funcionário se tratar, argumentam que não tem condição de pagar o trabalhador acidentado e mais outro, então é assim, se você tá doente e não dá conta é descartado...”

“Eu to falando não é o que eu acho, são coisas que já aconteceram com pessoas da minha área, nos quais eu acompanhei e tive que intervir, e que na verdade no final, com toda ajuda se tratou, mas no emprego ficou prejudicado...”

“Muitas vezes eles não querem dar o direito de cada funcionário, adoeceu, se não tiver como provar já era, e olha que não é fácil provar que a dificuldade é decorrente do trabalho, e o trabalhador formal ele tem os direitos dele garantidos na CLT, mas o informal não...”

Baldin et al (2013)⁷⁸ pesquisaram o grau de conhecimento dos trabalhadores do comércio varejista, com relação aos direitos trabalhista. Dentre os entrevistados, a maioria pertence ao sexo feminino, possuem a faixa etária de 21 a 25 anos, são estudantes do nível médio de ensino e demonstram possuir algum conhecimento na área de direitos trabalhistas.

Entretanto, apesar deste relativo conhecimento, outra pesquisa sobre a precarização do trabalho comerciário em grandes redes de varejo (revelada através da atuação sindical e de processos trabalhistas), comenta que nem todos os acontecimentos reais chegam ao conhecimento do judiciário. O autor relata acreditar que o descumprimento das normas jurídicas existentes pode ser muito maior do que aqueles evidenciados juridicamente, justificando que ainda que os trabalhadores conheçam a legislação, muitos temem a perda do emprego e a dificuldade da nova admissão, ou ainda receiam sua inclusão em uma “lista negra” ou não querem “sujar a carteira”. Além disso, podem apresentar dificuldade de acesso aos mecanismos de resolução do dilema ou de comprovação dos prejuízos sofridos⁷⁹.

Palmas é uma cidade predominantemente administrativa, possuindo poucas *indústrias*, assim como a região sul da cidade. No relato do grupo, foram citados como exemplos de atividades industriais, as áreas de condimentos, confecções, marmorarias, marcenarias, construção civil, serralherias e cerâmica, sendo que a grande maioria é formada por trabalhadores informais que estão expostos a riscos e agravos à saúde.

“Os riscos tóxicos na questão das nossas indústrias de condimentos, a gente vê também o excesso de trabalho com maquinários. Como exemplo a gente pode citar a produção da

pimenta do reino, o mau cheiro, a pessoa pode estar inalando aquilo e pode tá provocando algum tipo de doença...”

“A gente se depara com pessoas que vão todo dia ao postinho fazer curativo porque perdeu a mão, perdeu a perna, são os acidentes dos trabalhadores da indústria de cerâmica lá de Taquaralto, tem duas naquela região... Essas pessoas tem carga horária excessiva e quem trabalha na parte que queima, com o excesso do calor, o ambiente onde ele trabalha não é muito adequado...”

“A questão da hepatite às vezes adquire no trabalho por não ter a quantidade de copos individuais para beber, então tem várias doenças que são causadas devido à aglomeração de pessoas naquele ambiente e a falta de higiene. A orientação é que cada um leve de casa a sua própria vasilha de beber água...”

“Observamos as condições de trabalho dessas indústrias, como o ruído, a iluminação, a ventilação, a poeira, tudo isso aí pode ser observado e interfere na questão das doenças do trabalho e pode até morrer, porque a poeira causa doença muito séria, eu já vi isso em outros cursos, e numa cidade quente como a nossa, que venta muito, mistura pó de serralheria com pó de marcenaria, é um perigo...”

Dentre as diversas atividades industriais, uma pesquisa realizada por Martins e Souza (2012)⁸⁰ se propôs a estudar a precarização do trabalho dos serralheiros, predominantemente masculino. A degradação da saúde destes trabalhadores ocasionada por este processo de trabalho é evidente. São responsáveis pelo corte, solda e construção de materiais de ferro e alumínio, como portas, janelas, grades, esquadrias, varandas, corrimãos, etc. Convivem com riscos químicos (poeiras e partículas, fumos e gases de solda), físicos (radiações, ruídos, temperaturas extremas, umidades, iluminações deficientes), de acidentes (como amputações, choques elétricos, incêndios e queimaduras), biológicos (higiene do local), ergonômicos (postura corporal crítica) e psicológicos. Aceitam os baixos salários ofertados pela burguesia exploradora, por necessidade de sobrevivência.

Os pesquisadores chamam a atenção para o agravante de que muitos serralheiros exercem suas atividades de maneira autônoma. A necessidade financeira intensifica a jornada de trabalho, que pode se estender a até 15 horas por dia. Além disso, a legislação trabalhista obriga que o empregador forneça os EPI a seus funcionários, mas como o trabalhador autônomo não possui essa relação empregador/empregado, acaba por não utilizar esses equipamentos devido a insuficiência de capital para adquiri-los. O valor recebido pelo seu trabalho é suficiente apenas para manutenção das necessidades mais básicas⁸⁰.

Desta forma, consideram que o trabalho autônomo geralmente se apresenta extremamente inseguro, pela ausência de investimento no ambiente de trabalho, tornando-se ainda mais insalubre e perigoso, facilitando o surgimento de pragas e acidentes graves:

“... observamos serralheiros com cortes profundos, em decorrência de ferro e outros materiais espalhados pelo ambiente de trabalho; alergias e outras doenças respiratórias, decorrente do grande acúmulo de poeira e da umidade no ambiente; e problemas na visão, em resultado do ambiente mal iluminado... 80. pág.6”.

Destarte, os autores compreendem que:

“... os serralheiros são vítimas da própria atividade que desempenham – a qual está subsumida ao capital -, como resultado de uma ordem societária que os obriga a vender a única coisa que possuem – sua força de trabalho – mesmo que para isso seja necessária sua autodegradação física e psíquica^{80, pág. 12”}.

Outro estudo⁸¹ verificou o trabalho em marcenarias e serralherias, comentando os vários riscos de acidentes e adoecimentos existentes nestes ambientes de trabalho. A pesquisa observou a utilização de equipamentos antigos e obsoletos, a inexistência de formação estruturada ao trabalhador, cujo ofício tem sido, em sua maioria, passado através das gerações, a ausência de ações ou programas de prevenção de acidentes, a falta de atualização profissional das empresas e o desinteresse em receber informações sobre o tema. Cenário propício à ocorrência de acidentes.

Relataram que a maioria destas empresas é de pequeno porte e realiza sua produção via encomenda e para o mercado local. Apesar de regularizadas, não seguem as exigências das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego. Seus trabalhadores identificaram os riscos no ambiente de trabalho, principalmente relacionados aos equipamentos de serra e solda, relataram a presença de temperatura elevada e fumaça no ambiente de trabalho e 36% deles afirmaram terem se acidentado no período de um ano. Apesar disso, várias marcenarias não utilizavam Equipamentos de Proteção Individual, fato que era justificado pela dificuldade de encontrá-los a venda, já estarem acostumados a não utilizá-los ou não serem fornecidos pelo empregador. Observaram o desconhecimento da legislação vigente e ausência de fiscalização pelos órgãos competentes⁸¹.

Na atividade penosa e perigosa das marmorarias, agravada quando se trata de trabalho informal, visto a precariedade nas condições dos ambientes e processo de trabalho, Dos Anjos et al (2007)⁸² propuseram analisar o risco químico, proveniente da poeira originada principalmente da sílica. Os autores comentam a facilidade de instalação desta atividade devido à simplicidade de seu processo produtivo: pouco investimento, pequeno número de funcionários e pouca qualificação. Soma-se a desinformação dos trabalhadores e empregadores com relação aos riscos à saúde decorrente desta atividade profissional⁸².

A exposição à poeira da sílica pode ocasionar uma série de problemas ao aparelho respiratório, principalmente a silicose, uma doença considerada grave e importante. Os trabalhadores das marmorarias estão constantemente expostos à alta concentração dessas poeiras finas, geradas neste processo de trabalho e altamente adoecedoras. O fato é preocupante, principalmente quando se considera que em geral, estas empresas não adotam em seu ambiente de trabalho, medidas de controle associadas à proteção coletiva. Verificou-se que 48% dos trabalhadores avaliados apresentavam danos auditivos, pela exposição ao ruído, destes, 41% em estágio inicial e 50 % já haviam adquirido PAIR (Perda Auditiva Induzida por Ruído)⁸³.

Abdala et al (2008)⁸⁴ realizaram uma análise ergonômica do trabalho dos marmoristas, onde citam, dentre vários identificados, os riscos de acidentes, químicos e ergonômicos. Nos riscos de acidentes comentam os riscos de cortes, esmagamentos e quedas de objetos, salientando que são agravados pela presença de máquinas e equipamentos sem proteção adequada, improvisação e precariedade das instalações e ferramentas (com destaque aos arranjos físicos inadequados e instalações elétricas deficientes), resultando na possibilidade de choque elétrico e lesões traumáticas.

Nos riscos químicos mencionam a manipulação de produtos tóxicos ou irritantes como catalisadores, massas plásticas, solventes, resinas e ceras, além da poeira da sílica. Para os riscos ergonômicos relatam principalmente o levantamento e deslocamento manual de cargas, as posturas corporais inadequadas devido a questões ergonômicas dos postos de trabalho, os mobiliários não adaptáveis ao trabalhador e lesões músculo esqueléticas⁸⁴.

Moraes (2010)⁸⁵ estudou os riscos psicológicos provenientes da pressão no trabalho das marmorarias, como metas (quase sempre inatingíveis), jornada de trabalho (prontidão e ritmo acelerado ditado pelas metas de produção) e relações verticais (o saber fazer dos trabalhadores é quase sempre desconsiderado). A consequência deste contexto é o surgimento do estresse, identificado pelos sintomas de insônia, irritabilidade, impaciência, submissão e ausência de sociabilidade com a família. Destaca que o estresse produz desatenção, que por sua vez coloca os trabalhadores em risco, ou seja:

“O que está em jogo é a vida dos trabalhadores. Sentir sono e desânimo em uma atividade que já é perigosa pode ser fatal. É uma sinalização evidente de que, nessa atividade (como em tantas outras), não se pode “botar pressa”; o que é urgente é a necessidade de transformação da organização do trabalho”^{85, pág. 200}”.

Palmas é considerada uma cidade nova e em plena expansão. Na plenitude de seu território observa-se a movimentação da *Construção Civil*, o que também ocorre em sua região sul.

Entretanto, como neste território ocorre um predomínio das atividades informais, verifica-se que grande parte dos trabalhadores atua sem treinamento ou capacitação, sem orientação adequada, sem conhecimento dos riscos, sem fiscalização, com sobrecarga de trabalho e mão de obra desvalorizada. As consequências são a ocorrência de uma série de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho, a invisibilidade de muitos deles e a ausência dos direitos previdenciários.

O grupo explica o funcionamento desse mercado de trabalho na região sul de Palmas, alertando sobre a precariedade do vínculo empregatício:

“Na região sul de Palmas tem muita construção civil e a grande maioria são trabalhadores informais, poucos trabalham fichados no centro, a maioria vai ali, faz a casa do outro, é

contratado pra trabalhar ali mesmo na região e muitas vezes sem uma orientação adequada, sem um conhecimento de como executar essa tarefa, o que acarreta muitos problemas...”.

Comentam que muitas vezes estes profissionais não se especializam em uma determinada atividade da construção civil, ou ainda que o façam, terminam por assumir vários serviços deste ramo, de acordo com a oferta do mercado, ampliando a sobrecarga de trabalho.

A ausência de capacitação dificulta a aquisição de EPI adequados a cada especificidade de trabalho (no caso do trabalhador autônomo), favorece a desvalorização financeira do setor (visto a desqualificação da mão de obra e aumento da oferta de trabalho) e aumenta o risco de ocorrência de acidentes e adoecimentos (pela precariedade do trabalho, ausência de capacitação e desconhecimento dos perigos existentes à saúde).

“Na construção civil a maioria desses profissionais são informais, o que acontece, eles pegam lá uma casinha de 80 m⁴ pra fazer, ali ele pega junto o serviço de carpintaria, elétrica, encanção, ele faz todo esse serviço, porque às vezes pra ele contratar um encanador, um eletricista, sai muito caro pra ele, mesmo a mão de obra de lá sendo muito barata, então ele trabalha muito pra ter um dinheirinho a mais...”.

“Um pedreiro pega uma casa de quatro ou cinco cômodos, porque ele tem que fazer a construção primeiro. Só que ele quer fazer todo o serviço só, pra ganhar mais dinheiro, daí acontece muito acidente, porque ele não consegue dominar todas as áreas...”.

“A gente vê que nessa região as pessoas trabalham muito pra tentar manter a família. A maioria desses profissionais vem do interior, da roça e não tem formação, então pra onde eles vão? pra construção civil, muitas vezes não tem registro na carteira como profissional...”.

“Quem trabalha na construção civil formalizado tem as orientação da promoção à saúde, já quem trabalha por conta não tem esse conhecimento do acidente, às vezes não são capacitados e se tornam mão de obra barata, aí acontece muito acidente...”.

De acordo com a observação do território estudado, o grupo descreveu ainda vários fatores de riscos à saúde dessa categoria trabalhadora, possíveis causadoras de acidentes e adoecimentos, alertando para o desconhecimento dos trabalhadores. Relatou-se riscos ergonômicos, químicos, de acidentes e psicológicos:

“Eles não sabem usar um equipamento corretamente e por isso gera esses problemas de coluna, esses danos que podem provocar a diminuição dos movimentos, as intoxicações também, devido essas pessoas não manusearem os produtos químicos de forma correta, como cimento, por exemplo...”.

“A inalação dos produtos, do pó, também causa muita doença na construção civil, vai inalando o cimento, não tem nenhum equipamento, tem também casos de trabalhadores que caem de cima da altura, vão a óbito...”.

“Oh, lá no Aurenny I tem um homem que eu acho que ele não foi notificado, ele não trabalha pra empresa, ele é autônomo, ele presta serviço, ele pega uma casa pra construir, ele mesmo faz tudo, aí o que acontece, ele agora tá com problema de coluna e vai ter que fazer uma cirurgia, aí eu tava conversando com ele e tava falando pra mim, agora eu não trabalho mais, estou sem construir, agora eu sou doente, e ele não foi notificado, porque ele faz tudo pelo plano de saúde...”.

O ritmo de trabalho e a ergonomia foram ressaltados no trabalho da construção civil. Relatam que o que tem mais valor no trabalho é o lucro, enquanto há força, há trabalho, não existe preocupação com as consequências à saúde, a curto ou longo prazo, ou se existe, é mascarada pela necessidade de subsistência:

“Meu sobrinho é pedreiro e ele me diz que o encarregado sempre pressiona pra fazer o trabalho mais rápido, toda hora ele chega, e aí já tá terminando? Ele diz que vai trabalhar no tempo dele, que não vai fazer as coisas correndo pra depois cair tudo... mas eles querem que renda o serviço... como fica o psicológico do

profissional, né? Depois acontece alguma coisa errada e prejudica eles e terceiros também...”

“A posição de trabalhar o dia inteiro é aquela boa para que o trabalho se desenvolva mais rápido, não vai ficar lá fazendo posiçãozinha pra pegar, ele quer é andar ligeiro, pra render, pra produzir mais, porque ele não tem direitos, o direito dele é a diária do que ele trabalhar ali, é o que ele vai ganhar também, então ele não tá preocupado muito com outras coisas...”

“Tem muitos trabalhadores com problema de coluna naquela região porque pegam excesso de peso. Falta informação, vai pegar o peso, quer pegar tudo de uma vez, depois ficam cassando INSS pra aposentar, pra se encostar, mas não tem a idade, não conseguem...”

Os Agentes Comunitários de Saúde referem à dificuldade dos profissionais de saúde em orientar os trabalhadores da construção civil, devido a questões culturais. Nesse sentido fornecem dicas de experiências bem sucedidas, que poderão facilitar essa aproximação, tais como a construção de vínculos e transmissão de confiança e credibilidade.

“Pra você orientar uma pessoa dessa, ih meu amigo, tem que conquistar ele primeiro, se você chegar lá, seu fulano não pega esse saco assim não, o senhor deve pegar é assim, ele não vai acatar da noite pro dia não, ele vai falar, hum, aquilo ali sabe de nada menino... agora quando ele pega uma confiança com qualquer profissional da saúde, aí aquele pra ele é tudo, ele acata...”

“Os promotores de saúde tem grande dificuldade na orientação deles, porque são pessoas que já tem cultura própria e pra conseguir mudar essa opinião é um trabalho lento, que requer tempo e disposição. Você tem que conquistar aquela pessoa, pra que ele realmente abra as portas e dê tempo pra você conversar com ele, sensibilizar e orientar, senão ele bate a porta na sua cara, fala que tá saindo, não vai ter tempo agora... tem toda essa dificuldade, você acha que vai chegar, orientar ele bonitinho e ele vai te obedecer? não, de jeito nenhum...”

Neste território, apesar dos trabalhadores informais serem a maioria e estarem desprotegidos no que diz respeito à Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, alguns trabalhadores da Construção Civil estão formalizados, mas ainda assim apresentam precariedade das condições de trabalho e têm sofrido acidentes e adoecimentos em seus ambientes de trabalho:

“Na realidade esses profissionais da construção civil, mesmo os formalizados, nem sempre as empresas fornecem os EPI, eu conheço alguns desses trabalhadores formalizados que tem a audição comprometida por conta do ruído daquelas máquinas betoneiras, é muito barulho, muita alergia, trabalhando em firmas de renome mesmo, tem umas empresas por aí formais que são recordistas em notificação de acidente pela CAT, tem amputação, óbito, etc...”

“O que as empresas formais querem é que no final do mês o empregado consiga atender a necessidade da empresa, entregar a obra dentro do prazo, porque se não ela é cobrada pela empresa que fez aquela contratação, o trabalhador, ele que se vire ao leão...”

O grupo mencionou a importância de ouvir os trabalhadores quanto ao seu processo de trabalho, queixando-se que o fato não tem ocorrido na atividade em questão, ou seja, o conhecimento dos trabalhadores não está sendo valorizado. Os participantes alegaram que ninguém conhece melhor o processo de trabalho que o próprio trabalhador ali inserido e que as informações trazidas por estes podem contribuir para a melhoria das condições de organização dos processos de trabalho.

“As empresas geralmente partem de cima para baixo e na verdade esse processo tinha que ser ao contrário e mesmo que não fosse, mas então que fosse visto junto, uma forma de trabalhar melhor, que tenha rendimento e serviço de qualidade, com um suporte de qualidade pra você trabalhar...”

“Eu vejo assim, um ambiente de trabalho que mais funciona como exemplo que a gente poderia observar é a construção civil, muitas vezes o engenheiro ele tem que começar de cima pra baixo, ele é central na experiência, porque ele, só ele, tem o conhecimento

técnico para desenvolver um projeto, mas quem executa, o carpinteiro, o pedreiro, é ele quem sabe fazer a massa, então ele que dá a ideia pro engenheiro de como vai se fazer aquilo lá”.

Iriart et al (2008)⁷⁵ comentam que houve um aumento do trabalho informal nas últimas décadas, o que ocasiona a esses trabalhadores ausência de seguridade social, de medidas de prevenção de riscos e baixas remunerações. Observaram em suas pesquisas o reconhecimento do trabalho formal e desvalorização simbólica do trabalho informal, principalmente pela garantia dos direitos trabalhistas, com repercussões à autoestima do trabalhador. Os autores consideram necessário maior divulgação e diálogo sobre os direitos trabalhistas, além de uma política pública que contemple a saúde desses trabalhadores.

“... o trabalho informal não é reconhecido pelo Estado, por ser não registrado e, portanto, o trabalhador não existe legalmente”^{75, pág. 166}.

Os trabalhadores da construção civil possuem forte consciência dos riscos de acidentes presentes nesta atividade profissional, como: ser atingido por objetos, carregar peso, contato com substâncias tóxicas e objetos perfurocortantes, além de risco de queda. Identificam agravos à saúde decorrente deste trabalho: problemas de coluna, respiratórios ocasionados pela inalação da poeira e cheiro de tinta, hérnia, dores musculares, dores nas pernas, corrosão das mãos na manipulação do cimento, trabalhar em ambiente insalubre e em local inseguro⁷⁵.

Os pesquisadores identificaram minimização ou banalização dos trabalhadores com relação aos acidentes sofridos e ausência de utilização dos EPI, principalmente pela ausência de recurso financeiro para aquisição, no caso de trabalhador autônomo⁷⁵.

Oliveira e Iriart (2008)⁸⁶ estudaram as representações do trabalho entre trabalhadores informais da Construção Civil e constataram que a importância do trabalho está na subsistência material e social, entretanto identificam o próprio trabalho como pesado, desvalorizado, arriscado, discriminado e sem futuro, sendo considerado como último recurso de sobrevivência, por falta de oportunidade no trabalho formal.

Estes executam os serviços mais arriscados e perigosos, com baixos salários, na maior parte das vezes em ambientes totalmente insalubres e inseguros. Não conseguem se

identificar enquanto categoria, devido não se sentirem membros do grupo, o que dificulta sua inserção sindical. Assim, reconhecem a precarização do trabalho informal e se consideram inferiores aos trabalhadores formais. Para os pesquisadores, o fato de estes trabalhadores serem excluídos de princípios fundamentais assegurados constitucionalmente e direitos no trabalho, ocasiona aos mesmos um tipo de violência contra sua cidadania⁸⁶.

“Ser informal foi representado como a negação de ser formal: o trabalhador formal tem direitos e o informal não tem; o formal é registrado, “fichado”, o informal (“avulso”) não; o formal é “estável”, o informal não. Enquanto o formal é e tem, o informal não é e não tem.”⁸⁶ pág. 444.”

A indústria de confecções, predominantemente feminina, foi estudada por Praia et al (2013)⁸⁷, no que diz respeito a avaliação ergonômica dos postos de trabalho desta atividade. Constatou-se que 55% das funcionárias referem sentir dor corporal, dentre elas principalmente na coluna torácica e lombar, pernas, cabeça e pés, respectivamente. O fato se explica por ser um trabalho estático com repetidas rotações, inclinações laterais e coluna semi-fletida, assim o trabalhador permanece muito tempo em condições ergonômicas inadequadas, realizando movimentos repetitivos. Baixos índices de qualidade de vida, nos aspectos emocionais, físicos, situações gerais de saúde, vitalidade e capacidade funcional, foram relatados.

Chama a atenção no território da região sul de Palmas, à quantidade de trabalhadores atuando na informalidade, nos diversos ramos de atividades, autônomos ou prestadores de serviços, sem qualquer respaldo da Consolidação das Leis Trabalhistas.

Os ambientes de trabalho informais se caracterizam: ou por ausência de limites físicos e territoriais, como ocorre com os trabalhadores de rua; ou em ambientes com delimitação física, geralmente domiciliar, com instalações improvisadas, ausência de proteção ambiental e/ou equipamentos de proteção individual e insuficiência de treinamento dos trabalhadores. Mesmo no caso do ambiente delimitado fisicamente, muitas vezes não são enxergados pela fiscalização trabalhista, pelo fato de serem irregulares⁸⁸.

O grupo de estudo do território desta pesquisa identificou que grande parte dos acidentes e adoecimentos ocorridos nesta comunidade, tem sido ocasionada no setor informal, devido, dentre outras questões, a falta de treinamento e capacitação desses

trabalhadores. Alertam que é importante fornecer equipamentos e maquinários adequados, mas, além disso, faz-se necessário que os trabalhadores sejam orientados quanto a sua utilização.

“A falta de EPI ocorre principalmente nos trabalhos informais, muitas vezes o proprietário não se importa com isso e os trabalhadores informais não tem o conhecimento da necessidade dessa utilização, aí não usam...”

“Quando o trabalhador chega num açougue, eles não tão nem aí se ele é novato, simplesmente tem a obrigação de aprender a trabalhar ali, não dão as instruções, os treinamentos de como deve trabalhar, quando entregam o EPI, não ensinam a usá-los, como você vai usar o EPI se você não sabe usar ele?”

“Tem que ter capacitação, não adianta entregar o EPI para o funcionário, mas não ensinar como usá-lo, também tem que ensinar como usar a máquina. Eu vou contratar você pra trabalhar na serra, pra serrar osso, e aí? Não vai adiantar te dar todos os EPI se você não vai saber usar a máquina, vai ocasionar muitos acidentes...”

Esses trabalhadores de um modo geral estão expostos a condições de trabalho perigosas e insalubres, em pequenas ou microempresas ou ainda no domicílio e nas ruas. Percebe-se nestes, vários fatores de risco à saúde e ausência de mecanismos de proteção. Associa-se a ausência de proteção legal, das normas de segurança, de fiscalização e de cobertura dos acidentes de trabalho. Além disso, verifica-se a dificuldade que enfrentam com relação à construção de vínculos e poder de mobilização para reivindicação de questões trabalhistas, uma vez que a necessidade de sobrevivência submete o trabalhador à aceitação das piores condições de trabalho, o que é agravado pelo desconhecimento de direitos trabalhistas e seus mecanismos de proteção jurídica⁸⁸.

Antunes (2011)⁸⁹ afirma que *“estamos diante de um intenso e significativo processo de informalização e precarização da classe trabalhadora... que ocorre nas formas de trabalho parcial, subcontratado e precarizado⁸⁹ pág.405”*. Explica que enquanto uns trabalhadores trabalham em uma jornada intensa de até 17 horas diárias, outros são

excluídos deste mercado, ou seja, enquanto uns são explorados em busca da mais-valia, outros são descartados, sendo impelidos ao trabalho informal, subemprego ou desemprego.

Como agravante, no trabalho informal por conta própria, muitas vezes há a utilização da força de trabalho familiar, com ou sem remuneração⁸⁹. Ainda que isto não ocorra, apenas o fato da presença dos familiares no ambiente insalubre já proporciona a exposição aos mesmos riscos identificados na atividade profissional⁸⁸.

Um dos fatores contributivos a este contexto, segundo relatos do grupo da oficina, diz respeito ao desemprego. Referem que muitas pessoas procuram a cidade de Palmas em busca de oportunidades de melhoria na qualidade de vida, visto que esta tem a característica de ser uma capital nova, em pleno desenvolvimento, fato este amplamente divulgado pela mídia. Grande parte se instala na região sul da cidade, devido ao baixo custo de vida, se comparado ao plano diretor. Entretanto, nem sempre o desejo de progresso se realiza, às vezes não conseguem o emprego desejado, às vezes o salário é insuficiente para a manutenção da família.

Segundo Lima (2013)⁹⁰, a migração pode ter como desvantagem o fato de que o trabalho disponível seja temporário, imprevisível, perigoso ou ilegal. Argumenta que o salário pode ser inferior ao padrão de vida do local e muitas vezes inferior ao descrito na mídia.

Importante lembrar que o aumento da oferta de mão de obra ao trabalho formal contribui ainda mais com a exploração do trabalhador, intensificação do trabalho e acumulação do capital^{89,91}. Quando isto ocorre surge a frustração, o desânimo e o anseio de retorno as suas origens, por isso Palmas apresenta a característica de ser uma cidade em constante migração.

“... eles ficam desempregados ou às vezes vão trabalhar, mas não conseguem manter a família como gostariam, muitos desses profissionais começam a ficar deprimidos e tentam voltar pras suas regiões de origem...”

VI.2.1.2 Funcionalismo Público

A cidade de Palmas apresenta como principal vínculo empregatício, o serviço público. Nesta pesquisa, o funcionalismo público da saúde, educação e segurança pública surge em destaque na região sul, apresentando problemas em seu processo de trabalho.

A importância dos serviços públicos essenciais, para a população deste território e a decorrente frustração de seus servidores em não conseguir suprir a demanda social por falta de condições adequadas de trabalho foram abordadas pelos participantes. Este contexto tem causado inúmeros problemas, tanto nas relações dos trabalhadores dos diversos setores públicos com os moradores do território em estudo, usuários destes sistemas, nas relações horizontais e verticais de trabalho, na saúde física e psíquica dos trabalhadores e em suas relações sociais e familiares.

“O funcionário público tem hoje uma responsabilidade social muito grande, porque cuida da saúde, da educação, do ensino e da segurança de uma população em geral.”

“Hoje em dia nem é mais vantagem ser funcionário público porque o indivíduo trabalha pra morrer, ganha pouco e ainda sai doente, a estabilidade não compensa mais, porque se resolve sair não tem direito a nada e se o emprego é particular e sai, tem seus direitos entendeu?”

“Pra você cuidar dos outros precisa ter uma boa saúde, mas o servidor público está deixando sua saúde de lado pra cuidar dos outros, está prejudicando a sua saúde e a da sua família, porque tem levado o serviço e os problemas deste pra dentro da sua casa...”

Todos reconhecem a importância da educação de qualidade para uma nação e seu povo e muitos discursos são proferidos sobre o tema, principalmente em anos eleitorais. Apesar disso, o que se vê na prática encontra-se muito longe do que se considera um sistema educacional de qualidade, com a região sul do município de Palmas não tem sido diferente: *O Servidor Público da Educação desvalorizado e desmotivado.*

No território estudado existem creches, escolas de nível fundamental e nível médio, porém segundo relato dos dois grupos, as vagas não são suficientes para suprir a demanda, ocasionando uma sobrecarga aos espaços de educação existentes, com salas de aulas superlotadas. Há ausência de escolas profissionalizantes e universidades.

Os trabalhadores, por sua vez, sofrem as consequências desta grande demanda: a sobrecarga de trabalho torna os ambientes adoecedores. São salas superlotadas, com

ausência de autonomia e autoridade, características necessárias para que os profissionais exerçam com qualidade suas atribuições.

Os alunos muitas vezes encontram-se rebeldes, trazendo de suas casas os problemas enfrentados pela instabilidade social e os educadores estão, com frequência, sendo assediados por alunos e seus pais, por colegas de trabalho e chefias.

Referem ausência de vários instrumentos e materiais importantes para a realização das atividades profissionais, estrutura física do ambiente de trabalho precária, dentre outras questões. Como consequências, a categoria tem vivenciado regularmente acidentes e adoecimentos.

Muitos foram os relatos de superlotação, sobrecarga de serviço (ocasionando ritmo acelerado de trabalho), pressão psicológica e adoecimento:

“Os educadores das escolas públicas tem dificuldade na execução do serviço porque a demanda é muito grande, uma sala que cabe trinta alunos, tem cinquenta e poucos. Nesse território tem escola particular, mas elas são de pequeno porte e não são tão problemáticas quanto às públicas...”

“Os professores estão sempre sobrecarregados, porque além de planejar e executar as aulas, ainda fazem outras tarefas extras, numa sala superlotada. Isso causa um grande estresse, grandes consequências...”

“Os professores tem sobrecarga de serviço e pressão psicológica também. Muitos tomam remédio controlado tarja preta, devido à pressão psicológica do próprio chefe de serviço, diretor de escola. As merendeiras que tem na área que eu trabalho também recebem muita pressão do próprio chefe dentro da escola...”

À forma centralizada de organização das políticas públicas educacionais, a nível nacional, que segundo observação e concordância dos grupos, tem engessado as atividades dos educadores a um planejamento pedagógico que muitas vezes não condizem com as necessidades de aprendizado local, foi outra queixa mencionada.

“As políticas educacionais vem padronizadas nacionalmente, então os professores e direção da escola não tem autonomia pra

elaborar um planejamento mais adequado à sua realidade. O país é diferente, a cidade tem níveis diferentes e a diferença do centro pra região sul de Palmas é muito grande... Cada região da nossa cidade tem uma situação diferente, mesmo nas escolas particulares, isso dificulta muito o trabalho...”.

O sofrimento dos professores quanto à dificuldade no controle das turmas em sala de aula e no relacionamento com os alunos, foi mencionado pelo grupo. Fato ocasionado dentre outros fatores, pela escassez de autoridade conferida aos educadores, precariedade de limites na educação dos filhos, transferida à escola e ausência de respeito por grande parte dos alunos.

“São jovens rebeldes, que não respeitam os próprios pais e se dão ao direito de não respeitar os professores também... Hoje em dia os professores não podem fazer nada, eles tentam educar, mas a educação começa é de casa...”.

“Os professores são humilhados e desafiados em sala de aula a cada momento pelos alunos, nós sabemos disso, isso não é novidade pra ninguém, eles não tem voz ativa porque não podem disciplinar...”.

Esse fato é agravado pela ausência de apoio dos pais aos educadores, que muitas vezes encobrem e apoiam as atitudes inapropriadas de seus filhos:

“Às vezes, os próprios pais tiram a autoridade dos professores, ameaçam eles, igual eu tenho visto lá. As divergências entre os próprios alunos e seus pais contra os professores, isso causa o próprio estresse...”.

A ausência de capacitação para o trabalho foi colocado em debate pelo grupo, observando que na educação foram criadas regras para a inclusão de crianças portadoras de necessidades especiais nas escolas regulares, porém sem o devido treinamento aos educadores. Esse fato tem gerado uma série de transtornos ao trabalho desses profissionais, que muitas vezes se sentem impotentes diante da situação, fato que provoca estresse, podendo levar a depressão:

“A professora do meu filho apanhou dentro da sala de aula de uma aluna que tem problemas mentais e estuda junto com os outros alunos, a aluna derrubou e bateu nela dentro da sala de aula. Essa professora não foi capacitada para esse tipo de situação, aí ela correu pra secretaria e passou uns dias de licença, porque entrou em depressão depois disso...”

“Nesse território tem muitos professores aposentados devido à depressão e estresse, pressão psicológica dos colegas e dos superiores e ameaça dos alunos...”

Assim, perceberam-se três problemas predominantes no trabalho dos professores deste território: a sobrecarga de trabalho (pouco quantitativo de profissionais e salas de aula superlotadas) o esgotamento destes profissionais (síndrome de burnout) ocasionado pelo processo de trabalho e dificuldades de acesso à capacitação profissional.

Entre os principais dilemas vivenciados pelos docentes no gerenciamento de suas turmas encontram-se à indisciplina, a dispersão e a dificuldade de envolvimento das famílias com a escolarização de seus filhos. Esse fato ocasiona um ambiente de trabalho estressante, apresentando um desgaste na relação professor-aluno.

Carvalho e Barbalho (2006)⁹² discutiram a docência e exaustão emocional, onde relatam que:

“Ensinar é uma atividade em geral altamente estressante, com repercussões evidentes na saúde física, mental e no desempenho profissional dos professores^{92, pág. 231}.”

Identificaram elevada prevalência de cansaço mental (70,1%) e nervosismo (49,2%) entre professores, relacionando-os com a alta demanda de trabalho, além de vários fatores de risco associados a essas manifestações de exaustão emocional⁹².

Os autores ainda ressaltam que:

“A ausência de controle sobre o próprio trabalho frequentemente contribui para o aumento de sentimentos de insatisfação e eleva a produção dos hormônios do estresse, com consequências negativas sobre a saúde dos trabalhadores^{92, pág. 243}.”

De acordo com Gasparini et al (2005)⁹³, a principal fonte geradora de estresse apresentada pelos professores é a falta de preparo destes para o processo de inclusão. Ainda como fatores agravantes, citam a quase total ausência de projetos de educação continuada, que os prepare para o enfrentamento dessa nova demanda educacional. Referiram como problemas enfrentados pelos professores, o excessivo número de alunos em sala de aula, a precariedade das estruturas físicas, a pouca quantidade de atividades pedagógicas realizadas em equipe, a falta de interesse da família no aprendizado de seus filhos, a indisciplina crescente, a desvalorização profissional e os baixos salários. Perceberam a vulnerabilidade desta categoria profissional ao estresse, afirmando que os sentimentos de desilusão e desencantamento com a profissão foram identificados com frequência.

“As condições de trabalho, ou seja, as circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para atingir os objetivos da produção escolar podem gerar sobreesforço ou hipersolicitação de suas funções psicofisiológicas. Se não há tempo para a recuperação, são desencadeados ou precipitados os sintomas clínicos que explicariam os índices de afastamento do trabalho por transtornos mentais...”⁹³, pág. 192.”

Silva (2006)⁹⁴ denomina a estrutura organizacional do ensino atual de “sala de aula taylorista” onde considera o ensino alienante para os educadores e estranho para os alunos, afirmando ser este desprovido de sentido e de capacidade transformadora. Tal reflexão é abordada mediante análise do distanciamento existente entre a grade curricular e a realidade prática dos alunos, a forma de organização das carteiras em sala de aula e o professor sendo o dono do conhecimento. Entretanto, questiona a capacidade do ensino em bases mais flexíveis, ser capaz de torná-lo mais autônomo e criativo, alertando para o perigo da precarização e intensificação do trabalho, o que também gera fonte de sofrimento ao trabalhador.

Mendes (2006)⁹⁵ lembra as dificuldades enfrentadas pelos professores no exercício de sua profissão, como as longas jornadas de trabalho, as pequenas pausas de descanso, o ritmo intenso de trabalho e as exigências de um alto nível de atenção e concentração para dar conta das tarefas. Considera ainda as precárias condições das salas de aula da maior parte das escolas públicas e o excessivo número de alunos. Somam-se a esses fatores,

condições mais amplas geradoras de estresse: insegurança, baixa remuneração, violência escolar, constrangimento institucional, meio social de atuação, aposentadoria e temas relacionados mais detalhadamente à política de emprego e progressão funcional.

Menciona a angústia destes educadores pela impotência diante do insucesso dos alunos e sua co-responsabilização diante desta, a falta de reconhecimento social e profissional, alertando para a urgente necessidade de realização de políticas que valorizem a saúde deste profissional e contribua para a melhoria da educação neste país⁹⁵.

Outra questão polêmica que permeou toda a oficina, diz respeito ao Sistema Único da Saúde – SUS com seus princípios e diretrizes e as condições e processos de trabalho de seus servidores: *Servidor Público da Saúde*.

No caso destes servidores, existe nesta pesquisa a peculiaridade de que vários participantes da oficina estão inseridos neste contexto laboral. Desta forma, percebe-se em suas falas que estes ora abordam o trabalho da saúde no território de maneira ampla, de acordo com as informações coletadas *in loco*, outras vezes fazem referência à própria vivência profissional, quando se colocam considerando o próprio trabalho realizado no SUS deste território. Fato que deve ser observado nos relatos descritos.

Para o grupo, existe uma discrepância entre o que traz a legislação do SUS e sua realidade prática, considerando-se a teoria bem concebida, mas ainda utópica.

O debate percorreu questões relativas às condições e processos de trabalho dos servidores, tais como: sobrecarga de trabalho, ausência ou inadequação de equipamentos e materiais necessários à realização das atividades, sistemas de trabalho obsoletos, ausência de prescrições e de autonomia na realização das atividades, estruturas físicas prediais muitas vezes precárias, problemas éticos nos relacionamentos interpessoais (relações horizontais e verticais de trabalho e população em geral), questões mal resolvidas na organização do trabalho (necessidade de ouvir o trabalhador e a questão das férias), sentimento de desvalorização quanto ao plano de cargos, carreiras e vencimentos e à saúde destes trabalhadores.

A sobrecarga de trabalho ocorre principalmente devido a grande demanda de serviço e número reduzido de profissionais. Esta foi percebida desde o primeiro contato com os Agentes Comunitários de Saúde, no ato do convite à participação na oficina, quando muitos relataram a impossibilidade de estarem presentes nesta, ainda que liberados pelos gestores, devido ao excesso de serviços aguardando execução.

Dentre aqueles que aceitaram participar evidenciou-se um descontentamento oriundo do desejo de realizar um trabalho de qualidade junto à população do território, de acordo com o que recomenda o Ministério da Saúde e anseia a comunidade e a impossibilidade de efetuar-lo da maneira mais adequada, devido dentre outros fatores, à limitação de tempo.

Segundo relatos do grupo, bairros e quadras novas tem surgido no território, mas o número de Agentes Comunitários de Saúde tem reduzido, desta forma as famílias que se agregam ao local são divididas entre os ACS presentes, que a cada dia encontram-se mais sobrecarregados.

“Eles fazem pressão em cima dos ACS para cumprir metas senão não recebe o recurso do SUS. A meta é 95% da sua área: no meu caso eu tenho que fazer 190 famílias. Pressionam dizendo que se você não fizer, a equipe não vai receber o incentivo... e a gente tem que procurar de uma forma ou de outra resolver o problema da população...”

“O tanto de serviço que tem, tem agente de saúde que trabalha sábado, que trabalha à noite, porque aumentou a área, mas não aumentou a quantidade de profissionais, aí tá todo mundo afadigado, todo mundo agoniado...”

“Eu não posso assumir mais trabalho, eu estou sobrecarregada, se eu fizer isso, depois são dias de remédio pra voltar a andar direito, eu não faço isso mais não, porque se eu fizer, eu vou ficar doente e não vai resolver o meu problema. É o processo de trabalho, né?...”

Este parece ser um problema do município de Palmas como um todo e pode ser observado também através de sua série histórica de cobertura de ACS, que revela um aumento populacional entre os anos de 2011 a 2013 e redução do número de ACS no mesmo período. No ano de 2011 Palmas possuía 414 ACS e população de 228.332 mil habitantes, em 2012 o número de ACS foi reduzido para 398 e a população estimada aumentou para 235.316 mil habitantes, em 2013 a situação tornou-se ainda um pouco mais agravada, com o número de 395 ACS e crescimento populacional para 257.903 mil habitantes⁶⁴⁻³⁹.

Wai e Carvalho (2009)⁹⁶ observaram a sobrecarga dos ACS, nos níveis quantitativo e qualitativo. Contexto justificado pelo excesso de visitas exigidas por profissional, cuja quantidade tem extrapolado a capacidade de resposta dos ACS e empobrecendo a qualidade deste trabalho, além da indefinição do horário de trabalho, situação que por sua vez tem sido causadora de estresse.

Esta sobrecarga de trabalho não tem sido privilégio apenas dos ACS, mas diz respeito a todos os profissionais de saúde que fazem parte da Atenção Básica à Saúde deste território. O fato ocasiona demora no atendimento ao usuário, diminuição da qualidade deste, que acaba por restringir-se ao cumprimento de metas impostas, com prevalência do assistencialismo em detrimento da promoção à saúde e prevenção de agravos.

“As unidades de saúde estão sempre com demanda superlotada, a oferta é pequena..., isso causa dificuldade na execução do serviço..., aí a forma de como executá-lo muda bastante...”.

“Elas tem que suprir tudo... é um estresse muito grande... de manhã tem que atender duas a três equipes: vem médicos e dentistas em vários horários intermediários, elas têm que atender no balcão esse povo todinho e ainda triar..., fica aquele tumulto, aquela correria... aí lança no sistema ao mesmo tempo em que pega o prontuário, porque ou você lança no sistema ou você pega o prontuário, porque ninguém é de ferro, tá entendendo?”.

A ausência de organização nos processos de trabalho transforma questões rotineiras do serviço em grandes problemas que interferem na qualidade do mesmo, trazendo insatisfação aos trabalhadores e problemas de relacionamentos entre colegas de trabalho e chefias.

Como exemplo desta questão cita-se às férias dos Agentes Comunitários de Saúde. Atualmente não existem trabalhadores suficientes para suprir os ACS, quando estes usufruem o seu direito legal as férias. Neste caso, a cobertura da área deste profissional tem sido realizada pelos colegas que permanecem no serviço. Entretanto este fato tem gerado

muita polêmica e insatisfação oriunda da sobrecarga de trabalho já existente e a necessidade de assumir mais um serviço, que não lhes pertence.

“Eu sei até onde vai o meu limite, até onde eu posso fazer alguma coisa..., eu tô com 200 famílias..., aí a agente vizinha ia sair de férias..., ah porque a gente vai dividir a área dela pra vocês. Eu falei pra mim não..., eu sei até onde vai o meu limite. Se eu tenho 200 famílias eu sei que eu não posso fazer mais...”

“É assim, você tem que fazer!!!... Eu não vou cobrir férias de ninguém. Não adianta ninguém me ameaçar porque eu não vou adoecer mais do que eu já tô, pra fazer vontade de ninguém. Eu tenho os meus direitos, da mesma forma que eu tenho os meus deveres, e eu vou cumprir os meus deveres e não os dos outros...”

É importante refletir sobre o contexto, pois é notório que um território não pode ficar sem o acompanhamento do ACS no período de um mês. Por outro lado, sabe-se que férias é direito inegável do trabalhador, sendo assim, por que ainda não se organizou, em nível de gestão, uma estratégia de resolução a esse conflito? Ao invés disso a responsabilidade pela solução ao dilema é transferida ao trabalhador, que muitas vezes sente-se na obrigação de realizar mais essa tarefa, ainda que sem condições de fazê-lo, para colaborar com chefia imediata ou com os colegas de trabalho na execução do serviço.

A desconexão entre o trabalho prescrito e o trabalho real, com a queixa de ausência de autonomia para o planejamento das ações tendo como base as informações do território, foi outra questão trazida em evidência na discussão do trabalho dos profissionais de saúde da ABS deste território.

Para o grupo, existe a prescrição trazida pelas legislações do SUS e aquelas trazidas por demanda do Ministério da Saúde com relação ao cumprimento de metas. Na prática, o tempo não permite cumprir as duas prescrições, devido a grande demanda de trabalho e o pouco quantitativo de profissionais. Neste caso, prioriza-se o cumprimento das metas impostas, visto que através destas o município será avaliado e receberá o incentivo federal.

“Se a equipe não consegue discutir sequer uma questão de férias, imagine sentar pra discutir as necessidades do território? A UBS fica só cumprindo determinações do Ministério, porque não dá

pra fazer tudo, eles não importam..., o que a secretaria quer saber é de papel, é de meta...”.

“Na visita do ACS às casas das famílias, é preciso ir à cozinha observar a comida, pedir um pouco de água pra saber que água eles tomam, é pra conquistar a confiança deles pra saber como é que estão os adolescentes, a vida sexual, o preventivo, a escovação dos dentes, se tão comendo muito doce, se tem caso de verminose, doença de pele, alguém tossindo por causa da tuberculose, se não tá alguém da família em casa tem que perguntar se o marido tá trabalhando, se os filhos tão na escola, como está o cartão de vacina, a saúde do homem, da criança, do adolescente, do idoso, do diabético, tem que cadastrar o cachorro, gato, papagaio, tudo tem que registrar... Mas como é que você faz isso tudo em um ou dois minutos? não tem jeito...”.

A pergunta a essas questões é como realizar na prática tantas prescrições quando a realidade se apresenta tão oposta a elas? Aumentam-se as áreas a serem cobertas e diminuem o número de profissionais, ainda assim as metas precisam ser alcançadas. Para que isto aconteça faz-se necessário cada vez mais reduzir o tempo das visitas, o que torna impossível a averiguação de todos os tópicos trazidos pela prescrição. A questão do olhar para o território no planejamento das ações de saúde, quando questionado pelo facilitador, é respondida pelo grupo:

“A gente não tem tempo pra fazer um planejamento das nossas ações de acordo com o conhecimento do nosso território porque estamos sempre com o tempo limitado para cumprir as metas impostas pelo Ministério da Saúde...”.

“Se a gente tem dificuldade até de cumprir as metas impostas, não dá pra planejar mais nada com base nas informações trazidas pelo território, não dá pra sequer pensar nos resultados que a gente traz do campo, não dá tempo...”.

“Imagina 200 famílias para um agente, se você for fazer uma base, um mês não tem mais de 24 dias úteis pra você trabalhar, se

“você for somar, você não faz esse tanto de visita por dia, visita de qualidade não, você só entra numa casa e pergunta como que tá, tá bom? é o básico, o importante você não faz... não tem qualidade nenhuma, não tem informação nenhuma...”

Observou-se no território em estudo da região sul de Palmas, que apesar dos profissionais ACS conhecerem bem a realidade da saúde de sua população, este fato pouco ou nada tem influenciado na organização do trabalho dessas UBS, pelo contrário, estas informações estão sendo perdidas ou desvalorizadas pela equipe multiprofissional.

Isto se deve em grande parte ao contexto das atividades diárias, que em geral sobrecarregam os técnicos com ações individuais e assistencialistas, buscando o cumprimento das metas impostas verticalmente. Não há espaço para análise e planejamento territorial, desta forma não realizadas atividades de promoção e prevenção à saúde tendo como base as informações trazidas pelo território. A avaliação qualitativa dos resultados não tem sido foco de observação, o que tem comprometido sua eficiência e dificultado a criação de vínculos. Esse contexto tem causado sofrimento aos ACS, que se sentem impotentes diante da situação e do desejo de resolver o problema da população.

Silva et al (2011)⁹⁷ comentam que uma queixa constante dos ACS, diz respeito a não incorporação da informações trazidas do território nos planejamentos das ações de saúde, no que se refere à saúde dos trabalhadores. Informa que este fato se deve principalmente ao acúmulo de programas básicos prescritos, como de hipertensão, diabetes, tuberculose, onde é desconsiderada a determinação do trabalho no processo saúde-doença.

David et al (2009)⁹⁸ relatam que o trabalho dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da ABS tem sido prescrito pela gestão, através de atividades isoladas e desarticuladas. Descrevem que 63,5% dos profissionais entrevistados consideram-se com pouco controle e oportunidade de decisão sobre seu próprio trabalho. A organização do trabalho foi apontada como o item mais desmotivador da pesquisa.

Este fato tem impedido a realização de ações criativas pelas equipes, que envolvam a realização de ações direcionadas a vigilância da saúde da população. Tem prejudicado o estabelecimento de vínculos entre as equipes (colegas e chefias), considerada insatisfatória, e entre estas e os moradores do território, sendo as relações interpessoais o segundo fator mais desmotivador. Tal situação tem sido geradora de estresse e sofrimento no trabalho⁹⁸.

Silveira, Sena et al (2011)⁹⁹ relatam a predominância de tarefas prescritas e fragmentadas, sem planejamento coletivo, além da incipiência no envolvimento da equipe no que tange a realização de ações de educação permanente, comprometendo assim o alcance da atenção integral à saúde.

Viegas e Penna (2013)¹⁰⁰ também afirmam que a equipe necessita para o desenvolvimento da atenção integral, além da capacidade científica, da conquista de autonomia na tomada de decisões, necessária para que esta possa dar suporte à comunidade no enfrentamento dos problemas vividos.

Kell e Shimizu (2010)¹⁰¹ demonstraram que os momentos destinados a reuniões de equipe para planejamento de ações a serem desenvolvidas, são praticamente inexistentes. Isso ocorre em virtude da equipe seguir um plano de trabalho já determinado pela Secretaria de Saúde. Verificaram que as equipes da ESF estão presas à execução dessas ações, cada trabalhador de maneira isolada, não conseguindo identificar as necessidades da população atendida pelos serviços de saúde, e concluem:

“Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, como o da Secretaria de Saúde do município em estudo, tende a estimular o descompromisso e a alienação entre a maioria dos trabalhadores”^{101 pág. 1538}.

Vários relatos de problemas éticos foram apontados pelos participantes da oficina: na relação dos trabalhadores com as chefias, em sua maioria indicadas politicamente, entre a equipe da UBS e na vivência dos trabalhadores com a população em geral, que descarrega nos servidores a insatisfação com a qualidade dos serviços prestados.

Viegas e Penna (2013)¹⁰⁰ comentam sobre a importância da integração entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família e com a comunidade assistida, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde. Consideram que neste contexto, todos os profissionais são importantes e valorizam a participação do ACS na equipe multiprofissional, afirmando ser este profissional o maior conhecedor da “íntegra do usuário”. Para tanto, afirmam a necessidade de se romper com o modelo de divisão do trabalho e valorização desigual dos trabalhadores, que tem prejudicado o estabelecimento das relações interpessoais e o trabalho em equipe.

“A direção do processo de trabalho, para promoção de ações integradas em saúde, possibilita um compartilhamento das responsabilidades com todos os atores da equipe de saúde e, sobretudo com o gestor. Assim, todos devem agir em conjunto numa única direção, claramente definida mediante as políticas de saúde e os pressupostos que norteiam essa Estratégia.”¹⁰⁰ pág. 137. ”

Relatos do grupo com relação à existência de problemas éticos entre trabalhadores e entre estes e chefias:

“As pessoas que os governantes colocam pra serem chefes, eles não tem a mínima, assim, eles não pensam, parecem que não tem coração, eles humilham as pessoas, eu já sofri pressão psicológica a ponto da pessoa chegar e dizer coisa pra mim que eu caía na cadeira, eu não tinha força nas minhas pernas, eu caía na cadeira...”

“Já aconteceu com nós lá, uma colega nossa lá chegou e falou você é gorda, você precisa se tratar, falou um monte de coisa, ela saiu da sala chorando... Se ela tivesse gravado...”

“A maioria dos chefes são cargos políticos. Então o que tem de chefe que chega com a cara de topete, de nariz empinado... Eu já sofri isso e sou revoltada até hoje...”

Para Kell e Shimizu (2010)¹⁰¹ o trabalho em equipe deve ser concebido através da união de esforços em busca de um objetivo comum. Para que isto ocorra, faz-se necessário a presença dos elementos: linguagem comum, compreensão e disponibilidade, sem o qual não ocorre envolvimento efetivo na realização da tarefa. Consideram a importância da hierarquia no desenvolvimento das atividades, mas alerta para que esta não seja estabelecida de maneira rígida, visto a importância da liberdade na discussão das opiniões, no compartilhamento das atividades e divisão das responsabilidades nas tomadas de decisões. Consideram que o atual modelo de gestão favorece a competitividade e a desigualdade social entre trabalhadores, portanto merece ser revista, para que os esforços sejam centrados na atenção integral à saúde da população.

Relatos do grupo sobre problemas éticos entre trabalhadores e população:

“Eu chego numa casa pra fazer o meu serviço, aí a pessoa vai e diz: Oh eu to precisando de uma consulta. Ele é ciente que eu não posso agendar aquela consulta, que tem que ser ele, aí ele fala, ah, mas você não faz nada pra gente, não presta pra nada mesmo, eu não sei por que você tá lá. Isso também prejudica a mente da gente, deixa você lá embaixo...”

“Assim que eu tomei posse eu fui conhecer uma área. Um mês depois eu voltei lá de novo, aí os moradores falaram, essa vida de vocês é boa né... Não fazem nada, só passeando de casa em casa, como se fosse fácil andar de casa em casa...”

O engajamento da equipe muitas vezes não é reconhecido por parte da comunidade. A ausência de compreensão do real papel destes profissionais, além do fato de que apenas este engajamento muitas vezes não é suficiente para responder a necessidade da população, necessitando para tanto dos demais serviços e especialidades que compõe esta rede¹⁰².

Os relatos apresentados pelos Agentes Comunitários de Saúde do território da pesquisa revelam que estes têm vivenciado sofrimento e estresse relacionado ao trabalho. O fato se deve principalmente pelo envolvimento afetivo destes profissionais com os pacientes de seu território, exigido no desenvolvimento desta atividade, e a decorrente limitação no poder de resolução dos conflitos identificados.

“No caso do ACS você acaba sendo um psicólogo também, porque você chega numa casa, à pessoa vai te contar uma coisa e começa a chorar e você sofre junto com ela, porque começa a preocupar com aquela família que tá na sua área. Eu já tive vez de sair da minha casa a noite e ir à casa do paciente pra ver como ele tava... você tá em contato direto com o problema do outro...”

“O que eu enquanto profissional da saúde vou poder fazer para ajudar, sendo que a gente não tá respaldada em nada, nada, pra ter noção, a gente não tem nem uma ficha de visita domiciliar. Boa vontade temos, coragem também, estamos lá disponível, é de manhã, é de tarde, é a noite, é a hora que precisar, e a gente fica

muito deixando a desejar, porque a gente não tem como resolver o problema da população...”

“... Se você vê uma situação difícil, não há como você largar o serviço lá no postinho... ele te acompanha pra tua casa, e isso ao longo do tempo vai te desgastando, quando eu entrei na saúde eu era 100 % saudável, agora eu devo tá uns 75%, e foram só seis anos...”

“Às vezes eu acompanho um problema de uma família no trabalho. Quando eu chego em casa, eu chego tão estressada que eu não consigo ouvir a voz dos meus filhos. Porque eu já passei naquele dia no trabalho por estresse, pressão psicológica, depressão, bulliyng e se os meus filhos disserem qualquer coisa pra mim, vem de novo aquele trem todinho na minha mente...”

Vilela et al (2010)¹⁰² comenta que o desejo dos ACS em resolver os problemas da população (muitas vezes ultrapassando a jornada de trabalho e comprometendo a vida pessoal e familiar) e a decorrente impossibilidade desta efetivação (devido às limitações da unidade e da rede de serviços), são as principais causas de sofrimento destes trabalhadores.

Dentre estas, o grupo de estudo do território mencionou:

As condições de infra-estrutura, como mobiliários, equipamentos e materiais de trabalho encontram-se precários em vários locais, prejudicando e às vezes até interrompendo os serviços prestados.

“Precisamos de um suporte de qualidade pra trabalhar. Dão muito serviço, mas não dão o suporte pra que o serviço seja bem executado. Eu não me importo, eu adoro trabalhar, eu sou apaixonada pelo que eu faço, eu digo o seguinte, a profissão que eu tiver hoje ou amanhã, eu devo fazer ela como se fosse o meu último dia de vida, mas desde que eu tenha o suporte para poder executar bem ela, né?...”

A precariedade nas condições dos mobiliários e equipamentos existentes em grande parte das Unidades Básicas de Saúde deste território tem comprometido a qualidade da prestação dos serviços e a saúde dos trabalhadores:

“A gente observa que os profissionais da saúde não têm uma mesa, uma poltrona adequada pra sentar, o mobiliário muitas vezes é precário e falta muito material pra trabalhar...”

“A maioria das unidades de saúde já recolheram e devolveram as balanças porque não prestavam. A nossa já foi toda devolvida...”

Além disso, comentou-se sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica, que segundo comentários do grupo, não é confiável, já tendo apresentado falhas algumas vezes, o que tem trazido prejuízos ao andamento do serviço:

“O SIAB é um sistema que não é confiável, você cria, bota no sistema, aí a doutora tá atendendo, de repente sumiu tudo, desapareceu, zerou, agora vai atrás de prontuário manual, aí até as meninas acharem tudo isso na correria pra doutora que não espera, é o paciente reclamando, então isso tudo gera uma tensão muito grande...”

A estrutura predial foi mencionada como outro desafio ao trabalho, na maioria das Unidades Básicas de Saúde. Segundo relatos, grande parte não possui estrutura adequada de trabalho. Além disso, relatou-se também a ausência de instrumentos básicos de trabalho:

“Se a nossa unidade de saúde fosse particular, ela já tinha sido interditada, mas nós continuamos trabalhando naquelas condições... os pacientes quando chegam nas unidades questionam o fato de fiscalizarem a casa deles e nas nossas unidades estar desse jeito...”

A ausência ou deficiência dos materiais, instrumentos e sistemas de trabalho interrompem ou atrasam a prestação de vários serviços à comunidade, causando uma série de transtornos aos trabalhadores e usuários do SUS.

A carência de meios e recursos necessários ao bom andamento do trabalho nas unidades de saúde contribuem para o impedimento da efetividade das ações dos trabalhadores do SUS¹⁰².

Como resultado desse contexto evidencia-se o prejuízo aos trabalhadores, com aumento dos riscos à sua saúde e a ocorrência de uma série de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho e prejuízos a comunidade, uma vez que a dificuldade de implantação e implementação das políticas públicas traz perdas a qualidade do atendimento à população.

“Hoje em dia eu acho que um dos grandes problemas nossos é a postura, eu tô andando torta, porque são treze anos carregando essa bolsa pesada do lado o dia todinho, aí a gente vai entortando... já tem outros colegas que é o dia todo no computador digitando, sentado, com movimentos repetitivos e tal, isso me preocupa...”

“Na minha unidade, oito das doze agentes de saúde já fizeram uso de medicação controlada por causa da sobrecarga, eu mesmo hoje tomo três tipos de comprimidos todos os dias, fora o remédio da hipertensão que eu adquiri, não por mal hábito alimentar, mas por pressão psicológica dentro do meu serviço...”

“Eu já fiquei três meses parálitica, era deitada pra tudo, até pra tomar banho, e quem que foi me ajudar? ninguém, eu tive que pagar uma pessoa pra fazer tudo na minha casa durante o dia, quando era de noite ela saía, deixava um litro de água congelada no pé da minha cama pra eu beber, eu abaixava a cabeça, pegava a água e bebia... e cadê a prefeitura, tava lá? não tava, e o que eu tinha adquirido era uma doença causada por um acidente de trabalho durante o meu serviço...”

Segundo Vilela et al (2010)¹⁰², a pouca efetividade do modo de organização das UBS tem ocasionado um alto nível de retrabalho. O fato tem ocasionado um grande número de afastamento dos servidores devido a problemas musculoesqueléticos e de saúde mental.

O sentimento de desvalorização profissional foi trazido pelo grupo além dos fatores citados acima, também com a queixa de ausência de respaldo para tratamento da própria saúde, ou seja, argumentam que enquanto partícipes da responsabilidade de cuidado com a saúde da população, adoecem no trabalho e não recebem cuidados da gestão para tratamento da própria saúde.

“A gente tem dificuldade de acesso ao médico, não temos vantagem pra nada não, temos que seguir o mesmo fluxo de

qualquer usuário do SUS, mesmo estando lá dentro e adoecendo lá dentro, isso é uma pressão pra gente por ausência de respaldo pra trabalhar...”.

Os ACS referem que existe no município de Palmas, um Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – PCCV específico para a categoria, e que este exige para progressão uma alta carga horária de capacitação, que por sua vez não é fornecida pelo município, o que torna inviável tal progressão.

“No PCCV do ACS, pra ele ter uma progressão que tem de cinco em cinco anos, de no máximo 10%, tem que ter no mínimo um curso de cento e cinquenta horas, e não é somando dez, mais vinte, mais cinquenta não...”.

“Agora em 2013 tem promoção para os ACS, nenhum vai ser promovido, sabe por quê? Porque a prefeitura não forneceu os cursos...”.

Nas falas dos ACS, durante toda a oficina, percebeu-se amplo conhecimento da realidade vivenciada pelos trabalhadores locais, entretanto pouco conhecimento dos conceituais teóricos da Saúde do Trabalhador. Esse fato associado à queixa de dificuldade de progressão ao PCCV devido à ausência de fornecimento de cursos pela prefeitura fornece pistas de que a educação continuada aos profissionais de saúde da atenção básica, principalmente tratando-se de Saúde do Trabalhador, não tem sido prioridade no território da região sul de Palmas.

Silva et al (2011)⁹⁷ comentam que para que os ACS desempenhem seu papel, de fundamental importância junto à equipe da ESF, faz-se necessário propiciar formação sólida e permanente, que contemple múltiplos saberes e habilidades. Para tanto propõem conteúdos que devem compor o processo de educação permanente para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e organização do cuidado à saúde dos trabalhadores: relação saúde-trabalho-doença.

Entretanto, como se observou nos relatos, a necessidade de educação permanente é apenas uma das prioridades identificadas, existem muitas outras queixas relacionadas à organização dos ambientes e processos de trabalho das equipes da ABS deste território, em diversos aspectos, que merecem ser revistas.

Muitas delas deveriam ser resolvidas pela gestão nos seus diversos níveis hierárquicos, mas como isso não tem ocorrido, os problemas têm adentrado as UBS e trazido prejuízos à população diretamente interessada e aos trabalhadores da saúde, que tentam de alguma maneira contornar a situação a fim de minimizar seus prejuízos. O fato é que essas situações têm sucumbido o trabalho dos profissionais de saúde deste território e não podem ser desprezadas no planejamento do apoio matricial, fazendo necessário repensar novas formas de organização do processo de trabalho dessas equipes.

O servidor público da Segurança Pública – o policial militar – foi mencionado na pesquisa. Segundo o grupo, no território em estudo residem muitos destes trabalhadores. Os comentários relataram os riscos à saúde que enfrentam, como sendo inerentes a profissão. Identificaram o risco de acidentes e de lesões decorrentes da exposição à violência e os riscos psicológicos inerentes ao regime militar.

“Os policiais, muitos são agredidos, violentados e acidentados né, porque nessa vida do dia a dia, corre com arma pra lá e pra cá atrás de bandido, se envolve em briga de bêbado, de drogado, é muito perigoso, a exposição ao risco é constante...”

“Eles também se deparam com menores conhecidos, né, que é o filho da vizinha que tava roubando, e aí a vizinha corre atrás dele e daí, você vai ajudar meu filho, você vai autuar meu filho, então assim, todo trabalho hoje ele tem uma pressão, né, não existe mais um trabalho que não tenha...”

Um estudo realizado por Minayo et al (2011)¹⁰³ sobre a saúde dos policiais militares, constatou o acometimento de doenças físicas e psíquicas, relacionadas à sobrecarga de trabalho. Associa-se o processo de trabalho do regime militar, o trabalho em turnos e noturnos com a necessidade de estar sempre alerta e o trabalho sob pressão. O contexto ocasiona fadiga e cansaço, torna o trabalho estressante e gerador de várias enfermidades. Acrescentam-se as fontes geradoras e a falta de reconhecimento social.

No sofrimento psíquico foram observados sintomas de depressão e ansiedade. Problemas de natureza organizacional também foram percebidos: escasso treinamento, ausência de planejamento das atividades, pouco tempo para descanso e lazer, condições insatisfatórias de materiais e técnicas e baixos salários. Os problemas físicos foram

relacionados às causas externas, estilo de vida e junção dos riscos das atividades e estilo de vida: dores no pescoço, costas ou coluna, distúrbios de visão, ouvido e sistema digestivo, dores de cabeça e enxaquecas, sarna e conjuntivite, acidentes com ferimentos à bala e fraturas. Verificou-se ainda a junção dos problemas físicos e psíquicos, confirmando os efeitos do risco e do desgaste sobre o adoecimento mental dos trabalhadores. Os autores referem à necessidade de alterações tanto nos aspectos institucionais, como a níveis individuais e profissionais¹⁰³.

VI.2.1.3 Outras questões relacionadas ao trabalho

Várias outras questões presentes no território que direta ou indiretamente tem relação com o trabalho despertaram preocupação no grupo, sendo trazidas ao debate nesta fase da oficina.

Os temas percorreram questões como a dificuldade de se ausentar do serviço para tratamento de saúde, a ausência de vagas nos programas sociais para acolher os filhos dos trabalhadores durante suas atividades laborais, a questão do trabalho infantil e sua relação com as drogas, a segurança, a prostituição e a gravidez na infância e adolescência, quando foi colocado o descontentamento a esse contexto, a dificuldade de estabelecimento donexo saúde-trabalho-doença, de conhecimento das legislações trabalhistas e a necessidade de mobilização social, dentre outros.

“A gente que tá sempre em contato com a comunidade, a gente ouve o seu lamento, não só quanto à questão do trabalho em si, são lamentações gerais, fala-se de trabalho, de saúde, de droga, de prostituição, fala-se de tudo, e nós que somos o transmissor do recado da saúde, o que nós vamos poder fazer enquanto gente? Eu me pergunto sobre isso...”

A primeira questão identificada diz respeito à baixa adesão da população trabalhadora, principalmente a masculina, aos serviços de saúde, com o argumento da dificuldade de se ausentarem do trabalho. Segundo informações do grupo, quem mais procura as UBS são as profissionais do lar, os demais trabalhadores muitas vezes não procuram por medo de sofrerem retaliações no trabalho, perderem o emprego ou reduzirem a produtividade.

De acordo com o debate, existe uma insistência dos ACS para que estes trabalhadores sejam frequentadores das unidades de saúde, que em sua maioria se automedicam e só buscam o atendimento em casos graves de problemas à saúde, quando muitas vezes, não há mais recursos para ajudá-los.

A tentativa de solução ao dilema, relatada por uma ACS do grupo, foi à ampliação da assistência, quando sua UBS ofereceu a esses usuários do sistema, atendimentos noturnos, uma vez ao mês.

“Quem mais procura o posto de saúde são as donas de casa, o trabalhador mesmo é muito raro, se perder um dia de serviço na empresa é falta e ele não quer faltar pra descontar do salário ou não quer perder a produtividade da diária. Esses a gente tem que pedir pra que eles procurem por uma pequena queixa, porque quando ele vai à unidade de saúde pra consultar, é porque a coisa já tá bem agravada, principalmente o homem, devido trabalho, trabalho, trabalho...”

“Geralmente esses casos não são notificados, essas pessoas só procuram a unidade de saúde quando não aguentam mais, se eles tiverem só uma dor de cabeça vão à farmácia, compram um remedinho pra tomar e se automedicam...”

“A gente resolveu uma forma desesperada de tentar ajudar esses trabalhadores que não tem tempo disponível pra tá procurando a unidade de saúde: nós resolvemos trabalhar a noite, todo mês, uma vez no mês a gente tá atendendo esses trabalhadores, pra tentar minimizar a situação deles, porque a gente sabe que é difícil, o funcionário acaba de arrumar um emprego, se em três dias ele sai pra ir ao médico, automaticamente ele já vai tá demitido, então eles cobram muito da gente uma solução para o problema”

Silva et al (2011)⁹⁷ relataram o destaque dos ACS a baixa procura dos trabalhadores, em especial dos homens, às unidades básicas de saúde, explicando que o fato ocorre principalmente pelo choque de horário entre o funcionamento destas unidades e os expedientes de serviço destes trabalhadores. Couto et al (2010)¹⁰⁴ também menciona a

mesma dificuldade, trazendo como proposta ao entrave, a realização de abertura das unidades em horários alternativos.

Entretanto essa proposta assistencialista trazida pelo autor e que também tem ocorrido em uma ESF do território em estudo, acaba por sobrecarregar ainda mais os trabalhadores das UBS, que necessitarão realizar em vários momentos, atendimentos noturnos.

Interessante observar que não foi mencionado pelo grupo de estudo do território em questão, a ausência ou presença da realização de ações de promoção e vigilância à saúde desses trabalhadores, demonstrando que estas questões não são pautas de discussões das equipes.

As diretrizes de implantação da VISAT¹⁰⁵ no SUS fazem relação com a atenção básica: nos objetivos, relata a necessidade de inserção da atenção à saúde na estruturação dos serviços de avaliação das medidas por esta adotadas. Menciona a importância da articulação com a atenção básica e os demais componentes da Rede Assistencial para sua implantação. Comenta a participação da atenção básica no direcionamento das ações da VISAT, coordenadas pelas instâncias de saúde do trabalhador. Ressalta a atribuição da atenção básica, de identificar o perfil de saúde dos trabalhadores e dos processos produtivos no território de abrangência, identificar e notificar situações de risco e os agravos relacionados ao trabalho, estabelecer articulação com as instâncias de referência específicas de VISAT para a promoção da saúde do trabalhador e desenvolver ações de educação em saúde, particularmente nas situações onde forem identificados riscos relacionados ao trabalho.

Dias e Silva (2013)¹⁰⁶ descrevem que no papel da ABS de realização de ações educativas destinadas ao trabalhador usuário do SUS, os ACS exercem papel fundamental. Como exemplos destas ações citam: o diálogo com os trabalhadores sobre o seu trabalho, os riscos e agravos envolvidos neste processo e as possibilidades existentes de prevenção e proteção à saúde; a orientação sobre os serviços de saúde disponíveis e seus fluxos de atendimento; no caso de trabalhador segurado pelo INSS, explicação sobre os direitos trabalhistas e previdenciários. Podem ser formados grupos específicos de acordo com a necessidade de demanda da população.

Portanto, a atenção básica à saúde possui um papel crucial na implantação e implementação da PNSTT no SUS, devendo estar aliada às equipes da Vigilância em Saúde

para a realização de ações conjuntas, que favoreça a melhoria das condições de saúde da população trabalhadora.

Outra questão relevante, que gerou bastante polêmica, diz respeito ao Trabalho Infantil. Para o grupo, antes da criação da lei Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA nº 8.069/1990)¹⁰⁷ que proíbe o trabalho do menor, os pais podiam levar os filhos para os seus trabalhos, ensinavam a profissão e estavam sempre os acompanhando de perto, sabendo o que se passava com os mesmos.

Após a aprovação da lei, os pais não podem mais agir desta forma, sob a alegação de prejuízo a saúde física e mental desses menores, ou seja, criança não pode trabalhar, criança precisa brincar e estudar. Tem direito à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão¹⁰⁷.

“Diante de tal condição, esse direito deve ser garantido pela família, pela sociedade em geral e pelo poder público para todas as crianças” ^{108, pág. 59}.

A justificativa em questão é compreendida e aceita pelo grupo, todavia surge a contestação da necessidade de oferta de alternativas de educação e lazer ao menor e segurança a este e sua família. Os relatos argumentam a eliminação de um problema (trabalho infantil), mas o surgimento de outros. Continuam explicando que a ociosidade das crianças e adolescentes tem comprometido a organização da estrutura familiar, pois se os pais precisam trabalhar para o sustento da família, o que fazer com as crianças? Não seria adequado que a proibição viesse acompanhada de um suporte social para acolhê-las?

“Então o que acontece, uma vez que proíbe, mas tem que dar alternativa, porque o que a gente vê é que tem que ocupar essa faixa etária que está mais exposta, das crianças e adolescentes, tem que ter mais ocupação...”

Os comentários referem que os órgãos públicos não tem conseguido suprir esta lacuna, desta forma, ou a mãe (na grande maioria das vezes) necessita abdicar do trabalho, importante à subsistência da família, ou os menores ficam nos seus lares, porém sem o acompanhamento de um adulto (pela ausência de recursos financeiros para contratar

alguém que exerça esta função). Segundo o grupo, as vagas nas creches e escolas de tempo integral não conseguem suprir a demanda, quadro que se agrava principalmente após os seis anos de idade. Comentam ainda a ausência de atividades sociais que proporcionem recreação e lazer.

“Esses pais que trabalham, sofrem sem ter lugar para deixar os filhos, até os cinco ou seis anos, você ainda tem alguma assistência quando consegue vaga, tem a creche e a escola de período integral, mas depois disso a maioria tem que ficar em casa, não tem o que fazer...”

“Às vezes a mãe fica sem ter onde por os filhos, aí se são crianças menores de cinco anos ela se obriga a ficar em casa, não pode trabalhar... o esposo ganha o salário mínimo pra pagar o aluguel e sustentar um tanto de filhos desses, e a gente conhece bem isso, mas não pode fazer nada, o que eu posso fazer?...”

Nogueira (2013)¹⁰⁹ também comenta a carência de infra-estrutura básica de proteção social a estes menores, como: espaços de sociabilidade, escolas atrativas e de boa qualidade e equipamentos concretos e simbólicos que possibilitem projetos de vida inclusivos. Refere que diante deste contexto:

“O trabalho da criança pode inclusive assumir um caráter de proteção por parte de sua família: mantê-la ocupada é uma das formas de retirá-la destes cenários desoladores, inseguros, onde, frequentemente, o único exemplo de “sucesso” é o chefe do tráfico de drogas local^{109, pág. 160}”

O grupo atribuiu a esse cenário, o aumento no consumo das drogas, violência e gravidez na infância e adolescência. Alegam que a junção da ociosidade dos menores e ausência de supervisão dos adultos torna o ambiente domiciliar vulnerável e propício à ação de traficantes. Contribui, ainda, para uma iniciação sexual precoce e inconsequente, devido à ausência da supervisão e orientação dos pais.

“Os pais vão trabalhar, deixam os filhos pequenos ou adolescentes em casa, porque não conseguem colocar eles em programas sociais. Então vem um monte de 15, de 18 anos, trazendo a droga pra dentro daquelas casas, o filho tá lá dentro da casa, mas

o outro que usa vai lá pra dentro também..., a droga você não precisa procurar ela na rua, ela tá entrando na casa”.

“... aí o que acontece, o pai não pode levar o filho pro trabalho, mas o bandido leva ele drogado pra passar na greta de uma janela pra pegar as coisas, dá uma arma pra ele matar e caso ele se negue a fazer é ameaçado de morte... É quando gera essa população que a gente tá vendo hoje, de trombadinha, que te assalta na rua, que te ameaça com revolver, por ausência de oportunidades sociais...”.

O caso abaixo explicitado apresenta a relação do contexto supramencionado (ociosidade do menor, ausência de supervisão familiar, relação com drogas e violência), contextualizando as consequências de desestruturação familiar, onde se inclui o trabalhador mantenedor da família.

“Tem um paciente que eu acompanho desde pequeno, os pais iam trabalhar e ele ficava em casa, o portão era na maior altura, mas os bandidos entravam na casa e oferecia a droga pro menino, aí resultado, esse jovem ficou dependente e matou um delegado junto com outros aí, foi preso. O pai não aguentou de desgosto e virou alcoólatra, não conseguia mais trabalhar porque no trabalho mexia com máquinas pesadas, um dia ele desmaiou no trabalho mexendo com madeiras e foi demitido. Ficou pior depois disso porque o horário que tava no trabalho agora tava bebendo, resultado, ficou numa situação de cadeira de roda...”.

Relacionam a ociosidade destas crianças e adolescentes, desacompanhadas do adulto que necessita trabalhar para a manutenção da família, com o aumento da prostituição e da gravidez na infância e adolescência:

“E quando não é a droga, sabe o que eles fazem quando os pais vão pro serviço? pegam uma namoradinha, levam pra casa e vão fazer o que não presta, é o dia todinho... aí o que acontece, essa namoradinha namora com ele e com outros, aí começa um atrito, brigas... entra também a questão da gravidez na adolescência, esse

monte de adolescente dentro de casa, sem nenhum programa pra ocupar a mente deles...”.

No âmbito desta discussão foi relatada a existência de alguns programas sociais no município de Palmas, tais como o PROJOVEM (Programa Nacional de Inclusão de Jovens) e o Menor Aprendiz, entretanto o grupo questionou a dificuldade de acesso às vagas, alegando as diversas tentativas da população de ingresso a estes, sem êxito.

“... eu tiro é por mim, que eu tô lá, eu tô vendo, tem uma mãe que ela tá se debatendo com o filho dela, ela pejejou de várias formas colocar esse menino num programa social e não consegue...”.

“A gente observa aquelas pessoas mais carentes tentando acesso às vagas dos programas, fazem o cadastro, mas não são chamados...”.

A preocupação do grupo diz respeito ao tempo vago desses menores e as consequências deste para o menor, os familiares e toda a sociedade, que terminam por serem influenciadas com a violência ocasionada neste contexto.

Outra pesquisa também identificou a preocupação de mães com o preenchimento do tempo ocioso dos menores, relatando a ausência de condições de estes frequentarem esporte, curso de línguas ou de computação. Percebeu-se nessa, que este tempo disponível tem sido encarado como uma ameaça “mente vazia oficina do diabo”, onde surge o medo do envolvimento dos filhos com a criminalidade, o uso de drogas, ou ainda que se tornem vagabundos, sendo o trabalho visto como única saída ao dilema¹¹⁰.

A pesquisadora relata ainda que o medo não é infundado, visto que a violência tem sido um dos maiores problemas enfrentados atualmente e que a ausência de suporte social e de alternativas às famílias constitui fontes de vulnerabilidades reais para esses menores¹¹⁰.

Nesse contexto, percebe-se a necessidade da criação de outras possibilidades de suporte social que propiciem a estas famílias (trabalhadores e seus filhos), vislumbrarem um futuro melhor. O fato contribuiria com o combate ao trabalho infantil, ao mesmo tempo em que propiciaria aos trabalhadores o suporte necessário à acomodação de seus filhos durante sua jornada laboral, reduzindo também o desemprego feminino por este motivo.

Outro tema importante que surgiu em debate na oficina, diz respeito à dificuldade de estabelecimento do *nexo entre adoecimento e trabalho*, onde o grupo afirma a necessidade dos profissionais da saúde sempre perguntarem a ocupação, o ramo de atividade do trabalhador, importante na identificação do acidente ou doença, o que segundo eles, não tem ocorrido.

“Um dia eu fui parar na UPA Sul apresentando dor de cabeça e outras coisas, porque eu estava com estresse, mas até então eu não sabia que era isso e que tinha relação com o trabalho, à única coisa que eu fiz foi preencher o prontuário e me consultar com o médico, que não me perguntou sobre o meu trabalho...”

“A maioria das vezes que você chega ao médico ele não sabe se você realmente está tendo esse problema por causa do seu serviço, então era uma coisa que deveria ser iniciado pelos médicos perguntando qual é o seu trabalho, qual é a função que você tá, porque se não acontecer isso você não vai saber que tá sentindo aquilo por causa do seu serviço...”

O usuário do SUS deste território não tem sido reconhecido enquanto trabalhador. Os profissionais dessas UBS, em sua maioria, não tem investigado nas consultas a relação do trabalho com o acidente ou adoecimento e o trabalhador muitas vezes não tem informação suficiente para questionar este nexo.

“O trabalhador nem sempre tem informação suficiente para cobrar dos profissionais de saúde que o seu problema seja tratado como relacionado ao trabalho. O médico da empresa, muitas vezes, não prima pela garantia desse vínculo. No INSS, a ênfase recai sobre o que dizem os encaminhamentos, relatórios e exames e, no SUS, pode ocorrer falta de vontade ou mesmo dificuldade de se fazer o diagnóstico da doença como relacionada ao trabalho.”^{111, pág. 17.}

Sem a realização do nexo não há notificação dos agravos relacionados e a ausência desta, por sua vez, impossibilita a informação para a intervenção, através das ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho. O contexto contribui com a invisibilidade

do processo saúde-trabalho-doença, principalmente quando se refere a trabalhadores informais.

O grupo comentou a dificuldade de comprovação legal deste nexos, que se amplia no caso de acidente de trajeto. O fato compromete o acesso desses trabalhadores aos direitos trabalhistas:

“É difícil os empregadores reconhecerem que foi um acidente de trabalho, eu tenho experiência própria, eles nunca vão dizer que foi relacionado com o trabalho, eu sei que foi, porque eu sei que foi no meu trajeto da minha casa pro meu trabalho, mas ninguém vai admitir isso...”

“Na minha área tem uns três pacientes que se envolveram num acidente, eles estão de atestado porque o médico diz que quebra osso tem que dar né, mas a empresa não garante nada, eles já ficam preocupados quando vencer o prazo do atestado, se eles vão ser mandados embora, foi no trajeto, é acidente de trabalho, eles estavam indo pro trabalho...”

“... aí tá lá um pai de família com o braço quebrado, a perna quebrada, lesão na cabeça, e aí, como é que vai ficar a situação dessa família? o rapaz ficou até com uma deficiência no olho, da pancada que ele teve na cabeça, ele olha pra gente, o olho vai lá pra cima, e aí?...”

Lourenço e Bertani (2010)¹¹¹ discutem a questão da reabilitação profissional, considerando-a, no contexto neoliberal de precarização das relações de trabalho, uma tarefa complexa. Os desafios fazem relação com as más condições dos ambientes e processos de trabalho e as consequências para a saúde dos trabalhadores. Chamam a atenção para a necessidade de reabilitação individual, entretanto sem perder o foco na coletividade, registrando as ocorrências e intervindo na causa do problema. Para tanto, sugerem uma análise intersectorial entre Saúde e Previdência Social.

Como dificuldades, relatam que as políticas de governo seguem as orientações neoliberais, assim, verifica-se a flexibilização dos direitos trabalhistas e a redução da possibilidade de expansão dos direitos sociais, dificultando o acesso, principalmente, aos

benefícios previdenciários, necessários no período de tratamento e reabilitação do trabalhador, ou quando incapacitado para a realização de suas atividades¹¹¹.

No que tange à saúde, consideram não existir ainda uma cultura que propicie distinguir os determinantes sociais dos ambientes e processos de trabalho causadores de agravos, muito menos a preocupação em notificá-los, atitude necessária à criação de dados epidemiológicos que permita a realização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Relatam serem poucas as ações de vigilância realizadas, e estas são feitas de maneira isolada, sem o estabelecimento de relações intra e intersetoriais¹¹¹.

Já com relação aos dados oficiais da previdência social, Olivar (2010)¹¹² comenta a diferença existente entre as estatísticas da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) e os reais acidentes de trabalho. Refere que os servidores públicos e trabalhadores informais somam 50% da população ocupada e que estes não são contabilizados nestes números, em virtude da lógica financeira de notificação.

Lourenço e Bertani (2010)¹¹¹ trazem também à discussão, os limites da cobertura previdenciária, onde são excluídos os trabalhadores informais e funcionários públicos. Além disso, muitos trabalhadores celetistas adoecidos não se afastam do trabalho, ou por medo de perderem o emprego, ou por dificuldades de diagnóstico e tratamento adequado.

Já no caso do SUS, por ter como um dos princípios a universalidade, não impõe restrições de cobertura¹¹¹:

“Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política^{8, pág. 1.}”

Desta forma, destacam-se as dificuldades de diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho e dos registros trabalhistas, como consequência, problemas relacionados às ações de reabilitação, proteção, prevenção e vigilância nos ambientes de trabalho. A dificuldade no estabelecimento do nexos torna essas doenças invisíveis socialmente e suas vítimas sofrem com as dificuldades de busca ao tratamento.

A pouca fiscalização por parte do Ministério do Trabalho e Emprego tem contribuído com a informalidade, condições precárias de trabalho e acidentes e doenças do trabalho no território estudado. Tal fato tem dificultado o trabalho dos sindicatos e ocorre principalmente pelo número reduzido de auditores fiscais, que não conseguem atender grande parte da demanda de serviço para que se exija dos empregadores o cumprimento da legislação.

*“Mesmo tendo a obrigatoriedade dos EPI, nem todas as empresas fornecem isso ao trabalhador, **porque não são fiscalizadas**, então os trabalhadores se machucam e ficam inutilizados de desenvolver uma profissão, porque perdeu um membro do corpo, ele fica comprometido...”*

*“O sindicato recebe a denúncia do trabalhador, verifica a questão e faz o relatório informando pro MPT, só que aqui em Palmas **a ajuda dos fiscais é muito pouca**, nós temos denúncias que fizemos no final do ano de 2012 e até hoje a empresa nunca foi fiscalizada...”*

*“Às vezes o sindicato tem que entrar com demanda judicial porque **não tem amparo do MPT**, não que eles façam vista grossa, só que são poucas as pessoas que são disponíveis pra tá fazendo esse trabalho...”*

Como sugestão para a melhoria desta fiscalização, propuseram o aumento na quantidade de fiscais do MTE e/ou a ampliação do poder de fiscalização a outros órgãos também responsáveis pela saúde dos trabalhadores, que hoje são apenas educativos:

“Os órgãos competentes deveriam ter mais pessoas pra ajudar no trabalho de fiscalização ou ampliar essa atribuição a outros órgãos afins que hoje são apenas educativos, que é o caso do CEREST, se unir ao sindicato e a comunidade, porque o trabalhador não vai pro Ministério do Trabalho, ele procura o sindicato pra intervir...”

Além da limitação de pessoal por parte do Ministério do Trabalho e Emprego, há de se relatar que grande parte dos trabalhadores deste território não são fiscalizados por este

órgão devido a fragilidade do vínculo empregatício informal, que os torna “invisíveis legalmente” ou por serem trabalhadores estatutários, não regidos pelas Consolidações das Leis Trabalhistas.

O campo saúde do trabalhador no âmbito do direito universal à saúde é competência do SUS^{2:3}. O artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde refere que estão incluídas neste campo de atuação do SUS a execução de ações de saúde do trabalhador, tanto na assistência, na vigilância e controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, como na promoção da saúde.

As diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS trazem 14 princípios, nos quais são pautadas as realizações destas ações. Dentre eles, a universalidade se propõe a promover a saúde e reduzir a morbimortalidade de todos os trabalhadores, independente do vínculo empregatício e a equidade prioriza a realização destas ações aos grupos mais vulneráveis, tendo como exemplo, os trabalhadores informais em situações de precarização, discriminação ou riscos à saúde¹⁰⁰.

Para a concretização destas ações, os profissionais da Vigilância em Saúde, dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, deverão ser instituídos como Autoridades Sanitárias e realizar ações de inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho, a fim de identificar os riscos existentes, analisá-los e *propor* medidas preventivas, através de estratégias de *negociação* com empregadores¹⁰⁵.

Entretanto, o poder de polícia administrativa no campo da saúde foi delegado à Vigilância Sanitária, poder este que se incide sobre pessoas jurídicas. Este é o único órgão da Vigilância em Saúde que se encontra legalmente apto a realizar ações de interdição, inutilização e repressão, quando for o caso, ainda aplicando multas revertidas aos cofres públicos^{113,114}.

Portanto faz-se de suma importância a integração entre as Vigilâncias em Saúde, e destas com a atenção básica, na realização das ações intrassetoriais, garantindo assim, a efetividade na intervenção da Vigilância em Saúde sobre os problemas sanitários, em especial, da saúde do trabalhador. Para maior riqueza na qualidade destas ações, deve-se ainda buscar integração com parcerias intersetoriais que tenham relação com a política em questão.

O desconhecimento dos trabalhadores com relação aos seus direitos trabalhistas tem contribuído com as precárias condições de trabalho. O grupo alega que o fato tem

enfraquecido o poder de reação dos trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho.

“Porque muita coisa a pessoa que tem conhecimento dos seus direitos quase ninguém mexe com ela, porque existem as obrigações e os deveres, mas às vezes nós enquanto trabalhadores, devido não saber dos direitos da lei, onde recorrer, somos prejudicados...”

“Nós que somos trabalhadores da saúde, que vimos às famílias, precisamos tá também orientando nesse sentido, porque tem pessoas que infelizmente ficam doentes e insistem em ir trabalhar, pra não perder o serviço, porque não conhecem os seus direitos...”

Vasconcellos (2011)¹¹⁵ traz à discussão, a junção dos elementos: saúde, trabalho e direito, objetos de desejo do ser humano. Afirma que, quando combinados, proporcionam o poder ter saúde no trabalho, o sonho do bem estar. Faz uma análise com foco na perspectiva histórica e sociopolítica coletiva, transformadora da realidade social, categorias de análise centrais nas políticas públicas.

“No caso das relações saúde-trabalho-direito, a marcha humana foi conformando um senso comum às sociedades modernas, referendado nas cartas de direitos – do cidadão e humanos -, desde o século XVIII, e nas manifestações oficiais dos estados democráticos de direito, de que o trabalho não deve ser fonte de doença e morte^{115, pág. 46.}”

Com o advento da revolução industrial, iniciou-se um debate sobre a justiça ou injustiça das relações de produção e trabalho, o que trouxe como consequência a criação do direito do trabalho, na busca pela harmonia destas relações. Esta lei criou uma série de normas jurídicas para os ambientes e processos de trabalho, e é a mesma que vigora até os dias de hoje¹¹⁵.

Entretanto, para o autor, esta lei é um contrassenso à ideia de justiça, visto que a harmonia desejada não foi alcançada. O fato deve-se principalmente à relação capital-trabalho, onde o lado mais forte subjuga o sujeito injustiçado, controlando a produção das

normas e definindo o que se pode fiscalizar. Desta forma o trabalhador viu-se impossibilitado de lutar pelo direito à saúde, se sujeitando ao cenário de acidente, adoecimento e morte, física ou mental¹¹⁵.

“E, se a justiça é injusta – é não justiça -, o conceito de justiça justa passa a ter um caráter de construção permanente, ganhando uma conotação de utopia... Podemos crer que a justiça justa nas relações saúde-trabalho-direito é uma perseguição utópica pela harmonia entre esses três objetos cuja viabilidade se funda na criação de um novo paradigma ético, político, normativo e, principalmente, técnico de suas bases de integração^{115, pág. 58}.”

Desta forma percebe-se que somente conhecer a legislação trabalhista não é suficiente para se alcançar “justiça justa”, mas faz-se necessário ir além, persegui-la continuamente, não de maneira solitária, mas através da formação de grupos humanos organizados, que tenham como foco a justiça coletiva.

Neste contexto, foi relatado pelo grupo a importância da mobilização social em busca de melhorias de qualidade de vida para a população, criticando as políticas individualistas e eleitoreiras. Comentam a necessidade de reivindicação das garantias legais, porém não de fato e também aquelas que ainda não estão instituídas legalmente.

“A população tem que se mobilizar e reivindicar os seus direitos, nem que dê pau, nem que dê briga, mas tem que falar, nós não temos direito a voz e voto? Eu não tenho dever de votar? então eu também tenho que ter direito de dizer o que eu penso. Se o povo não for pras ruas, reivindicar, demonstrar que não tá satisfeito, o negócio não anda!!!”.

“Não, tá bom assim, dando um jeitinho lá no meu problema tá bom, tá bom nada, não tá bom não... é igual na igreja que foi um político lá e disse olha, você me apoia aqui que eu vou dar emprego pra vocês, eu vou arrumar a igreja, aí uma pessoa levantou, inclusive eu e um outro e disse não, não tá bom desse jeito, pra mim você não serve, nós queremos políticos que vão facilitar pra nossa comunidade, não queremos favorecimento não, o resto a gente corre

atrás, agora, me apoia que eu vou dá um presentinho pra você, isso não dá gente!!!”.

A fase proposta de teorização objetiva apresentar ao grupo esse conceitual teórico, de maneira sucinta devido à limitação de tempo, e discuti-lo com base no conhecimento prático dos partícipes, na intenção de que ocorra a troca de conhecimentos.

VI.2.2 - Etapa 2 - Pontos-Chave:

De posse da grande quantidade de problemas relacionados à saúde dos trabalhadores do território identificados na 1ª etapa, o grupo de estudo do território apontou como prioritários para intervenção, os problemas do trabalho do servidor público da saúde e educação e do trabalho do setor informal relativo à construção civil, salões de beleza, lava-jatos e oficinas mecânicas.

VI.2.3 - Etapa 3 – Teorização:

Nesta etapa de estudo ocorreu uma exposição dialogada sobre “Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, território, território da saúde e território do município de Palmas, processo saúde-trabalho-doença, riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, além dos dados coletados na fase I da metodologia”. Todos estes temas foram abordados a partir de uma linguagem clara e objetiva, sem aprofundamento teórico, no segundo dia da oficina, em um período de oito horas.

Na apresentação da trajetória da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT – iniciou-se pela trajetória desta política no país, partindo-se da reforma sanitária, percorrendo a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, a criação da RENAST e dos CEREST, onde se apresentou suas portarias e o conteúdo destas, até a conjuntura atual.

Neste momento, o grupo expôs a surpresa pela magnitude desta política, declarando ser bem mais ampla do que a maioria imaginava. Muitos mencionaram desconhecê-la desta forma, afirmando que Saúde do Trabalhador, antes da participação nesta oficina, representava a participação de um técnico de segurança do trabalho em uma obra e para outros representava a existência do CEREST na secretaria, não sabendo ao certo qual o seu

real papel. De fato, esta apresentação permitiu a alguns membros do grupo a ampliação de horizontes, até então inimagináveis.

Em seguida abordou-se o tema do Território, território da saúde e território do município de Palmas. Esta apresentação buscou sensibilizar o grupo quanto à importância do olhar para o território no planejamento das ações, neste caso, ações de saúde do trabalhador. Para tanto, discorreu-se sobre o território na abordagem miltoniana, o território da saúde, percorrendo o território organizado pela saúde pública, o território de Palmas e mais especificamente o território da região sul deste município. Discutiu-se sobre a grande quantidade de informações que o grupo trouxe sobre a saúde dos trabalhadores da região sul de Palmas, com base nas informações coletadas deste território.

Continuando, adentrou-se ao tema “processo saúde-trabalho-doença”:

A exposição relativa à saúde foi iniciada com base em seu conceito ampliado, onde se discutiu o que de fato esta representa.

“O que é saúde? seria simplesmente a ausência de doença?”

Neste momento a saúde foi apresentada enquanto bem estar físico, mental, social, debatendo-se o fato de que para que um indivíduo seja considerado saudável, este necessita ter acesso à cultura, educação, alimentação, trabalho, moradia, serviços de saúde, lazer, habitação, renda, saneamento básico e um meio ambiente saudável.

Então surgiu o questionamento, e os trabalhadores do território da região sul, com base nos problemas identificados anteriormente, eles estão tendo saúde?

Todos afirmaram não haver saúde de acordo com o conceito apresentado.

E o trabalho? Perguntou-se ao grupo o significado do trabalho nos dias de hoje, o que este representa na atualidade?

Não houve consenso nesta resposta. Alguns afirmaram ser o trabalho uma escravidão, outros o apresentaram como subsistência, identidade ou satisfação.

A partir desta questão foi apresentada a origem da palavra trabalho, seguida brevemente pela história do trabalho escravo ou regime servil, trabalho artesanal, manufatura, revolução industrial, Taylorismo, Fordismo, Toyotismo e Acumulação Flexível.

Nesta ocasião outra pergunta foi levantada, e o trabalho adocece?

As respostas foram unânimes e afirmativas.

Então foi dado início a teorização dos riscos à saúde dos trabalhadores existentes nos ambientes e processos de trabalho, quando foi explicitado sobre os fatores de risco físico, químico, biológico, ergonômico, psicológico e de acidente.

A fim de contextualizar essa abordagem teórica, solicitou-se ao grupo que estes retomassem as informações trazidas do território na fase de identificação dos riscos e, de posse do conhecimento adquirido, classificassem os mesmos de acordo com os fatores de risco presentes nos problemas considerados prioritários.

Todas as informações obtidas nesta fase de teorização da oficina foram compiladas em quadros, para melhor visualização. Os resultados apresentados relativos aos riscos identificados encontram-se nos quadros de números 18 ao 23.

Quadro 18 – Riscos à saúde dos servidores públicos da saúde do território da região sul do município de Palmas - TO

Físico	Químico	Biológico	Ergonômico	Psicológico	De Acidente
Exposição solar por tempo prolongado (ACS e ACE).	ACE estão expostos na manipulação dos produtos.	Exposição a vírus e bactérias no ambiente de trabalho. Risco de acidente com exposição ao material biológico.	Sobrecarga de trabalho, mobiliários inadequados. ACE e ACS: caminhadas, muito tempo em pé, com carregamento de peso.	Sobrecarga de trabalho, Estresse, pressão psicológica, ameaças, assédio moral, sofrimento, desvalorização profissional, ausência de organização dos processos de trabalho, ausência de autonomia.	Quedas, cortes, equipamentos obsoletos, estruturas físicas precárias.

Quadro 19 – Riscos à saúde dos servidores públicos da educação do território da região sul do município de Palmas - TO

Físico	Químico	Biológico	Ergonômico	Psicológico	De Acidente
Calor, ruído.	Profissionais da limpeza manipulam produtos químicos (serviços gerais da educação).	Não identificaram.	Muito tempo em pé, mobiliário inadequado, sobrecarga de trabalho.	Sobrecarga de trabalho, Estresse, pressão psicológica, ausência de autonomia, assédio moral, ameaças, indisciplina dos alunos, ausência de capacitação profissional, insegurança, violência.	Quedas, brigas, estrutura física precária.

Observam-se semelhanças entre os riscos à saúde dos servidores públicos da saúde e educação, ocasionados pelo ambiente e processo de trabalho a que estes trabalhadores estão expostos. Dentre eles, riscos ergonômicos, psicológicos e de acidentes, ocasionados por: ambientes com sobrecarga de trabalho e acúmulo de tarefas, pressão para realizá-las,

trabalho muito tempo em pé, ausência de autonomia no planejamento e execução das tarefas, ameaças e situações de assédio moral por parte das chefias e usuários dos serviços, ausência de treinamento e capacitação profissional, de organização das atividades, mobiliários inadequados, utilização de materiais e equipamentos obsoletos e estruturas físicas precárias. Percebeu-se em ambos os processos de trabalho, sentimentos de desvalorização profissional e sofrimento relacionado ao trabalho.

As diferenças permearam as especificidades de cada trabalho, como o risco biológico, predominante na área da saúde e o risco químico, encontrado nas atividades dos Agentes de Combate às Endemias e dos profissionais de limpeza. (Quadros 18 e 19).

Quadro 20 – Riscos à saúde dos trabalhadores da construção civil do território da região sul do município de Palmas - TO

Físico	Químico	Biológico	Ergonômico	Psicológico	De Acidente
Ruído, vibração.	Utilização de produtos químicos, inalação e contato com a pele.	Ausência de copos descartáveis ou individuais.	Sobrecarga de trabalho, carregamento de peso, postura inadequada, movimentos repetitivos, pressão por produtividade.	Vínculo empregatício precário, mão de obra desvalorizada, preconceitos e discriminação.	Ausência de capacitação, quedas de altura e do mesmo nível, pancadas, cortes, fiação expostas, não utilização de EPI, desconhecimento dos riscos.

Quadro 21 – Riscos à saúde dos trabalhadores dos salões de beleza do território da região sul do município de Palmas - TO

Físico	Químico	Biológico	Ergonômico	Psicológico	De Acidente
Ruído	Risco de intoxicação na manipulação dos produtos químicos, como os alisantes e tinturas.	Risco de acidente com material perfuro cortante, no caso de manicures e podólogas.	Movimentos repetitivos, trabalho muito tempo em pé, postura inadequada, sobrecarga de trabalho.	Vínculo empregatício precário, incerteza do futuro.	Queimaduras no manuseio de aparelhos em temperatura elevada.

Quadro 22 – Riscos à saúde dos trabalhadores dos lava-jatos do território da região sul do município de Palmas - TO

Físico	Químico	Biológico	Ergonômico	Psicológico	De Acidente
Ruído, umidade, iluminação.	Risco de intoxicação na manipulação dos produtos químicos.	Sujidades no ambiente de trabalho.	Postura corporal inadequada, movimentos repetitivos.	Vínculo empregatício precário, sobrecarga de trabalho,	Ambiente de trabalho desorganizado, ausência de utilização do EPI ou utilização incorreta, queda (presença de óleo e graxa).

Quadro 23 – Riscos à saúde do trabalhador das oficinas mecânicas do território da região sul do município de Palmas - TO

Físico	Químico	Biológico	Ergonômico	Psicológico	De Acidente
Ruído, vibração, radiações.	Intoxicação na manipulação dos produtos químicos como thinner e querosene.	Hábitos precários de higiene.	Excesso de peso, carga horária excessiva, sobrecarga de trabalho.	pressão psicológica dos patrões e clientes, precariedade do vínculo empregatício, sobrecarga de trabalho.	Condições precárias de trabalho, ausência de utilização dos EPI ou utilização inapropriada, manuseio de gasolina, lesões nos olhos.

Percebeu-se nos processos de trabalho da construção civil, salões de beleza, lava-jatos e oficinas mecânicas, similaridades nas situações de risco, referentes principalmente ao vínculo precário de trabalho. Nos fatores de risco ergonômico, psicológico e de acidentes, foram mencionadas situações ocasionadas por ausência de treinamento ou capacitação, sobrecarga de trabalho, jornada de trabalho intensa, pressão por produtividade, movimentos repetitivos, desorganização nos ambientes de trabalho, ausência de utilização dos equipamentos de proteção individuais e coletivos, descumprimento das legislações trabalhistas e mão de obra desvalorizada (quadros 20 ao 23).

Além deste contexto, os quatro ramos de atividade utilizam produtos químicos, situação que se agrava pela ausência de proteção necessária. Todos possuem fatores de risco físico, como o ruído, que esteve presente em todas elas, a vibração, constatada no

processo de trabalho da construção civil e oficina mecânica, a umidade e iluminação no trabalho dos lava-jatos, e as radiações, no trabalho da oficina mecânica. O fator de risco biológico foi mencionado no salão de beleza em referência ao trabalho das manicures e podólogas e nas demais atividades, em relação às precárias condições de higiene destes locais de trabalho. (Quadros 20 ao 23).

O grupo de estudo do território conseguiu desenvolver a atividade, demonstrando conhecimento dos processos de trabalho priorizados e entendimento e aprendizado com relação ao conteúdo teórico apresentado.

Surge então a questão, quais agravos à saúde os riscos mencionados podem ocasionar? Para responder a essa pergunta adentrou-se a teorização dos agravos, onde se abordou Perda Auditiva Induzida pelo Ruído – PAIR, Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho – DORT, Intoxicação Exógena, Acidente de Trabalho Grave - ATG e Acidente de Trabalho em Crianças e Adolescentes, Acidente com Exposição ao Material Biológico – AEMB, Dermatoses Ocupacionais, Pneumoconiose, Câncer Relacionado ao Trabalho e Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.

Desta forma solicitou-se ao grupo que completassem a tabela dos riscos, elaborados na tarefa anterior, com os respectivos agravos que estes podem ocasionar (quadros 24 ao 29).

Quadro 24 – Possíveis agravos relacionados ao trabalho dos servidores públicos da saúde do território da região sul do município de Palmas - TO

- Câncer relacionado ao trabalho ocasionado pela exposição solar todos os dias por tempo prolongado (ACS e ACE);
- Intoxicações exógenas (ACE);
- Acidentes com Exposição ao Material Biológico;
- Doenças Osteomusculares (LER/DORT, problemas de coluna);
- Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho;
- Acidentes de Trabalho.

Quadro 25 – Possíveis agravos relacionados ao trabalho dos servidores públicos da educação do território da região sul do município de Palmas - TO

- PAIR;
- LER/DORT;
- Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho;
- Acidentes de Trabalho;
- Intoxicações exógenas (no caso dos profissionais serviços gerais, que atuam na limpeza).

Quadro 26 – Possíveis agravos relacionados ao trabalho da construção civil do território da região sul do município de Palmas - TO

- PAIR;
- Intoxicações Exógenas;
- LER/DORT;
- Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho;
- Dermatoses Ocupacionais;
- Acidentes de Trabalho.

Quadro 27 – Possíveis agravos relacionados ao trabalho dos salões de beleza do território da região sul do município de Palmas - TO

- PAIR;
- Intoxicações Exógenas;
- LER/DORT;
- Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho;
- Acidentes de Trabalho;
- Acidentes com Exposição ao Material Biológico (manicures).

Quadro 28 – Possíveis agravos relacionados ao trabalho dos lava-jatos do território da região sul do município de Palmas - TO

- PAIR;
- Dermatoses Ocupacionais;
- Intoxicações Exógenas;
- LER/DORT;
- Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho;
- Acidentes de Trabalho.

Quadro 29 – Possíveis agravos relacionados ao trabalho das oficinas mecânicas do território da região sul do município de Palmas - TO

- PAIR;
- Intoxicações Exógenas;
- LER/DORT;
- Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho;
- Acidentes de Trabalho.

Em todos os processos de trabalho mencionados foi relatada a possibilidade da ocorrência dos agravos: Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, Acidentes de Trabalho, Intoxicações Exógenas e LER/DORT. A PAIR só não foi mencionada no processo de trabalho da saúde, nas demais, afirmaram a possibilidade do acometimento deste agravo. A probabilidade da ocorrência do Acidente com Exposição ao Material Biológico foi identificada no trabalho da saúde e das manicures e podólogas. Já o risco de Câncer Relacionado ao Trabalho foi percebido no trabalho dos Agentes de Combate as Endemias e Agentes Comunitários de Saúde, devido à exposição solar por tempo prolongado. As Dermatoses Ocupacionais foram mencionadas no trabalho da construção civil e lava-jatos (quadros 24 ao 29).

Na análise dos seis processos de trabalho considerados prioritários, constatou-se a possibilidade de ocorrência de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho. Apesar de estes serem considerados de notificação compulsória pelo Ministério da Saúde¹², verifica-se nos dados do SINAN⁶⁵, apresentados na fase I da pesquisa, que poucas tem sido as notificações das doenças supramencionadas, o que ocorre principalmente, pela dificuldade no estabelecimento do nexos entre o adoecimento e o trabalho.

Esta atividade permitiu avaliar o aprendizado do grupo com relação ao conteúdo apresentado. Observou-se que as dúvidas foram esclarecidas e o conhecimento trazido pelo grupo agora se apresentou mais contextualizado teoricamente.

Na finalização desta etapa, foram apresentados os dados secundários do território, descritos nos resultados da fase I da pesquisa.

A etapa de teorização permitiu compreender a riqueza existente na troca de conhecimentos entre teoria e prática e leva-nos a refletir sobre a importância da educação permanente na implementação da PNSTT, visto que, ainda que esta tenha sido realizada em

curto período de tempo, proporcionou a sensibilização e ampliação do olhar às questões relativas à saúde dos trabalhadores. Desta forma, percebe-se que a ausência da mesma tem sido, além da sobrecarga de trabalho, outro fator contributivo para a não efetivação das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica à Saúde do SUS deste território.

O fato demonstra a necessidade das equipes técnicas da Vigilância em Saúde, em especial da Vigilância em Saúde do Trabalhador, de investirem suas ações na educação continuada, o que deverá ser prioridade no planejamento e execução das atividades.

VI.2.4 - Etapa 4 - Hipóteses de Solução:

A quarta e quinta etapa da oficina teve a duração conjunta de oito horas e ocorreu no terceiro dia da oficina. Na quarta etapa surgiram às hipóteses de solução aos problemas a saúde dos trabalhadores do território em estudo, considerados prioritários (quadro 30). Para tanto os participantes retomaram aos grupos menores, para discussão seguindo o roteiro:

O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito? Como? De que forma? Quando? (curto/médio/longo prazo)? Por quem?

Quadro 30 – Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho nos serviços públicos de saúde do território da região sul de Palmas - TO

	O que?	Como?	Quando?	Quem?
Grupo 1	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar as condições dos ambientes e processos de trabalho; - Reformar as UBS; - Adquirir mobiliários e equipamentos; - Aumentar o nº de funcionários; - Distribuir funções; - Adequar carga horária; - Capacitar e treinar os funcionários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizando ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho nesses locais; - Vontade política; - Ouvindo trabalhadores antes das tomadas de decisões. 	Médio prazo	Gestores Públicos, Atenção Básica, Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, CEREST, Sindicato e Vigilância Sanitária.
Grupo 2	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar as condições dos ambientes e processos de trabalho das unidades de saúde, dos profissionais de saúde como um todo; Resolver a questão da falta de pessoal, o que geralmente gera esse excesso de trabalho dos profissionais que estão na ativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizando ações de vigilância nestes locais de saúde; Realizando processo seletivo para admissão de novos funcionários. 	A médio prazo.	O levantamento desses dados a gente colocou o CEREST, a atenção básica e a gestão de recursos humanos da secretaria municipal de saúde. O processo seletivo são os gestores públicos.

Em resposta a 1ª pergunta, o que fazer?, ambos os grupos relataram a necessidade de melhorar as condições dos ambientes e processos de trabalho e da necessidade de aumentar o número de trabalhadores, sendo que o grupo 1 foi mais detalhista ao apresentar resoluções concretas à questão. No como fazer?, os dois grupos mencionaram a importância da realização de ações de vigilância neste ambiente e processo de trabalho, o 1º grupo detalhou também a necessidade de vontade política para mudança desta realidade e da importância de valorizar o saber do trabalhador sobre seu processo de trabalho, já o 2º grupo trouxe a necessidade da realização de processo seletivo para contratação de novos servidores. A pergunta relativa ao período desta adequação, quando? foi respondida pelos dois grupos, entendendo que apesar de sua necessidade urgente, as questões apresentadas necessitam de médio prazo para sua realização. Em resposta a última questão, quem?, os dois grupos mencionaram a participação dos gestores públicos, recursos humanos da secretaria municipal de saúde de Palmas, atenção básica (se colocando enquanto partícipes deste processo) e CEREST. Além disso, o grupo 1 acrescentou a participação do sindicato e vigilância sanitária (quadro 30).

Quadro 31 – Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho nos serviços públicos da educação no território da região sul de Palmas -TO

	O que?	Como?	Quando?	Quem?
Grupo 1	Melhorar as condições dos ambientes e processos de trabalho.	Realizar ações de vigilância nas escolas da região sul e sensibilizar os gestores para a melhoria do mesmo.	A médio prazo	Levantamento e sensibilização: sindicatos e CEREST. Intervenção: gestores públicos.
Grupo 2	Melhorias das condições dos ambientes e processos de trabalho.	Levantar dados sobre a situação, por meio de entrevistas com os profissionais da área, que vivencia na prática cotidiana e encaminhar aos gestores públicos.	A médio prazo	Sindicatos, CEREST, Gestores Públicos.

Os dois grupos relataram à pergunta o que?, a necessidade de melhorar as condições dos ambientes e processos de trabalho na educação. Para que isto ocorra, na pergunta

como?, o grupo 1 mencionou a necessidade da realização de ações de vigilância nesses ambientes e processos de trabalho e o grupo 2 escolheu o método de entrevistas com os profissionais da área, nas duas ações a intenção seria maior aprofundamento das questões já identificadas. Ambos os grupos relataram que os resultados obtidos com estes diagnósticos seriam encaminhados aos gestores públicos para providências e adequações, o que deveria ser realizado a médio prazo. Em resposta a pergunta quem?, os grupos mencionaram a participação do sindicato e CEREST neste levantamento e dos gestores na intervenção (quadro 31).

Os grupos optaram por não detalhar nesta fase da pesquisa, os objetos de intervenção, relataram a necessidade de fazê-lo a partir de um diagnóstico mais aprofundado da questão. Também não mencionaram a participação dos trabalhadores enquanto co-responsáveis neste processo, diferentemente do que apresentaram no quadro 30 relativo ao trabalho da saúde, (quadro 31).

Quadro 32 – Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho na construção civil do território da região sul de Palmas - TO

	O que?	Como?	Quando?	Quem?
Grupo 1	Trabalhos educativos para a promoção da saúde e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.	Efetuar visitas in loco, orientando os trabalhadores e empregadores sobre os riscos e agravos a que estão expostos e como preveni-los.	A curto prazo.	CEREST, Sindicatos, Atenção Básica.
Grupo 2	Implantação da cultura de saúde e segurança do trabalho dos funcionários e a conscientização do empregador também.	Trabalhos educativos, como palestras educativas de prevenção de acidentes.	A curto prazo.	CEREST, Sindicatos.

Como o trabalho na construção civil deste território é predominantemente informal, ambos os grupos constataram, em resposta a pergunta o que?, a necessidade da realização de atividades educativas, entretanto no grupo 1 esta foi trazida em uma linguagem voltada à saúde do trabalhador, enquanto no grupo 2 percebeu-se um discurso direcionado a área da saúde ocupacional. O como? fazer, foi trazido pelo grupo 1, através de ações de orientação aos trabalhadores e empregadores sobre os riscos e agravos a que estes estão expostos e a maneira de evitá-los ou minimizá-los, já o grupo 2 trouxe a necessidade de realização de palestras educativas e de prevenção de acidentes. Ambos os grupos concordaram que estas

devem ser realizadas a curto prazo, através de ações dos sindicatos e CEREST, o grupo 1 acrescentou a participação da atenção básica nestas ações, conforme orienta as legislações do SUS (quadro 32).

Quadro 33 – Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho nos salões de beleza do território da região sul de Palmas - TO

	O que?	Como?	Quando?	Quem?
Grupo 1	Divulgação das informações sobre os riscos à saúde destes trabalhadores, para sensibilização, e os cuidados de prevenção.	Através de atividades educativas, palestras e ações de orientação quanto à prevenção dos riscos e doenças relacionadas ao trabalho.	A curto prazo.	Sindicatos e saúde do trabalhador.
Grupo 2	Realizar trabalho educativo para prevenção e promoção de ambientes de trabalho saudáveis.	Início através de palestras educativas.	A curto prazo.	CEREST, Sindicato.

No trabalho dos salões de beleza, ambos os grupos concordaram na pergunta *o que?*, que devem ser realizadas ações educativas através de sensibilização dos riscos existentes e os cuidados necessários à prevenção da saúde e promoção de ambientes de trabalho saudáveis. Na resposta ao *como?* relataram que o primeiro passo é a realização de atividades como palestras e ações de orientação quanto à prevenção dos riscos e doenças relacionadas a esta atividade laboral. Consideraram que estas ações devem ser feitas a curto prazo, pelo sindicato da categoria e CEREST. Não mencionaram a participação da atenção básica na realização destas ações (quadro 33).

Quadro 34 – Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho nos lava-jatos do território da região sul de Palmas - TO

	O que?	Como?	Quando?	Quem?
Grupo 1	Sensibilizar o empregador e trabalhador sobre a exposição aos riscos e agravos.	Apresentar os casos ocorridos, palestras e ações de vigilância.	A curto prazo.	Os órgãos competentes.
Grupo 2	Ampliar o conhecimento dos trabalhadores e empregadores sobre os riscos e agravos peculiares a este ambiente de trabalho.	Através da realização de visitas in loco para realização de atividades educativas.	A curto prazo.	Sindicatos, CEREST.

Na atividade dos lava-jatos deste território, os grupos trouxeram a necessidade da realização de ações educativas, que amplie o conhecimento e sensibilize empregadores e trabalhadores com relação aos riscos existentes nestes ambientes e processos de trabalho e a necessidade da realização de ações que os elimine ou minimize, reduzindo também a possibilidade da ocorrência de agravos à saúde desses trabalhadores. Sugeriram que esta seja realizada através de ações de vigilância nos ambientes de trabalho e visitas in loco para palestras educativas, a curto prazo. A realização destas ações foi referida pelo grupo 1, de responsabilidade dos “órgãos competentes”, e o grupo 2 mencionou a atribuição destas, apenas aos sindicatos e CEREST (quadro 34).

Quadro 35 – Hipóteses de soluções para a melhoria das condições de trabalho nas oficinas mecânicas do território da região sul de Palmas - TO

	O que?	Como?	Quando?	Quem?
Grupo 1	Realizar atividades educativas e preventivas nestes locais.	Através de visitas in loco nestes ambientes de trabalho, orientar trabalhadores e empregadores sobre os riscos existentes e como preveni-los.	A curto prazo.	CEREST, Vigilância Sanitária, Sindicato da categoria.
Grupo 2	Orientar trabalhadores e empregadores sobre saúde e segurança no trabalho.	Através de atividades educativas.	A curto prazo.	Sindicatos, CEREST.

Os grupos trouxeram ao trabalho das oficinas mecânicas, a necessidade de realização de ações educativas, de orientação aos trabalhadores e empregadores sobre os riscos à saúde existentes nesta atividade laboral e as formas de sua eliminação ou redução, a fim de promover ambientes de trabalho saudáveis. Consideram que estas devem ser iniciadas a curto prazo, pelos sindicatos da categoria e CEREST. O grupo 1 acrescentou a participação da vigilância sanitária à realização destas ações (quadro 35).

Observa-se que a ausência de realização das ações de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho e de promoção e prevenção à saúde pelo SUS, não havia sido identificado como problema na primeira fase da oficina, mas tão somente a precária fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego, devido ao quantitativo insuficiente de profissionais. Verifica-se que os grupos trouxeram essa questão na fase de hipóteses de soluções, após a apresentação do conteúdo teórico, referindo que a realização destas ações torna-se uma estratégia poderosa de solução aos problemas identificados.

Entretanto, percebeu-se que apenas um dos grupos mencionou, em alguns momentos, a participação da Atenção Básica à Saúde na realização destas ações, o que evidencia o desconhecimento das atribuições destes atores da saúde pública pesquisados, com relação ao seu papel de promotor de saúde. Verificou-se que, quando mencionada esta participação, consideram-na como um serviço a mais, devido a grande sobrecarga de trabalho.

Quando se trata do processo de trabalho dos próprios profissionais da saúde, percebe-se que estes identificam como principal hipótese de solução aos conflitos evidenciados, a realização das ações de Vigilância mencionadas anteriormente. Apenas um dos grupos relatou a importância da educação permanente e valorização de todos os saberes da equipe, através do diálogo, como contribuição à melhoria da organização deste processo de trabalho.

No caso da Educação, da mesma forma percebeu-se que a proposta apresentada foi à realização das ações de Vigilância nos Ambientes de Trabalho, por técnicos do CEREST e sindicatos da categoria, seguida do encaminhamento destas aos gestores. Entretanto, sabe-se que os trabalhadores também devem participar desta construção, não estando alheia a estas. Uma vez organizados, devido ao amplo conhecimento do seu processo de trabalho, apresentam condições de propor soluções à resolução de vários conflitos existentes neste contexto, muitos deles sem a necessidade de delegação. Apenas as questões que fogem de sua autonomia profissional devem ser resolvidas pelos superiores hierárquicos.

Neste contexto, torna-se necessário lembrar três conceitos instituídos pelo Modelo Operário Italiano, que traz pistas importantes sobre a investigação das atividades de trabalho, sendo eles: grupo homogêneo, validação consensual e não-delegação.

O grupo homogêneo se refere a um grupo de trabalhadores que vivem juntos, à mesma experiência de trabalho. A validação consensual refere-se ao julgamento coletivo, pelo qual o grupo valida a experiência de cada trabalhador, relativa às condições de trabalho. A não-delegação diz respeito a recusa de se delegar aos especialistas o julgamento sobre a nocividade das condições de trabalho, afirmando que esta interpretação só será aceita após a validação por parte do grupo homogêneo¹¹⁶.

Predominou nas hipóteses de soluções do trabalho informal a realização de ações educativas, que valorize o aprendizado de trabalhadores e empregadores com relação a

questões de saúde e segurança no trabalho. Entretanto, apenas um dos grupos mencionou a participação da atenção básica na realização destas ações.

Vieira et al (2013)¹¹⁷ menciona a importância da participação das equipes da ABS na realização dessas ações, afirmando que estas deverão criar mecanismos de coletas de informações da situação de trabalho informal, com o intuito de identificar e avaliar os riscos existentes nos bairros, nas ruas e no interior dos domicílios, geralmente desconhecidos.

Percebeu-se que a expressão “Saúde e Segurança dos Trabalhadores” foi bastante utilizada pelo grupo, quando se referiam as ações educativas, de promoção à saúde dos trabalhadores. O fato demonstra o quanto à cultura de saúde ocupacional ainda está arraigada à sociedade contemporânea, o que desperta para a necessidade de avanço a este olhar. Vasconcellos et al (2011)¹¹⁸ comentam que a utilização do termo “segurança”, como complemento à expressão “saúde”, é desnecessária. Explica que para que um ambiente de trabalho seja considerado saudável, obrigatoriamente necessitará ser seguro, sendo esta então parte indissociável da condição de saúde no trabalho.

Em algumas situações foram colocadas ainda como hipóteses de solução, a sensibilização do empregador e trabalhador. Importante salientar que a mesma deve vir acompanhada de ações efetivas de intervenção.

Desta forma observou-se a relevância da etapa de teorização ocorrida na oficina, visto que proporcionou o primeiro contato de muitos dos participantes com o tema em questão. Esta foi destinada a intenso debate teórico contextualizado com a prática e ocasionou aos participantes, surpresa pela amplitude dos tópicos abordados e desejo de maior conhecimento na área. O fato contribuiu com o aprendizado do grupo a este assunto e favoreceu para que as respostas trazidas nas hipóteses de solução fossem elaboradas em um nível de maior complexidade.

Entretanto é importante salientar que esta foi realizada em um curto período de tempo de oito horas, insuficiente para discutir todas as questões relativas a um assunto tão complexo, no que tange a relação capital e trabalho. Portanto, faz-se relevante destacar a necessidade de apoio matricial, de educação continuada para às equipes do SUS, que tenham relação direta ou indireta com o tema, com a finalidade de se obter avanços nas condições de ambientes e processos de trabalho saudáveis.

VI.2.5 - Etapa 5 - Aplicação à Realidade:

Na última etapa da oficina, os grupos apresentaram os resultados da etapa anterior e validaram consensualmente as hipóteses surgidas. Observou-se que os resultados dos grupos foram bastante semelhantes, apresentando poucas variações entre si.

VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do referencial teórico apresentado permite compreender a importância da categoria território no planejamento e execução das ações de saúde, em especial de saúde do trabalhador, visto que este é o local onde a vida acontece.

Apesar de verificar a existência desta categoria nas legislações do SUS, quando relata a necessidade de planejamento das ações a partir do diagnóstico situacional do território, percebe-se que a mesma não se encontra incorporada a prática cotidiana das equipes de saúde.

Além disso, observa-se uma discrepância entre as legislações e as demandas ministeriais, que associa ao serviço uma série de imposições para cumprimento de metas a níveis centrais, que muitas vezes não possuem relação com as necessidades locais.

A apropriação do conceito de território para a efetiva implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT no SUS é uma necessidade emergente. A abordagem miltoniana desse conceito poderá auxiliar na identificação de processos e relações de trabalho que propiciará condições de intervenção sobre os processos saúde-trabalho-doença.

Para sua correta aplicação, esta deverá ocorrer tanto a nível macro, considerando o território como uma categoria central para a saúde do trabalhador, quanto a nível micro, inserindo-a na base da territorialização da rede SUS.

Desta forma, o presente trabalho vivenciou a prática desta abordagem no território da região sul do município de Palmas – Tocantins, através de um levantamento das informações trazidas pelo território, como dados históricos e culturais, sócio-demográficos, atividades produtivas e indicadores de saúde do trabalhador.

A pesquisa revelou que os trabalhadores da região sul de Palmas encontram-se distribuídos nos mais variados ramos de atividades, dentre eles: o comércio de venda de mercadorias (duráveis, não duráveis e semi-duráveis); de prestação de serviços (lava-jatos, salões de beleza, empregada doméstica e profissionais do sexo); na indústria (condimentos, confecções, marmorarias, marcenarias, construção civil, serralherias e cerâmica) e no serviço público (saúde, educação e segurança pública).

A proposta de análise territorial trouxe informações sobre os tipos de vínculo empregatício existentes, as condições e processos de trabalho a que estes estão expostos, a identificação dos riscos e agravos e o contexto social, político e cultural que os envolve.

Nesta, verificou-se que a maioria dos trabalhadores do território não são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas, por serem estatutários ou pela precariedade do vínculo empregatício e que os informais têm exercido suas funções em condições extremamente insalubres e perigosas, geralmente invisíveis aos órgãos fiscalizadores (por não existirem legalmente) e grande parte das vezes aos SUS (que não tem relacionado o acidente ou adoecimento à ocupação do usuário trabalhador).

O cenário apresentado revela um contexto de sobrecarga de trabalho, com jornadas extenuantes e mão de obra desvalorizada. As estruturas físicas, quando existem, encontram-se inapropriadas, com a presença de arranjos estruturais e instrumentos de trabalho obsoletos. Inúmeros riscos à saúde dos trabalhadores foram identificados, que se agravam com a ausência ou carência de utilização dos equipamentos de proteção individual (por ausência de fornecimento por parte do empregador, de orientação quanto à sua utilização ou de recursos financeiros à sua aquisição, no caso do trabalhador autônomo) e ausência de proteção coletiva. Grande parte destes trabalhadores não recebeu treinamento e/ou capacitação para a função, não possuem escolaridade, mas o fazem pela necessidade de subsistência, o que, associado a grande oferta de mão-de-obra, desvaloriza ainda mais o trabalho prestado.

Como agravante, observou-se o completo abandono a estes trabalhadores e seus familiares, quando se encontram impossibilitados de vender a força de trabalho, devido à ocorrência de acidente, adoecimento ou morte, na maioria das vezes, ocasionados pelo próprio trabalho. Neste caso são rapidamente descartados e substituídos por outro trabalhador saudável, sem qualquer possibilidade de acesso aos direitos previdenciários. Os trabalhadores autônomos justificam a este contexto de insegurança trabalhista, a necessidade da sobrecarga de trabalho.

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

Os servidores públicos deste território também trazem queixas relativas aos seus ambientes e processos de trabalho. De uma maneira geral, existe a sobrecarga de trabalho

ocasionada pelo acúmulo de tarefas e pouco quantitativo de profissionais. Além disso, as jornadas de trabalho tem ultrapassado muitas vezes o horário convencional, indo para além do expediente.

Percebeu-se que a ausência de autonomia ao planejamento e organização das atividades tem ocasionado transtornos aos trabalhadores e comunidade, deixando o resultado do trabalho muito aquém da necessidade da população, devido à lógica quantitativa da produção, a rigidez nos processos de trabalho, a normatização excessiva pelo ministério da saúde, dentre outras questões.

Os problemas de relacionamentos interpessoais com chefias, colegas de trabalho e população assistida, têm ocorrido com frequência. No primeiro caso, refere-se principalmente ao teor político do cargo, que muitas vezes vai de embate ao conhecimento técnico; as divergências entre colegas têm ocorrido geralmente por problemas éticos, tendo como contribuição a desorganização dos ambientes e processos de trabalho e a ausência de prescrições bem definidas; já no caso dos usuários, os desentendimentos ocorrem pela dificuldade de entendimento do real papel exercido pelos servidores, além de descarregar nestes, a insatisfação com os serviços prestados.

As questões de estrutura física predial e condições dos sistemas de trabalho, como é o caso do SIAB, foram mencionadas como dificuldades ao bom andamento do trabalho. Associa-se a estas, a ausência de equipamentos e materiais necessários à realização das atividades, a ausência de treinamento e capacitação aos trabalhadores e a desvalorização profissional.

O contexto apresentado tem ocasionado adoecimentos a estes trabalhadores e problemas nas relações familiares. Como resposta de intervenção governamental a este cenário, o grupo apontou a pouca fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego, devido ao quantitativo insuficiente de fiscais. Entretanto, observou-se que poucos trabalhadores deste território são regidos pela CLT, os demais se dividem entre estatutários e informais (invisíveis e sem garantias trabalhistas).

Desta forma, verificou-se que os trabalhadores estatutários não possuem legislação específica com relação a ações de promoção à saúde e prevenção de acidentes nos ambientes de trabalho e que nenhuma ação tem sido realizada neste sentido, mas possuem condições de se ausentar para tratamento de saúde e a garantia da estabilidade e aposentadoria.

Já os informais encontram-se desamparados, tendo como única esperança, a efetivação das políticas públicas do SUS, que se propõe a atenção integral à saúde dos trabalhadores, independente do vínculo empregatício, através do princípio da universalidade. Mas ainda há caminhos a serem percorridos até que essa legislação possa ser vivenciada na prática, assim como deve ser. Para tanto se faz necessário identificar os desafios existentes, readequando-os em busca da superação. Esta análise deve ser iniciada pela Atenção Básica à Saúde, porta de entrada do SUS, através da Estratégia Saúde da Família do território em estudo.

Importante ressaltar que grande parte dos participantes da oficina eram Agentes Comunitários de Saúde, portanto sobressaindo-se nos resultados colhidos. Percebeu-se que os mesmos conhecem bem a realidade dos trabalhadores locais, trouxeram em debate questões cruciais nestas relações de trabalho, bem como conselhos sobre vários assuntos: forma de abordagem aos trabalhadores (que favoreça a integração e efetividade das ações de promoção à saúde), trabalho infantil (orientando que esta proibição deve vir acompanhada por um suporte social ao menor e sua família, a fim de evitar o surgimento de outros problemas sociais), debate acerca do desamparo social (que acomete o trabalhador informal e sua família, agravado após um acidente ou doença relacionada ao trabalho), dentre outras questões.

Todavia, este conhecimento não tem sido aproveitado pela equipe da ESF no planejamento de suas ações. Observou-se a desarticulação das equipes, ações direcionadas ao cumprimento de metas impostas verticalmente e ausência de planejamento e realização de atividades que tenham como base as informações trazidas do território.

Uma intervenção urgente faz-se necessária a fim de reverter este quadro ou ao menos, minimizar seus prejuízos, sabendo que o acidente de trabalho é previsível e portanto prevenível, não pode-se encará-lo como uma fatalidade, deixando os trabalhadores a mercê da sorte.

As hipóteses de soluções que os grupos trouxeram aos problemas identificados, como realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho e ações educativas, contribuirão com a promoção à saúde dos trabalhadores e prevenção de agravos, desde que seja realizada conforme preconiza as legislações do SUS, através de ações intra e intersetoriais, onde cada um dos atores conheça e realize o seu papel, de crucial importância neste processo.

Importante lembrar a importância do método utilizado para o alcance das informações apresentadas, no que se refere ao foco da pesquisa – A Saúde dos Trabalhadores do Território da Região Sul de Palmas – Tocantins. O mesmo confirmou a importância da análise territorial como uma poderosa ferramenta a ser utilizada no planejamento e execução das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Nesse contexto, verifica-se que o momento é de redefinição do papel do CEREST nesta rede, onde se deve valorizar o planejamento de ações a partir do território da atenção básica à saúde, porta de entrada do SUS e espaço de implementação da PNSST. Para tanto, faz-se necessário que o CEREST invista seus esforços no apoio matricial e educação permanente com o objetivo de instrumentalizar e sensibilizar as equipes. O contexto viabilizará a inserção destas equipes nas ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores, principalmente aquelas relacionadas à promoção, prevenção e vigilância, que deverá ocorrer através de participações intra e intersetoriais, nos territórios adscritos.

Além disso, é importante que os gestores públicos propiciem as condições necessárias para a melhoria da organização dos ambientes e processos de trabalho dos trabalhadores do SUS, a fim de que estes cumpram seu papel de cuidadores da saúde da população, uma vez que as questões relativas à estruturação dos serviços e organização dos ambientes e processos de trabalho exercem influência direta na qualidade destas ações e devem ser observadas a fim de não comprometerem a efetividade de todo o sistema.

Este fato deve ser discutido e avaliado pelos gestores das três esferas de governo em busca de soluções aos conflitos apresentados, visto que muitas das questões apresentadas fogem da esfera de resolução do servidor. Ressalta-se a necessidade de urgência nestas tomadas de decisões, pois, enquanto o assunto está sendo sugerido para debate, a realidade apresentada nos resultados desta pesquisa revela que os trabalhadores deste território estão se acidentando, adoecendo e morrendo em decorrência das condições precárias de trabalho, muitos sem nenhum mecanismo de proteção trabalhista.

O intuito desta pesquisa foi à caracterização do território pesquisado, de uma maneira ampla, sem a intenção de aprofundamento em algum dos tópicos mencionados, o que necessitará de novas pesquisas para melhor detalhamento de cada situação apresentada. Além disso, faz-se necessário também pesquisar a situação da saúde dos trabalhadores nos demais territórios da cidade, a fim de contribuir com o planejamento de ações a estas questões, que realmente venha de encontro à necessidade da população.

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

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ GOMEZ, Carlos Minayo. Campo da Saúde do Trabalhador: Trajetória, Configuração e Transformações. In: GOMEZ, C. M. et al (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro, **Editora FIOCRUZ**, 2011. 540 p., il. tab.
- ² BRASIL. Constituição 1998. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- ³ BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990, seção 1. Disponível em: [HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 16 jan. 2013.
- ⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 20 de setembro de 2002, seção 1.
- ⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 09 de dezembro de 2005, seção 1.
- ⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 12 de novembro de 2009, seção 1.
- ⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.956, de 14 de agosto de 2007. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, de 14 de agosto de 2007, seção 1.

-
- ⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, de 24 de agosto de 2012, seção 1.
- ⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 23 de dezembro de 2009, seção 1.
- ¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 135, de 23 de abril de 2004. Habilita Centros de Referência em Saúde do Trabalhador para realizar os procedimentos previstos na Portaria GM/MS nº 1.679, de 20 de setembro de 2002. **Diário Oficial da União**, de 26 de abril de 2004, seção 1.
- ¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, de 28 de abril de 2004, seção 1.
- ¹² BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, de 26 de janeiro de 2011, seção 1.
- ¹³ TOCANTINS. Palmas. Portaria nº 507, de 04 de julho de 2008. Institui e estrutura a Rede Sentinela de notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador no município de Palmas e dá outras providências. **Publicado em Placar Art. 92 da Lei Orgânica de Palmas** em 04 jul. 2008.
- ¹⁴ SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde** (Online), Nov. 2010, v. 8 (3): pag. 387-406 [acesso em 10 de setembro de 2012] Disponível em

-
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981. Acesso em: 15 fev. 2013.
- ¹⁵ SANTOS, Milton. *Metamorfoses do Espaço Habitado*. São Paulo: **Hucitec**, v. 4, 1988.
- ¹⁶ SANTOS, Milton. 1998. "O retorno do território". In: **OSAL**: Observatório Social de América Latina. Ano 6 no. 16 (jun. 2005). Buenos Aires: CLACSO, 2005 – ISSN 1515-3282. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>. Acesso em 14 fev. 2013.
- ¹⁷ MONKEN, Mauricio et al. Saúde, Trabalho, Ambiente e Território: contribuições teóricas e propostas de operacionalização. In: GOMEZ, C. M. et al (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro, **Editora FIOCRUZ**, 2011. 540 p., il. tab.
- ¹⁸ Rigotto RM, Augusto LGS. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007. [acessado em 10 de setembro de 2012]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102
- ¹⁹ RIGOTTO, Raquel Maria; Augusto, Lia Giraldo da Silva. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007. [acessado em 10 de setembro de 2012]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102. Acesso em: 19 jan. 2013.
- ²⁰ FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, Território e Saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *Ra'eGa-O, Espaço Geográfico em Análise*, v. 17, p. 31-41, 2009. **Editora UFPR**, Curitiba.
- ²¹ MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Organização Panamericana da Saúde*. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde, 1993. v. 10, p. 7-19, Brasília, OPS.
- ²² BARCELLOS, Christovam de Castro et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Inf.**

-
- Epidemiol. Sus** (online). 2002 vol.11, n.3, pp. 129-138. ISSN0104-1673. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a03.pdf>. Acesso em 20 fev. 2013.
- ²³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra, 1948. Disponível em: www.who.int/es/index.html. Acesso em 20 fev. 2013.
- ²⁴ MONKEN, Mauricio; BARCELLOS, Christovam de Castro. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: Angélica Ferreira Fonseca; Ana Maria D Andrea Corbo. (Org.). O Território e o processo saúde-doença. 1ª ed. Rio de Janeiro: **EPSJV/Fiocruz**, 2007, v. 1, p. 177-224.
- ²⁵ RIBEIRO, Patrícia Tavares. Direito à saúde: integralidade, diversidade e territorialidade. **Cien Saude Colet** 2007; 12 (6):15251532.
- ²⁶ ODDONE, Ivar; GASTONE, Marri et al. Ambiente de Trabalho: A luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: **Hucitec**, 1986.
- ²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1, p.43-51.
- ²⁸ GONDIM Grácia Maria de Miranda et al. O Território da Saúde: A Organização do Sistema de Saúde e a Territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al (Org). Território, Ambiente e Saúde. **Editora FIOCRUZ**, p. 237-255, Rio de Janeiro, 2008.
- ²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, de 29 de março de 2006.
- ³⁰ PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O Território no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, **Hygeia**, v. 2, n. 2, jun.2006. Uberlândia - MG.

-
- ³¹ DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, T. L. S.; ALMEIDA, M. H. C. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Saúde Colet**, v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012, Rio de Janeiro – RJ. [acessado em 10 de setembro de 2012]. Disponível em http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/maestria_2012/Art%C3%ADculo%204.pdf. Acesso em: 16 mar. 2013.
- ³² DIAS, Elizabeth Costa et al. Desenvolvimento de Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). In: Gomez CM, Machado JMH e Pena, PGL (Org). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro, **Editora FIOCRUZ, 2011**.
- ³³ PESSOA, Vanira Matos et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.
- ³⁴ GOLDSTEIN, A. R. et al. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 45-56, 2013.
- ³⁵ CHAVES, Fábio Barbosa. A Formação Urbana do Município de Palmas (1989-2012) e o Direito de Moradia. **Dissertação de Mestrado**. Palmas, 2012, 148f.: II.
- ³⁶ VIDAL, E. SOUZA, C. A Construção de Palmas nos Discursos de Políticos e Urbanistas. **Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado**. Brasília; DAN/UNB 1992.
- ³⁷ CARVALHÊDO, Wlisses dos Santos; LIRA, Elizeu Ribeiro. A Cidade Planejada e a Segregação Sócio-espacial Urbana: O Estudo de Palmas - TO, Brasil. **NURBA/UFT/CPN, 2005**. Disponível em: http://egal2009.easyplanners.info/area05/5106_CARVALHEDO_Wlisses_dos_Santos.pdf. Acesso em: 16 mar. 2013.
- ³⁸ LOPES, A. C; BARBOSA, F. M. Palmas: formação e desafios de uma cidade nascente. Rio de Janeiro. **IBAM/Prefeitura de Palmas, 1996**.
- ³⁹ BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional Censo 2010**. Disponível em www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php. Acesso em 20 jan. 2013.

-
- ⁴⁰ KRAN, Faída; FERREIRA, Frederico Poley Martins. Qualidade de Vida na Cidade de Palmas–TO: Uma Análise Através de Indicadores Habitacionais e Ambientais Urbanos. **Ambiente & Sociedade**, v. 9 n.º. 2 jul./dez.2006. Disponível em www.scielo.br/pdf/asoc/v9n2a07.pdf. Acesso em 15 jan. 2013.
- ⁴¹ DE BRITO, Eliseu Pereira. Planejamento, Especulação Imobiliária e Ocupação Fragmentada em Palmas. **Caminhos de Geografia**, revista on line, vol. 11, n. 34, 2010. Disponível em [HTTP://www.ig.ufu/revista/caminhos.html](http://www.ig.ufu/revista/caminhos.html). Acesso em 12 jan. 2013.
- ⁴² TOCANTINS. Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretoria de Atenção Básica**. Nov. 2012.
- ⁴³ GOMES, Edinalva Maria. Análise do Processo de Desenvolvimento das Ações de Saúde do Trabalhador na Rede de Atenção Primária à Saúde no Tocantins. **Dissertação de Mestrado**. Palmas, 2012, 95f.: Il.
- ⁴⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. A Educação Permanente entra na roda. Pólos de Educação Permanente em Saúde, Conceitos e Caminhos a Percorrer. **Educar SUS, Ministério da Saúde – Brasil**. Brasília – DF 2005.
- ⁴⁵ BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: Um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: BRANDÃO, C. R. STRECK, D. R. (Org). Pesquisa Participante: O Saber da Partilha. 2ª Ed. Aparecida, SP, **Ideias e Letras**, 2006.
- ⁴⁶ CENDALES, Lola et al. A semente tem sua própria dinâmica: sobre as origens e os rumos da investigación-acción participante (IAP): Entrevista com Orlando Fals Borda. In: BRANDÃO, C. R. STRECK, D. R. (Org). Pesquisa Participante: O Saber da Partilha. 2ª Ed. Aparecida, SP, **Ideias e Letras**, 2006.
- ⁴⁷ SOBOTTKA, Edla Eggert; STRECK, Danilo R. A pesquisa como mediação político-pedagógica: Reflexões a partir do orçamento participativo. In: BRANDÃO, C. R. STRECK, D. R. (Org). Pesquisa Participante: O Saber da Partilha. 2ª Ed. Aparecida, SP, **Ideias e Letras**, 2006.
- ⁴⁸ GONSALVES, Elisa Pereira. Pesquisar, participar: sensibilidades pós-modernas. In: BRANDÃO, C. R. STRECK, D. R. (Org). Pesquisa Participante: O Saber da Partilha. 2ª Ed. Aparecida, SP, **Ideias e Letras**, 2006.

-
- ⁴⁹ GABARRÓN, Luis R; LANDA, Libertad Hernandez. O que é a pesquisa participante?
In: BRANDÃO, C. R. STRECK, D. R. (Org). Pesquisa Participante: O Saber da Partilha. 2ª Ed. Aparecida, SP, **Ideias e Letras**, 2006.
- ⁵⁰ SILVA, Maria Ozanira da Silva. Reconstruindo um processo participativo na produção do conhecimento: Uma concepção e uma prática. In: BRANDÃO, C. R. STRECK, D. R. (Org). Pesquisa Participante: O Saber da Partilha. 2ª Ed. Aparecida, SP, **Ideias e Letras**, 2006.
- ⁵¹ FREIRE, Paulo; MELLADO, Jorge. Pedagogia do oprimido. 18ª Ed. Rio de Janeiro: **Paz e Terra**; 1998.
- ⁵² FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: **Paz e Terra**, 1996. Coleção leitura, p. 5, 2001.
- ⁵³ CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.
- ⁵⁴ BORDENAVE, Juan E. Diaz; PEREIRA, Adair Martins. Organizadores. O que é ensinar. In: Estratégias de ensino- aprendizagem. Petrópolis: **Vozes**; 2000. P. 39-57.
- ⁵⁵ BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.
- ⁵⁶ HENGEMÜHLE, Adelar. Gestão de ensino e práticas pedagógicas. **Vozes**, 2004.
- ⁵⁷ BATISTA, Nildo et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 231-7, 2005.
- ⁵⁸ HURTADO, Carlos Nuñez. Uma consulta cidadã participativa: O caso do estado de Michoacán, México. In: BRANDÃO, C. R. STRECK, D. R. (Org). Pesquisa Participante: O Saber da Partilha. 2ª Ed. Aparecida, SP, **Ideias e Letras**, 2006.
- ⁵⁹ OMISTE, A. et al. Formação de grupos populares: uma proposta educativa. In: CANDAU, V. M. ; SACAVINO, Susana (Org). Educar em direitos humanos: construir democracia. Rio de Janeiro: **DP&A**; 2000.
- ⁶⁰ DE SOUZA MINAYO, María C. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. Ed. – São Paulo: **Hucitec**, 2010.

-
- ⁶¹ PALMAS - TO. Prefeitura Municipal de Palmas. Fundação Cultural de Palmas. **Gerência de Patrimônio Cultural**. Palmas, set. 2013.
- ⁶² PENA, Paulo Gilvane Lopes; MINAYO-GOMES, Carlos. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviço. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 2, Junho 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200013&Ing=en&nrm=iso. Acesso em 5 de março se 2014.
- ⁶³ SANEATINS. Companhia de Saneamento do Tocantins. Palmas, set. 2013.
- ⁶⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acessado em Agosto de 2013.
- ⁶⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. **Agravos de Notificação Compulsória em Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde. CEREST Regional de Palmas. Acesso em Setembro de 2013.
- ⁶⁶ PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. Pronto Atendimento Sul. Palmas, 2014.
- ⁶⁷ BINDER, Maria Cecília Pereira et al. Condições de trabalho em oficinas de reparação de veículos automotores de Botucatu (São Paulo): nota prévia. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 2, p. 63-75, 2001.
- ⁶⁸ CABRAL, Karmem Mirella Hanorata. Incidência de Exposição Toxicológica em Oficinas Mecânicas de Imperatriz–MA. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 4, n. 2, 2007.
- ⁶⁹ DE AMORIM, Ronni Geraldo Gomes et al. Análise do Ruído em Oficinas Mecânicas de Luziânia - Goiás. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 1, n. 1, p. 50-57, 2012.
- ⁷⁰ BUSSOLO, Gislaíne Lara. Comparativo de sistemas de lavagem de veículos a seco e a úmido no âmbito da saúde, segurança do trabalhador e meio ambiente. 2013. 51f. **Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)** – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: [HTTP://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/1343](http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/1343). Acesso em: 02 fev. 2014.

-
- ⁷¹ CUNICO, Mirian Machado; DE LIMA, Cristina Peitz. Os cosméticos e os riscos da vaidade precoce. Agosto de 2012. Disponível em: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Cosm%C3%A9ticos-e-Os-Riscos-Da-Vaidade/316756.html>. Acesso em: 03 fev. 2014.
- ⁷² DA SILVA FONSECA, Estela et al. Análise Ergonômica do Trabalho em um salão de beleza no município de Viçosa–MG. **VI Workshop de Análise Ergonômica do Trabalho. III Encontro Mineiro de Estudos em Ergonomia. VIII Simpósio do Programa Tutorial em Economia Doméstica**. 18 de julho de 2013. Viçosa – MG.
- ⁷³ GARBACCIO, Juliana Ladeira; OLIVEIRA, Adriana Cristina de. O risco oculto no segmento de estética e beleza: uma avaliação do conhecimento dos profissionais e das práticas de biossegurança nos salões de beleza. **Texto & contexto enferm**, v. 22, n. 4, p. 989-998, 2013.
- ⁷⁴ MARTINS, Alessandra. MUDANÇA TEMPORÁRIA DE LIMIAR: Um estudo em cabelereiros. Mon. Esp. Audio. Clín. **CEFAC**, 2001. Disponível em: www.cefac.br/library/teses/8a78c1d0fbd8fcd60d1554fe22dd0142.pdf. Acesso em: 04 fev. 2014.
- ⁷⁵ IRIART, Jorge Alberto Bernstein et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 1, p. 165-174, 2008.
- ⁷⁶ SANCHES, Solange. Trabalho doméstico: desafios para o trabalho decente. **Estudos feministas**, v. 17, n. 3, p. 879-888, 2009.
- ⁷⁷ PASSOS, Afonso Dinis Costa; FIGUEIREDO, JF de C. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 2, p. 95-101, 2004.
- ⁷⁸ BALDIN, Alisson et al. O grau de conhecimento dos direitos trabalhistas dos trabalhadores do comércio de Elói Mendes. **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**, v. 1, n. 9, 2013.
- ⁷⁹ JUNIOR, França; BARRETO, Luzimar. A precarização do trabalho comerciário revelados pelo judiciário trabalhista e na atuação sindical. **Revista Pegada**, v. 11, n. 1, 2012.

-
- ⁸⁰ MARTINS, Yago Beserra Marinho; SOUZA, Diego de Oliveira. A precarização do trabalho dos serralheiros: reflexões acerca de sua condição de saúde sob a óptica marxiana. In: **Proceedings of the 2nd Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca**, 8., 2012, Franca. Proceedings online... Unesp Franca, Available from: Http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112012000100015&Ing=en&nrm=abn. Acesso em: 05 fev. 2014.
- ⁸¹ RODRIGUES, L. B. et al. Verificação de fundamentos da saúde e segurança no trabalho em marcenarias e serralherias. **Scientia Plena**, v. 8, n. 1, 2012. Disponível em: www.scientiaplena.org.br/ojs/index.php/sp/article/viewFile/451/424. Acesso em: 05 de fevereiro de 2014.
- ⁸² DOS ANJOS, Roberto Meigikos; DO AMARAL, Norma Conceição; LIMA, Leila Cristina Alves. Características da exposição ocupacional a poeiras em marmorarias da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 116, p. 11-23, 2007.
- ⁸³ HARGER, M. R. H. C.; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Efeitos auditivos decorrentes da exposição ocupacional ao ruído em trabalhadores de marmorarias no Distrito Federal. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 4, p. 396-9, 2004.
- ⁸⁴ ABDALA, Roger Valentim et al. Análise ergonômica do trabalho de marmoristas: um estudo de caso em uma marmoraria de Joinville-SC. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 12, n. 15, p. 33-58, 2008.
- ⁸⁵ MORAES, Ana Beatryce Tedesco. Vamos fazer poeira! Fontes e expressões da pressão no trabalho do setor de rochas ornamentais no Espírito Santo. **RBSO**, v. 35, n. 122, p. 192-200, 2010.
- ⁸⁶ DE OLIVEIRA, Roberval Passos; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Representações do trabalho entre trabalhadores informais da construção civil. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 3, p. 437-445, 2008.
- ⁸⁷ PRAIA, Darllene Tinoco et al. Risco Ergonômico em Costureiras da Indústria de Confecções de Coari-AM. **Revista Pesquisa em Fisioterapia (RPF)**, v. 3, n. 2, 2013.

-
- ⁸⁸ MENDES, René; CAMPOS, Ana Cristina Castro. Saúde e segurança no trabalho informal: desafios e oportunidades para a indústria brasileira. **Rev Bras Med Trab**, v. 2, n. 3, p. 209-223, 2004.
- ⁸⁹ ANTUNES, Ricardo. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? **Serv. soc. soc**, n. 107, p. 405-419, 2011.
- ⁹⁰ LIMA, Abraão Cavalcante. Os determinantes da migração em Palmas (TO). **Tese de Doutorado**. Brasília, 2013, 89f, il: 30 cm.
- ⁹¹ HIRATA, Helena et al. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. **Caderno CRH**, v. 24, n. 1, p. 15-22, 2011.
- ⁹² CARVALHO, Fernando Martins; BARBALHO, LEONARDO. Docência e exaustão emocional. **Educ. Soc**, v. 27, n. 94, p. 229-253, 2006.
- ⁹³ GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p. 189-199, 2005.
- ⁹⁴ SILVA, Maria Emília Pereira da. Burnout: por que sofrem os professores?. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 89-98, 2006.
- ⁹⁵ MENDES, Maria Luiza M. Condições de trabalho e saúde docente. Universidade Federal de Pernambuco. **VI Seminário da Redestrado–Regulação Educacional e Trabalho Docente**. UERJ, 06 e 07 nov. 2006. Rio de Janeiro - RJ.
- ⁹⁶ WAI, Mey Fan Porfírio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009.
- ⁹⁷ SILVA, Thais Lacerda e; DIAS, Elizabeth Costa; RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 15, n. 38, Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de janeiro de 2014.

-
- ⁹⁸ DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 206-14, 2009.
- ⁹⁹ SILVEIRA, Marília Rezende da; SENA, Roseni Rosângela de; OLIVEIRA, Suelen Rosa de. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 196-201, 2011.
- ¹⁰⁰ VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de janeiro de 2014.
- ¹⁰¹ KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. **Ciênc saude coletiva**, v. 15, n. s1, 2010.
- ¹⁰² VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia et al. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 35 (122): 289-302, 2010.
- ¹⁰³ DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; DE ASSIS, Simone Gonçalves; DE OLIVEIRA, Raquel Vasconcellos Carvalhaes. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2199-2209, 2011.
- ¹⁰⁴ COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface Comun Saúde Educ** [serial on the internet]. 2010 June [cited 2012 Nov 29]; 14 (33): 257-70.
- ¹⁰⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Disponível em: www.renastonline.org/recursos/diretrizes-implantacao-vigilancia-saude-trabalhador-sus. Acesso em: 12 de fevereiro de 2014.

-
- ¹⁰⁶ DIAS, Elizabeth Costa, SILVA, Thais Lacerda. Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na Atenção Primária. In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. (Org). Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte, **Coopmed**, 2013, 404 p.
- ¹⁰⁷ FEDERAL, Governo. Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – Brasília, DF. **Senado**, v. 8, 1990.
- ¹⁰⁸ OLIVEIRA, Indira Caldas Cunha de; FRANCISCHINI, Rosângela. Direito de brincar: as (im) possibilidades no contexto de trabalho infantil produtivo. **PsicoUSF**, v. 14, n. 1, p. 59-70, 2009.
- ¹⁰⁹ DOS SANTOS NOGUEIRA, Carmen Siqueira Ribeiro. Trabalho infantil e famílias em regiões metropolitanas brasileiras. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 21, n. 1, p. 157-160, 2013.
- ¹¹⁰ FEITOSA, Izabel Christina do N.; DIMENSTEIN, Magda. Trabalho infantil e ideologia nas falas de mães de crianças trabalhadoras. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 0-0, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180842812004000300005&script=sci_arttext. Acesso em: 10 fev. 2014.
- ¹¹¹ LOURENCO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Iris Fenner. Invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho: desafios para a reabilitação profissional. **Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca**, 7., 2010. Unesp Franca. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000112010000100020&lng=en&nrm=abn>>. Acesso em: 11 fev. 2014.
- ¹¹² OLIVAR, Mônica Simone Pereira. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 101, 2010.
- ¹¹³ SOUZA, Gisélia Santana; COSTA, Ediná Alves. Considerações teóricas e conceituais a cerca do trabalho em Vigilância Sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3329-3340, 2010.

-
- ¹¹⁴ DEBA, T. E. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3307-3317, 2010.
- ¹¹⁵ VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. As Relações Saúde-Trabalho-Direito e a Justiça Injusta. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. de (Org). Saúde, Trabalho e Direito: Uma trajetória Crítica e a Crítica de uma Trajetória. Rio de Janeiro, **Educam**, 2011, 600p.
- ¹¹⁶ DE SOUZA, Kátia Reis; ATHAYDE, Milton; LACOMBLEZ, Marianne. Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup**, v. 38, n. 128, p. 280-291, 2013.
- ¹¹⁷ VIEIRA, Meire Cristina Fonseca et al. Contribuição da Atenção Primária à Saúde para a saúde do trabalhador no domicílio. In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. (Org). Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte, **Coopmed**, 2013, 404 p.
- ¹¹⁸ VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; RIBEIRO, Fátima Sueli Neto. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. de (Org). Saúde, Trabalho e Direito: Uma trajetória Crítica e a Crítica de uma Trajetória. Rio de Janeiro, **Educam**, 2011, 600p.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

aceito livremente participar do estudo “Saúde do Trabalhador e Territorialização: Análise da Região Sul do Município de Palmas – TO”, conduzido pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST Regional de Palmas e Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Ensp/Fiocruz, sob a coordenação dos pesquisadores Ana Maria C. B. Braga (*e-mail: anabraga@ensp.fiocruz.br*) e Betânia Moreira Cangussu Fonseca (*e-mail: betaniacangussu@gmail.com*) nos endereços: *CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, Av Leopoldo Bulhões, 1480 - Mangueiras - CEP 21041-210 - Rio de Janeiro, Tel. 21 2598-2824 e Edifício Durval Silva, QD. 103 sul, Rua SO-07, Lt. 03, Centro – CEP 77015-030 – Palmas – TO, Tel. 63 3218-5604*, que poderão ser contatadas a qualquer momento da pesquisa.

- **Propósito do Estudo:** O estudo tem por objetivo compreender o processo saúde-trabalho-doença na dinâmica viva do território da região sul do município de Palmas – TO, contribuindo com a estruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador.
- **Justificativa do Estudo:** O estudo fornece uma visão geral dos processos de produção, riscos e agravos à saúde dos trabalhadores e relação saúde-trabalho-doença, existente no território em estudo. Baseando-se nos dados e nos conhecimentos gerados, será possível a elaboração coletiva de um adequado planejamento às futuras ações de intervenção em Saúde do Trabalhador, no propósito de oferecer uma melhoria de qualidade de vida à população trabalhadora.
- **Participação:** Uma vez aceita a minha participação, farei parte de um grupo de estudo do território, que construirá através de oficina problematizadora, o contexto da saúde dos trabalhadores no território abordado. Frente a essas descobertas, colaborarei com o grupo nas propostas de soluções aos problemas identificados.

- **Benefícios:** As informações obtidas com esse estudo servirão de parâmetro ao planejamento das futuras ações na área de saúde do trabalhador, proporcionando a população em geral, melhoria na qualidade de vida e saúde.
- **Privacidade:** Não haverá nesta pesquisa informações individuais sobre a minha pessoa. Todas as informações coletadas dizem respeito ao território em análise e minha colaboração será na construção coletiva dessas informações. Ainda assim, minha participação não será publicizada sem a minha permissão. Os dados científicos e as informações resultantes do presente estudo poderão ser apresentados em congressos e publicados em revistas, desde que não apresente minha identificação.

Confirmo que a minha participação no presente estudo é voluntária e tenho ciência que a minha não participação, ou desistência, não acarretará qualquer problema com relação ao CEREST, ao CESTEh, ENSP, FIOCRUZ, ou qualquer outra instituição envolvida.

Assinatura do participante

Assinatura da testemunha

Pesquisador

DATA: ____ / ____ / ____

Código de identificação: _____



Prefeitura de **PALMAS**

Prefeitura Municipal de Palmas

Secretaria de Saúde

Edifício Dona Yayá, QD. 103 Sul, Rua SO-07, Lt. 05, Centro – CEP 77.015-030

Telefone: (63) 3218-5440 E-mail: educacaosaude@gmail.com

**RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE
PROJETO E PESQUISA**

Nº 07 – 03/2013

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública

PESQUISADOR: Betânia Moreira Cangussu Fonseca

TÍTULO DO TRABALHO: Panorama da Saúde do Trabalhador em Territórios do
Município de Palmas-To.

PARECER

Após reunião da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa e de acordo com a resolução 196/96 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e que, determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, concluiu-se que a referida pesquisa atende às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, estando sua execução liberada.

SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO

Palmas, 21 de março de 2013


Michelle Queiroz Barreto

Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

Comissão de Avaliação
de Projetos e Pesquisas



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PANORAMA DA SAÚDE DO TRABALHADOR EM TERRITÓRIO DO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO

Pesquisador: BETÂNIA MOREIRA CANGUSSU

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15275013.9.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 326.687

Data da Relatoria: 28/06/2013

Apresentação do Projeto:

Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, orientado por Ana Maria Cheble Bahia Braga, integrante da equipe de pesquisa. O projeto foi qualificado em 09/04/2013, a pesquisa será financiada pela aluna com orçamento de R\$ 500,00. O cronograma não está atualizado.

Resumo:

A escolha do tema de pesquisa baseia-se na preocupação com a efetiva implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no SUS, percebendo que, apesar de todos os esforços da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador -RENAST e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST Estaduais e Regionais neste sentido, e de vários avanços alcançados desde a Constituição Federal de 1988, ainda hoje são muitos os desafios a serem superados. Nesse sentido, esta pesquisa pretende contribuir com a identificação dos processos produtivos existentes no território da região Sul do município de Palmas- Tocantins, as conseqüências destes na qualidade da saúde dos trabalhadores envolvidos, verificando se o contexto em questão tem influenciado nos planejamentos e ações das equipes do SUS, a fim de compreender neste, o processo saúde-trabalho-doença. Tal pretensão surge

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 328.687

considerando que a proposta de territorialização é um mecanismo poderoso no planejamento das ações de promoção e de atenção integral à saúde, uma vez que os projetos nascem das necessidades identificadas pelo território estudado, com a participação da comunidade.

O universo escolhido será a região sul do município de Palmas - Tocantins. O critério de escolha baseou-se no número de moradores deste território (40% da população da cidade), com maior vulnerabilidade sócio-ambiental: precariedade de indicadores, de moradia (sem acesso a pavimentação asfáltica, água encanada e rede de esgoto).

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter participante, que será constituído por três fases. A Fase I contemplará a realização de um diagnóstico situacional através da busca de dados secundários. Para a Fase II pretende-se realizar uma oficina, com a participação de um grupo intersetorial de estudo do território, onde serão utilizadas as categorias território e planejamento participativo. A Fase III consistirá na identificação das categorias de análise do discurso, dando destaque aos problemas relatados e as propostas de soluções.

Critério de Inclusão:

Os participantes da oficina não serão selecionados de forma probabilística nem segundo critérios de representatividade estatística. As unidades de amostra serão definidas por representatividade geográfica e por participantes que possibilitem o conhecimento e interpretação do objeto de estudo, em seus diversos olhares e níveis de complexidade. Para tanto serão convidados gestores da saúde (representantes da diretoria de Vigilância em Saúde, gerência da Vigilância em Saúde Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e CEREST, diretoria de Atenção a Saúde, trabalhadores da saúde em especial da Estratégia Saúde da Família da região em estudo), controle social do território em análise (Sindicatos, lideranças e moradores locais, etc.) e representantes das secretarias municipais de Educação e Meio Ambiente. A intenção é que na realização da oficina ocorra a participação de um grupo intersetorial de estudo do território. O tamanho da amostra será de 20 indivíduos. Será esclarecido que as vagas estarão abertas aqueles que encaixem nos requisitos propostos, conforme detalhado acima, e estas devem ser preenchidas de maneira voluntária, pelos representantes que, após conhecerem a pesquisa, desejarem participar. Caso ocorram candidatos acima do número de vagas disponíveis, a decisão final dos participantes deve ocorrer através do critério de maior representatividade de categorias, e caso necessário, de sorteio, dentre aqueles que aceitarem participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critério de Exclusão:

O sujeito não se encaixar nos requisitos propostos na pesquisa.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2963 Fax: (21)2598-2963 E-mail: oep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 328.687

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Compreender o processo saúde-trabalho-doença na dinâmica viva do território da região Sul do município de Palmas - TO, contribuindo com a estruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS.

Específicos:

Discutir a importância da categoria território como instrumento de planejamento das ações de saúde; Analisar os potenciais riscos e impactos à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território em estudo; Contribuir com a elaboração de propostas de planos de ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador frente aos desafios identificados no território.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, os riscos para os sujeitos da pesquisa são mínimos, pois não serão investigadas questões pessoais. Todas as questões coletadas dizem respeito ao território em análise e na pesquisa ocorrerá somente a construção coletiva dessas informações, mediante o conhecimento do grupo, formado por gestores e comunidade. Ainda assim haverá a garantia de sigilo e anonimato. Como benefícios, as informações obtidas com esse estudo servirão de parâmetro ao planejamento das futuras ações na área de saúde do trabalhador, proporcionando a população em geral, melhoria na qualidade de vida, saúde e trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta os elementos necessários para apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: Termo de Autorização para a realização da pesquisa, da Comissão de Avaliação de projetos de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/Tocantins, e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O TCLE precisa ser refeito segundo o roteiro para elaboração apresentado no site do CEP/ENSP.

Recomendações:

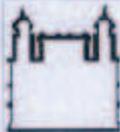
Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Item de pendência:

-Adequar TCLE: Incluir no TCLE as logomarcas da instituição, numerar as páginas.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Têmpo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 328.687

informar que o termo deve ser redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Informar também que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo sujeito e pelo pesquisador responsável.

-Incluir o contato do CEP/ENSP.

-Não há necessidade de campo para assinatura de testemunha e de código de identificação.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Item de pendência:

Adequar Cronograma: Atualizar o cronograma.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Item de pendência: Esclarecer se haverá participação da CIST local.

Resposta da pendência 3: Não. Haverá a participação de sindicatos, lideranças e moradores locais. A CIST local não irá participar da pesquisa devido ao fato desta não estar em funcionamento, a mesma encontra-se desarticulada.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao finalizar a pesquisa apresentar relatório ao CEP/ENSP (incluir como *notificação). Modelo disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica

RIO DE JANEIRO, 08 de Julho de 2013

Assinador por:
Ângela Fernandes Esher Moritz
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: osp@ensp.fiocruz.br

Página 04 de 04