

SUZANA CARDOSO CARVALHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA
ATENÇÃO BÁSICA: ESTUDO A PARTIR DE UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOÃO PESSOA

2010

SUZANA CARDOSO CARVALHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA
ATENÇÃO BÁSICA: ESTUDO A PARTIR DE UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, em
cumprimento dos requisitos necessários para a
obtenção do Grau de Bacharel em Fisioterapia
sob a orientação da professora Ms Alessandra
Ferreira Tomaz e co-orientação do professor
Ms Dailton Alencar Lucas de Lacerda.

JOÃO PESSOA

2010

SUZANA CARDOSO CARVALHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA
ATENÇÃO BÁSICA: ESTUDO A PARTIR DE UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Aprovado em __/ __/ __ .
João Pessoa, PB

BANCA EXAMINADORA

Presidente – Orientadora
Prof^ª. Dtd. Alecsandra Ferreira Tomaz

Prof^ª. Dr. Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres Leite
1º Membro

Prof. Ms. Christiane Kelen Lucena da Costa
2º Membro

C381p Carvalho, Suzana Cardoso.
Perfil epidemiológico em saúde do trabalhador
na atenção básica: Estudo a partir de uma Unidade de Saúde da
Família/ Suzana Cardoso Carvalho. -- João
Pessoa, 2010.
66f.

Monografia (Curso de Graduação em Fisioterapia) –
Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ
1. Saúde do trabalhador. 2. Atenção Básica.
I. Título.

UNIPÊ / BC

CDU616-036.22

Dedico esse estudo primeiramente a Deus, que ao se fazer homem provou a importância da luta e do desejo de construção de uma sociedade mais humana e justa. A minha mãe e minha família, que me geraram e me entregaram a Deus para ser obra nessa sociedade e, por fim, a Comunidade Maria de Nazaré que me dá esperanças e fé na humanidade e na vida.

AGRADECIMENTOS

Aquele que me permitiu e me permite a existência e quem me oportunizou todas as minhas conquistas e vitórias, me guiando sempre pelo caminho da verdade e da felicidade. Obrigada, Senhor meu Deus pai.

À mãe que amo desde o momento que me foi agraciada pelo Criador para ser sua filha; à irmã maravilhosa que tenho e minha avó, Adelaide, as quais sempre foram para mim, exemplos de vida, de coragem, luta e respeito. Acrescento aqui os agradecimentos ao meu falecido e amado avô pelo caráter que tento seguir e ao meu amigo pai pela vida.

À minha família como um todo, sinto-me agradecida por ter sido gerada neste berço. Agradeço especialmente a minha tia Helenita, meus primos Francisco e Júlio, aos meus tios Robson e Elza, e aos demais que sempre me apoiaram e auxiliaram no limite de suas possibilidades.

Às colegas da turma que se tornaram amigas de toda uma vida e as suas famílias: Euda, Renata, Rhayssa, Erlânia, Polliana, Janaína. Agradeço por sempre estarem comigo nos momentos alegres e nos mais difíceis, como os verdadeiros amigos. E ao grupo C que juntos construímos entendimentos e superamos desentendimentos: Janaína e o pequeno Gael, Evellyn, Lucimara, Shirley, Fernanda Maria, Carleane, Kelly, Vanessa, Raissa, Samara Lígia, Ellen e Clizaldo.

Ao grupo PEPAST e PEPASF onde me deixei envolver por pessoas que acreditavam em sentimentos e ideais de luta, honestidade, compromisso social e educação popular, e que permitiram acreditar na construção de um mundo melhor. Agradeço, especialmente, a quem é quase um pai para mim, Dailton Lacerda que me ergueu a mão quando mais precisei e ao CEREST Regional na pessoa de Kléber que me ofereceu todo apoio necessário.

À Comunidade Maria de Nazaré, uma comunidade exemplo de luta e coragem, e àqueles que a compõem, moradores que direta e indiretamente me encharcaram de vontade e de esperança por novos e melhores dias. À equipe de Saúde da Família Maria de Nazaré

especialmente às ACS que merecem a glória deste trabalho: Neide, Hosana, Nerizelda, Michelle e Cacilda.

Aos professores e mestres que me guiaram pelo caminho do conhecimento e particularmente àquelas que na reta final se mostraram mais que doutores do conhecimento, Ms. Aleksandra Tomaz, Ms. Maria Mercês, Dr. Ana Cristina, Ms. Fabiana Veloso e Janayna.

Aos amigos que muito me auxiliaram direta e indiretamente na realização deste estudo. Agradeço a todos na pessoa de Elisângela, Sebastião, Francielle, Nardson, Nil, Yullia, Aedla, Ronaldo, Rodrigo, Alex, Hyalle e Vera.

“Sonha e serás livre de Espírito, luta e serás livre na vida”

Ernesto Che Guevara

RESUMO

CARVALHO, S C. Perfil Epidemiológico em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Estudo a partir de uma Unidade de Saúde da Família. Monografia do Curso de Graduação em Fisioterapia. Centro Universitário de João Pessoa, 2010.1.

O trabalho garante ao homem dignidade, no entanto, o mesmo pode ser fonte de sofrimento e doenças. A relação estabelecida entre trabalho e saúde pode ser positiva levando ao bem estar do trabalhador, mas pode também tornar-se danosa à medida que lesa sua saúde. Atualmente, diversos órgãos governamentais estão se unindo para efetivação das ações em prol da saúde do trabalhador incluindo a elaboração de perfis e relatórios epidemiológicos. Nota-se uma maior preocupação da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde em particular na rede básica e ela que vem sendo evidenciada como eixo norteador para a efetivação das ações de controle e vigilância da saúde dos mesmos. O estudo visa traçar o perfil epidemiológico em trabalhadores-usuários de uma unidade de saúde da família. Este apresenta caráter descritivo e transversal, onde foram utilizados dados da ficha A de uma Unidade de Saúde da Família em João Pessoa- PB. Na análise estatística fez-se uso do software SPSS (versão 13.0) e os testes de Qui quadrado e de coeficiente de contingência de Pearson. A amostra foi constituída por 356 famílias, totalizando dados de 1336 indivíduos. Constatou-se que a maioria da população na área é do sexo feminino 54,7% e jovens-adultos, 69,8%. Quanto aos dados de escolaridade, a taxa de analfabetismo foi alta (11,5%) e esta, estatisticamente, mostrou-se capaz de interferir na condição de ocupação do indivíduo. A taxa de desemprego foi de 6,9% abaixo da média do estado, contudo, observa-se um grande percentual de mulheres “inativas” de 22,4%. Em relação à saúde dos trabalhadores, a doença mais prevalente foi hipertensão arterial seguida das doenças associadas, diabetes unida à hipertensão arterial. O estudo identificou altas taxas de analfabetismo e desemprego, baixa atividade econômica e prevalência de patologias entre os indivíduos ocupados. A partir da correlação dos dados, evidenciou-se que a condição de saúde é capaz de interferir na posição do trabalhador em ocupado ou não ocupado no mercado trabalhista, observada predominância da faixa etária de jovens-adultos. Sugerem-se outros estudos avaliando variáveis não abordadas a fim de ampliar o conhecimento sobre essa classe. Os dados evidenciam necessidade de políticas e programas públicos e foco ao instrumento de vigilância para a partir destas ações agir prioritariamente e obter melhores condições de trabalho e saúde.

PALAVRAS-CHAVES: *Saúde do Trabalhador, Atenção Básica, Epidemiologia.*

ABSTRACT

CARVALHO, S C. **Epidemiologic Profile of Occupational Health in Primary Care: Study from a Family Health Unit.** Monograph of the Undergraduate Program in Physical Therapy. UNIPE, 2010.1.

The work provides dignity to man, however, it can be a source of suffering and disease. The relationship established between work and health can be positive leading to the well being of the worker, but can become harmful to the extent that damages your health. Currently, several government agencies are teaming up to accomplish the actions in favor of workers' health including the development of epidemiological reports and profiles. The workers' health in the Unified Health System including prioritizing the core network has been identified as a guideline for the realization of control and health monitoring of them. This study aims to outline an epidemiological profile in workers-users of primary care. This presents a descriptive cross-sectional data were used where the sheet A of a Family Health Unit in Joao Pessoa. Statistical analysis was done using SPSS software (version 13.0) and the chi square and Pearson's correlation. The sample consisted of 356 families totaling 1336 individuals data. It was found that the majority of the population in the area is 54.7% female and young-adult, 69.8%. As for the data of education, the illiteracy rate was high (11.5%) and a statistically proved capable of interfering with the employment condition of the individual. The unemployment rate was 6.9% below the state average, however, there are a large percentage of women "inactive" 22.4%. On the health of workers, the most prevalent disease was hypertension followed by diseases, diabetes coupled with hypertension. The study identified high rates of illiteracy, unemployment, low economic activity and the prevalence of diseases including among busy. From the correlation of the data showed that the health condition interferes with the position occupied or not occupied in the labor market, observed prevalence of young-adult age group. It is suggested further studies to evaluate variables not addressed in order to expand knowledge about this class. This study highlights the need for public politics aiming to effect the surveillance action and obtain better working conditions and health.

KEY WORDS: *Occupation Health, Primary care, Epidemiology.*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOMAN	Associação Comunitária Maria de Nazaré
ALC	Alcoolismo
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Câncer
CAIS	Centro de Atenção Integrada a Saúde
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEBES	Centro de Brasileiro de Estudos em Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CHA	Doença de Chagas
CLT	Consolidação das leis trabalhistas
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários da Saúde.
DEF	Deficiência
DIA	Diabetes
DME	Distúrbio mental
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
EPI	Epilepsia
ESF	Equipe de Saúde da família
GES	Gestação
HAN	Hanseníase
HA	Hipertensão arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e dados básicos para a saúde
IR	Insuficiência renal
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LER	Lesão por esforço repetitivo
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEA	População economicamente ativa
PEPASF	Projeto de Educação Popular na Saúde da Família
PEPAST	Projeto de Educação Popular a Atenção a Saúde do Trabalhador

PETI	Projeto de Erradicação do Trabalho Infantil
PIEA	População em Idade Economicamente Ativa
PNSST	Política Nacional Brasileira de Segurança e Saúde do Trabalhador
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SESSP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos Notificáveis
TB	Tuberculose
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	14
LISTA DE FIGURAS	15
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 O MUNDO DO TRABALHO.....	19
2.2 A RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO.....	20
2.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR: SUA DEFINIÇÃO E TRAJETÓRIA	22
2.3.1 A Reforma Sanitária e a Saúde do Trabalhador.....	24
2.4 A POLÍTICA DE ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	25
2.5 INDICADORES DA SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	29
2.6 SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA	31
2.7 O MODELO ASSISTENCIAL À SAÚDE DO TRABALHADOR EM JOÃO PESSOA.....	34
2.7.1 A Saúde do Trabalhador Na Atenção Básica: A Experiência da USF Maria de Nazaré	35
2.7.2 A Comunidade ou Favela Maria de Nazaré e o Bairro Funcionários III.....	37
3 METODOLOGIA	38
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	38
3.2 UNIVERSO E AMOSTRA.....	39
3.3 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS.....	39
3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO	41
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
3.6 ÉTICA NA PESQUISA.....	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	43
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS.....	43
4.2 CORRELAÇÕES VARIÁVEIS SOCIAIS E CONDIÇÃO DE SAÚDE.....	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE.....	62
FORMULÁRIO DOS DADOS SOCIOECONOMICOS E DE SAÚDE.....	62
ANEXOS.....	63
FICHA A.....	63
CERTIFICADO DO COMITE DE ÉTICA.....	65
ENCAMINHAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	66

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Relação entre a época de formação dos conjuntos residenciais e favelas.....	34
TABELA 2: Distribuição do número e percentual de famílias de cada microárea dentro da amostra.....	41
TABELA 3: Distribuição do número de usuários entre a população enquadrada como não ocupada.....	45
TABELA 4: Distribuição dos usuários em grupos ocupacionais por determinada faixa etária.....	46
TABELA 5: Distribuição do número dos usuários não ocupados segundo as patologias referidas e ausentes.....	48
TABELA 6: Distribuição do número dos usuários ocupados segundo as patologias e condições referidas e ausentes.....	48
TABELA 7: Distribuição da condição ocupacional segundo as doenças associadas e condições referidas.....	49
TABELA 8: Coeficiente de Contingência.....	50

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS 1: Divisão do Município de João Pessoa em seus Distritos Sanitários em 2006.....	36
FIGURAS 2: Distribuição do número de usuários da USF pela categoria etária.....	42
FIGURAS 3: Distribuição da população ocupada na área de abrangência da USF Maria de Nazaré segundo os grupos ocupacionais.....	44
FIGURAS 4 Distribuição do número de alfabetizados e não alfabetizados em relação à condição ocupacional: ocupado ou não ocupado.....	47

1 INTRODUÇÃO

“... sem seu trabalho, o homem não tem honra. Sem a sua honra, se morre se mata”

Gonzaguinha

O trabalho permite ao homem obter sua identidade e dignidade, no entanto, ao passo que por meio da sua atividade laboral este adquire dignidade através da emancipação financeira e pessoal, pode ser fonte de sofrimento e doenças quando lesa a saúde do trabalhador. Compreende-se assim que existe uma relação entre trabalho e saúde. No Brasil atual, essa relação já é reconhecida e à medida que novas discussões nesta área se dão, consolida-se uma política pública institucional formulada com base nos princípios do Sistema Público Brasileiro, o SUS, tratando dessa questão visando proteger o trabalhador e o empregador (MENDES, 2007a; BRASIL, 2005).

O SUS foi implantado a partir da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 e inclui em sua pauta o campo da saúde do trabalhador como prioridade ao Sistema. A construção deste campo foi resultado da reforma sanitária vivida pelo Brasil na década de 70 e 80 da qual inclusive foi o grande pontapé da LOS e do SUS. É interessante entender que este segmento revela-se como um corpo de articulações interdisciplinares e interinstitucionais direcionadas às necessidades individuais e coletivas dos trabalhadores avaliando um contorno socioeconômico, cultural e das relações saúde, doença e trabalho (GOMEZ; COSTA, 2007).

Contudo, no país apesar do campo de saúde do trabalhador ser reconhecido pela legislação suas ações de vigilância e atenção à saúde precisam ainda ser efetivadas e neste sentido setores devem trabalhar mais articulados. Os setores envolvidos são: as três divisões básicas do SUS: alta complexidade (Hospitais especializados), média complexidade (Centros de Atenção a Saúde) e baixa complexidade (Unidades de Saúde da Família), o Ministério do Trabalho, a Previdência Social e os Centro de Referência, auxiliados inclusive pela esfera acadêmica (BRASIL, 2004; MAEMO; CARMO, 2005).

Ao setor de baixa complexidade do SUS, a Unidade de Saúde da Família coube uma série de ações destinadas a esse contingente populacional tais como notificar agravos à saúde do trabalhador, acompanhar os mesmos envolvendo fundamentalmente atividades de promoção, proteção à saúde e reabilitação como prevê a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e finalmente a Rede Nacional da Saúde do Trabalhador. Esta rede nada mais é do que uma proposta do Ministério da Saúde para garantir ao trabalhador o direito de realizar seu ofício em condições que contribuam para a melhoria de sua qualidade de vida, sem prejuízo

para sua saúde e integridade (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; FAVORETTO; CAMARGO, 2002).

Dados quantitativos sobre a classe laboral do Brasil nos fornecem uma básica visão das condições vividas pela classe, e são estimados por meio de pesquisas tanto do instituto IBGE, quanto do SUS e da Previdência e Seguridade Social. Através dos mesmos, podemos conhecer melhor a divisão de mercado e entender em quais condições está essa população trabalhadora, que em 2001 foi registrado um total acima dos 76 milhões de indivíduos o que representa maioria da população num cenário demográfico brasileiro (IBGE, 2005).

As Unidades de Saúde da Família (USF) possuem desde sua formação um sistema de cadastro com dados demográficos, socioeconômicos e de morbidade da população adstrita a cada unidade. Por intermédio dos Distritos Sanitários e Secretarias de Saúde, esses dados se organizam para constituição de relatórios periódicos. Estes documentos visam garantir a equidade dos repasses financeiros públicos e permitir um melhor acompanhamento dos indicadores locais como taxas de analfabetismo, taxas de desemprego, doenças prevalentes entre outros. Permitem assim a caracterização da comunidade traduzindo suas necessidades (BRASIL, 2000b).

Mendes (2007a), Wunsh (2006), Maemo e Carmo (2005) e Ribeiro (2004) afirmam que vem se construindo cada vez mais relatórios e pesquisas na área de saúde do trabalhador, o que demonstra a crescente preocupação em organizar e sistematizar esse campo, embora os mesmos autores mencionem que muitos tópicos precisem ainda ser adequadamente tratados. A causa para a falha dos sistemas de informação parece ser identificada como a escassez e inconsistência de dados e ausência de maior tratamento dos mesmos. Desta forma, avalia-se que a sociedade é privada ainda de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador descrita em Brasil (2004) ressalta que a elaboração de perfis e relatórios que caracterizem a necessidade da população trabalhadora pode contribuir na construção de bases de dados que facilitem e orientem a elaboração de estratégias de enfrentamento e articulações para o setor.

A partir da percepção adquirida em dois anos de experiência pessoal e acadêmica realizada na atividade de extensão do Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde do Trabalhador (PEPAST) da Universidade Federal da Paraíba a qual se orienta por uma proposta interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial onde há a participação de acadêmicos de diversas instituições e cursos e vários parceiros como os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador - CEREST estadual e regional, ao Distrito Sanitário II e

III respectivamente através da Unidade Saúde da Família (USF) Maria de Nazaré, e da unidade sentinela Centro de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador de Mangabeira. O projeto e seus participantes perceberam e se sensibilizaram pelas dificuldades de atenção ao trabalhador no município, geradas inclusive pela escassez de informação em dados da situação local sobre a saúde do trabalhador. Esta situação é comum e nacionalmente já documentada em Spedo (1998), Tomas *et Al.*(2003); Maemo e Carmo (2005); Gomez e Lacaz (2005), Wunsh (2006).

A realização do estudo naquela localidade se deu pelo fato desta ser uma das parceiras do PEPAST e pela mesma ser considerada uma unidade parceira peculiar, pois, vem sendo indicada como unidade modelo para concretização do processo qualificação da assistência em saúde do trabalhador na atenção básica como forma de descentralizar e multiplicar as ações, uma das propostas do Plano Municipal de Assistência à Saúde de João Pessoa (CEREST, 2009).

O estudo vem apresentar o perfil epidemiológico em saúde do trabalhador da área de abrangência da USF na cidade de João Pessoa a fim de caracterizar a comunidade do ponto de vista socioeconômico e ocupacional, correlacionando variáveis sociais e condições de saúde.

Nas páginas que se seguem constam um referencial teórico onde será abordado o conceito e divisão de mercado do trabalho, a relação trabalho e saúde, a conquista e história da saúde do trabalhador e da atenção básica, os indicadores brasileiros sobre trabalho e saúde, a implantação da política de saúde do trabalhador na atenção básica, o modelo assistencial em João Pessoa e uma visão básica sobre a USF e a área onde foram coletados os dados; prossegue a descrição da metodologia utilizada, os resultados e discussões que confrontando e refletem os resultados observados com dados do município, regionais e nacionais. Por fim, estão as considerações finais e são disponibilizados as referências e documentos deliberativos para a realização da pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O MUNDO DO TRABALHO

Desde a antiguidade, o trabalho vem sendo posicionado em dois pólos distintos: como expressão de vida e degradação, criação e infelicidade, atividade vital e escravidão, ora cultuado pelo seu lado positivo, ora pelos seus traços negativos (ANTUNES, 2000).

Karl Marx, um dos maiores pensadores sobre as relações de trabalho e sociedade, avalia o lado positivo dessa relação ao resgatar a longa história da atividade humana, observou que por meio do trabalho o homem conquistou dignidade e humanidade o que o distinguiu dos outros animais. Assim, o trabalho passou a ser condição útil e indispensável à existência do homem, sendo este o intercâmbio para com a natureza. O homem através dele passou a adquirir valores de uso, maior conforto e segurança a si e aos seus próximos. (MENDES, 2007a; MARX; ENGELS, 1999).

No entanto, ao passo que o trabalho tem essa representatividade na vida social do ser humano, pode ser a fonte de exploração do humano sobre o humano, reduzindo o seu potencial de emancipação, tornando-se fonte de infelicidade social. Isto foi mais notado após a Revolução Industrial Mundial do século XVIII e XIX, quando trabalho e lucro passou a possuir uma relação direta e estimularam a exploração intensa e inumana do trabalhador (MARX; ENGELS, 1999)

Ianni (1994), Borges e Druck (1993) mencionam que atualmente vivemos num avançar na dinâmica das relações de trabalho, onde é possível notar a preponderância do setor terciário como empregador, diferente da explosão industrial dos séculos anteriores quando o setor secundário foi o principal empregador. Uma grande agente dessa nova divisão internacional do trabalho foi a globalização que contribuiu para envolvimento e união dos mercados e países. Os mercados tornaram-se mais instáveis e extremamente disputados. A situação é mais notável nos países mais desenvolvidos apesar do avançar para um envolvimento de todo o mundo.

Atualmente, visualiza-se um mercado trabalhista segmentado não somente em assalariados rurais e urbanos, pois a terceirização e subcontratação entre outras formas de informalização do trabalho foram consideradas. O Brasil seguiu essa perspectiva mundial de segmentação do trabalho dividindo, portanto, em formal e informal. Entretanto, a definição de formalidade até hoje é um tema controverso. Compreende-se como consenso na literatura que a linha divisória básica brasileira entre a formalidade e informalidade do trabalho é o acesso à

carteira de trabalho. Os empregados com carteira de trabalho correspondem ao mercado formal, enquanto aqueles que trabalham por conta própria ou não possuem carteira de trabalho são denominados informais (SILVA; KASSOUF, 2000, IOL/OIT, 2009, ANTUNES, 2000).

Esta nova face do mercado produtivo tem criado questões sociais agravantes como o desemprego cíclico e estrutural, o crescimento de contingentes situados na condição de subclasse, a superexploração da força de trabalho, a migração de indivíduos e grupos em busca de trabalho e a redução do número de trabalhadores submetidos a vínculos empregatícios institucionalizados e protegidos pelas regras do Estado de Bem Estar (BORGES; DRUCK, 1993).

Neste contexto de definições, é preciso entender o que representa a classe trabalhadora e quais são seus direitos. Desta forma, o trabalhador é conceituado como todo homem ou mulher que exerce atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. São incluídos aqueles que exercem atividades não remuneradas, participantes de atividades econômicas na moradia, aprendizes ou estagiário e também aqueles que temporária ou definitivamente estão afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2004).

Como Carta Magna do país, a Constituição Brasileira de 1988, esta reserva ao trabalhador, direitos que visem à melhoria de sua condição social esteja esse em território urbano ou rural, tais como: salário mínimo, fixado em lei, unificado e digno, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos; segurança no trabalho através da redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança, além do fornecimento de remunerações por insalubridade; a aposentadoria e demais benefícios como o seguro contra acidentes de trabalho, o salário-maternidade e o auxílio-doença. Sendo, por fim, assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em busca de seus interesses profissionais ou previdenciários (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2010; BRASIL, 2005).

2.2 A RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO

Mendes (2007a) e Mendes (2007b) mencionam que o trabalho não é apenas um teatro de investimentos subjetivo, ele é também um espaço de construção do sentido e,

portanto, da construção da identidade e história de cada sujeito. Revela-se que ao passo que o homem constrói e ocupa um lugar significativo no processo de emancipação sobre a própria natureza, luta contra a ameaça de tornar-se doente e conservar a sua normalidade. Avalia-se assim que a relação estabelecida entre trabalho e saúde pode ser positiva levando ao bem estar pessoal, mas pode tornar-se danosa à medida que lesa direta ou indiretamente a saúde do sujeito trabalhador.

O pai da medicina do trabalho, Ramazzini, observou e relatou bem esses riscos a saúde proveniente do trabalho e como causas patogênicas do mesmo incluíram as condições de risco como a manipulação e/ou inalação de produtos que põe em perigo a saúde do trabalhador e a exigência de posturas, movimentos, gestos e ritmos violentos que pouco a pouco podem gerar grave enfermidade (MENDES, 2007 a; MENDES, 2007 b).

Existem trabalhos por si já insalubres e perigosos que mesmo com a utilização de formas preventivas de proteção individual ou coletiva, ainda representam perigo para os trabalhadores, tais como a mineração, a manipulação de asbestos e sílica, chumbo, manipulação de material radioativo. Estes podem inclusive gerar doenças crônicas e fatais como neoplasia, imunodeficiência entre outros. Trabalhos danosos como os executados com máquinas inseguras, ou onde o modelo de organização é extremamente massacrante pode gerar acidentes de trabalho e patologias como o estresse, a hipertensão arterial, o alcoolismo, a doença mental, a insônia entre tantas. Isto se dá principalmente em ambientes de trabalho onde o regime de demanda e o controle são rígidos, às vezes, sufocante, levando inclusive a um alto desgaste psicológico e baixo poder de autonomia por parte do trabalhador (MENDES, 2007b).

Além das condições citadas, a alta carga de trabalho e em suma maioria repetitivo gera a fadiga a qual pode ser muscular, psíquica, nervosa ou crônica. Esta fadiga associado às condições de vulnerabilidade apresentada pelos indivíduos sejam de ordem genéticas ou mesmo decorrentes de patologias pré-existentes são meios propícios para a formação das lesões por esforço repetitivo ou doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT) tais como a síndrome do túnel do carpo, bursites entre outras (MENDES, 2007b; BRASIL, 2006).

Nos trabalhadores adoecidos ou acidentados quando se suspeita de que seja de origem ocupacional, faz-se necessária à caracterização etiológica ou nexos causal entre o saúde-trabalho-doença a qual pode ser estabelecido através da investigação das condições de trabalho, do reconhecimento dos fatores de riscos, da constituição e progressão da doença ocupacional e mais intensamente do relato do próprio trabalhador (BRASIL, 2001).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estabelece uma lista de doenças que podem ter relação ocupacional. Regionalmente, o Brasil na década de 80 prosseguindo a constituição do Sistema Único de Saúde e lei orgânica de saúde também formulou uma lista de patologias existentes. Em ambas, para classificação foram utilizados como norteadores os fatores de risco que se dividem em cinco grandes grupos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos. A partir daí, organizaram-se melhor a identificação das possibilidades e as causas de adoecimento trazido pelo ambiente de trabalho ou atividade ocupacional exercida facilitando assim o reconhecimento donexo causal (BRASIL, 2001; IOL/OIT, 2009).

2.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR: SUA DEFINIÇÃO E TRAJETÓRIA

De acordo com Mendes (2007a), a medicina do trabalho proveio da Revolução Industrial visando o controle da força do trabalho, havendo pouco foco inicial nas relações de trabalho e saúde. Contudo, a emergência de grandes casuísticas de empregados portadores de “doenças profissionais” na construção de túneis e desenvolvimentos das cidades européias no século XIX, revelou aos profissionais, pesquisadores e governos, a necessidade de haver um fórum para a troca de experiências e de determinações mais precisas sobre a relação saúde e trabalho, difundindo assim a idéia de migração de medicina de seguro-acidente para a medicina do trabalho. Isto permitiu um olhar e atenção diferenciada do empregador sobre a medicina de seguro a qual visava à reparação financeira do trabalhador acidentado para uma medicina preventiva que evitasse possível situação. Essa medida foi reconhecida até como mais vantajosa para ambos os lados: empregado-empregador.

A medicina do trabalho ao adquirir um olhar mais preventivo estimulou diversos países a criarem eventos internacionais de patologia do trabalho, como o de 1906, o I Congresso Internacional de Doenças do Trabalho na cidade de Milão. É a partir daí, que eclodem na Europa as ações em relação ao tema, como a criação de comissões permanentes e a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 1919. Esta última gerou um documento importante e decisivo no estabelecimento da relação trabalho e doença, a lista de doenças profissionais e o foro da tripartite, ou seja, a relação e comprometimento governo - empregadores- trabalhadores (SPEDO, 1998; MENDES, 2007a)

No Brasil, o primeiro sanitarista a se preocupar com o tema saúde e trabalho na década de 20 e 30 foi Oswaldo Cruz motivado ao presenciar as grandes epidemias de malárias e ancilostomose que estavam submetidos os trabalhadores da ferrovia Madeira-Mamoré. Em

nosso país, tal qual ocorreu na Europa, primeiramente o eixo da medicina do trabalho voltou para uma questão de reparo financeiro caso houvesse lesão do trabalhador em serviço, havendo assim um estreitamento da visão sobre doença do trabalho como acidente do trabalho para depois ganhar um olhar diferenciado oferecido inclusive pela medicina social e uma mobilização da própria sociedade. Observam-se essas mudanças a partir das discussões que iniciaram na Escola de Medicina de Salvador e que desceram para o eixo Rio - São Paulo, onde a Medicina do Trabalho revelou-se uma medicina de atenção a saúde do trabalhador numa configuração de cuidado mais preventivo a saúde do trabalhador. O primeiro centro médico brasileiro a organizar como especialidade da medicina do trabalho foi a Fundação Nacional Centro de Segurança Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) (SPEDO, 1998).

É interessante destacar que a medicina do trabalho passou por grandes mudanças com os anos. A política de saúde ocupacional foi o principal resultado dessas mudanças que teve como origem a insatisfação e o questionamento da classe trabalhadora brasileira nos anos 60 e 70, incluindo a dos empregadores pelos custos diretos e indiretos representados pelos agravos a saúde de seus funcionários. A saúde ocupacional é uma política que tem como característica diferenciada da medicina do trabalho, a valorização da saúde do trabalhador onde a mesma passa a ser tratada e atendida por uma equipe profissional envolvendo não somente o médico, mas fisioterapeutas, fonoaudiólogos, advogados, assistentes sociais e entre outros. Ela, inicialmente, se deu, sobretudo, dentro das grandes empresas (MENDES, 2007a).

A partir dessa nova concepção, planos de estratégias passaram a ser realizados no Brasil para a construção da saúde do trabalhador como campo de teoria e práticas que passassem a envolver não só a ciência da saúde, mas também a ciência social. Desta forma, a saúde do trabalhador surgiu como um campo transformador superando a medicina do trabalho, ambas existem nos dias de hoje, mas suas intenções estão portanto diferenciadas (SPEDO, 1998).

Um conceito interessante e mais concreto para a saúde do trabalhador estipulado pela Legislação Orgânica da Saúde, lei 8080 artigo 6, § 6:

A saúde do trabalhador é um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de Trabalho. (BRASIL, 2005; pg. 40).

Ao explanar sobre a equipe multidisciplinar da política de saúde do trabalhador, é preciso citar os atores envolvidos na atenção e vigilância além do SUS; são eles: a esfera

acadêmica, a mídia, o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Previdência e Assistência Social (PORTO; LACAZ; MACHADO, 2003).

Spedo (1998) ainda acrescenta agregação de outros parceiros organizados: a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

2.3.1 A Reforma Sanitária e a Saúde do Trabalhador

A discussão voltada aos problemas sanitários e de saúde no Brasil foi iniciada no período entre 1937 a 1950, provinda do movimento popular de base e das 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde. Nestas foram abordados temáticas referentes às legislações sobre higiene e segurança no trabalho, como também a prestação de assistência médica sanitária e preventiva para os trabalhadores e as gestantes (BRASIL, 2002c).

A partir de meados dos anos 70 e 80, houve o movimento de Reforma Sanitária atrelada à reforma da saúde onde se buscava uma nova concepção de Saúde Pública brasileira. A Saúde do Trabalhador passou a ser uma das vertentes, pois, os reformistas eram também trabalhadores e seu lema de luta em movimento sindical era, inclusive, a mudança por um modelo de saúde para todos (GOMEZ, COSTA, 2007; FLEURY, 1997).

A eclosão da saúde do trabalhador se deu nesta mesma época por volta do ano de 1986 na 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no Brasil, realizada a partir de decisões tomadas na VIII Conferência Nacional de Saúde. Nesta conferência como principal houve a formulação de conteúdos para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Já no ano de 1992 houve a 2ª Conferência Nacional, a qual teve como tema central a Política de Saúde do Trabalhador e as Estratégias de Avanço e implantação do plano (BRASIL, 2001 a).

Fazendo, portanto, um retrospecto da construção e implantação do SUS tem se uma instituição história política que se encarrega além de gerir a saúde; mediar e descentralizar a rede de atenção ao trabalhador, e para concretizar essas ações vem se apontando uma política de qualificação e estruturação das equipes para atender às demandas de forma integral, visando condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, da realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde e integridade física e mental (SESSP; CEREST, 2004).

Apesar das conferências de saúde; a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, ônus de todo movimento pela reforma da saúde e do movimento sindical; a política não se implantou concretamente.

Contudo, novas expectativas surgiram ao fim da década de 90, com a elaboração e constituição da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2005).

A RENASt foi firmada pelas portarias nº. 1.679/ 02 e nº 2.437/05, as quais têm como função orientar e organizar a participação das várias esferas governamentais em ações efetivas de atenção ao trabalhador tornando o seguimento de caráter intra-setorial e intersetorial, exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores. A portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009 ratifica as propostas das portarias anteriores e estabeleceu que a implantação da RENASt devesse priorizar: 1) A estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); 2) A inclusão das ações em saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; 3) A implantação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; 4) A instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade chamadas de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e por fim a caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; CEREST, 2009).

A intenção de ponderar a rede básica para assumir seu papel como apoio sólido ao trabalhador é uma das propostas do RENASt e congrega-se com a conclusão estipulada por Spedo (1998). A autora denuncia que apesar dos avanços e consistência representado pelo modelo de atenção proposto para o SUS as limitações neste modelo que o tornam empírico-concreto é destacado até hoje por ainda ser concentrado em serviços especializados, sem efetivo envolvimento da rede básica de serviços e que a vigilância assumindo-se enquanto eixo norteador.

Conforme Oliveira e Vasconcellos (1992), para se executar uma política eficiente nesta área necessário que se faça a formação de equipes não só tecnicamente competentes, mas principalmente comprometidos com a questão ideológica que envolve a Saúde do Trabalhador.

2.4 A POLÍTICA DE ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

O movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década 70 possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, sustentado e ancorado por sanitaristas que a estruturaram a partir de uma base

conceitual e pela produção teórica-crítica. A crítica, a mobilização social e científica ao questionar a concepção de saúde restrita ao modelo biológico e individual apontou diversas relações entre as organizações dos serviços de saúde e a estrutura social para que estes fossem mudados e reestruturados. Nessa perspectiva, o conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes assumido pela VIII Conferência Nacional de Saúde veio a incorporar uma crítica à saúde oferecida à população, visando um sistema de saúde que devia considerar princípios relativos ao direito à saúde, à cidadania, e ao cuidado que respeitasse a universalização, a equidade, a democracia e a descentralização (PAIM, 1997).

O chamado movimento sanitário brasileiro, do qual o Centro de Estudos em Saúde (CEBES) foi o primeiro protagonista institucionalizado, teve como características fundamentais, por um lado, a inserção da luta pela saúde no movimento mais global de democratização da sociedade brasileira, ainda sob a ditadura militar, e, por outro, uma estratégia de atuação diversificada, em várias frentes, decorrente tanto do conceito “ampliado” de saúde inspirado no movimento da Medicina Social dos anos 60 e 70 (RODRIGUES, 1997).

O autor supracitado reflete que foi a Medicina Social que introduziu novos conceitos e abriu outros campos de intervenção além do prevenir/diagnosticar/curar como a determinação social do fenômeno saúde/doença e a organização das práticas, serviços e sistemas de atenção à saúde.

A partir de idéias como essas, associadas a lutas e mudanças do estado governamental do país, indo do militarismo a república e o advento da década de 90. O Sistema Único de saúde foi surgindo e, logo consolidando. Isto gerou novos rumos a saúde da população brasileira

A reforma da saúde brasileira culmina com a Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990, a qual também é denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS). Esta é pautada nos princípios de construção de um Sistema Público de Saúde com equidade, integralidade e universalidade. Juntamente com a Lei 8142/90 que inclui a participação da comunidade neste sistema de saúde pública. Essas leis organizaram teoricamente o SUS definindo e delegando funções às diversas esferas governamentais envolvidas. A saúde do trabalho e ambiente passou inclusive a ser uma das competências prioritárias ao SUS (BRASIL, 2004).

Com o SUS sendo praticado em todo país e com a reestruturação da LOS, passaram a serem os postos e unidades de saúde os alicerces fundamentais da rede básica de saúde que veio a se encontrar regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade, e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A partir da dinâmica social local, a constância e continuidade de atuação foram

observando uma maior potencialização de enfretamento do quadro de adoecimento e morte e combate inclusive às doenças (VASCONCELOS, 2008; PAIM, 1997).

As novas mudanças no modelo assistencial regionalizado do SUS foram orientadas por dois programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), os quais provocaram alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. O PSF constituiu uma estratégia jovem de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, apontando para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de reorganização do sistema (PAIM, 2004).

Conforme Viana e Poz (2005), para diferenciar esses programas é interessante saber que a história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem seu início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Parte de uma proposta de ação pragmática de saúde focada na cobertura da família e não do indivíduo, onde o Ministério ao perceber a efetividade das experiências de práticas em saúde com agentes acumulada no país principalmente pelo estado do Ceará, institucionalizou como programa estatal.

Os autores supracitados ainda afirmam que o PACS foi formulado com o objetivo central de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A organização do programa que também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, trouxe uma nova percepção, pelo próprio Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município.

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. Logo, o Programa de Saúde da Família como por meio de uma assistência descentralizada, de atendimento e acompanhamento em um sistema de unidades na comunidade firmou com a instalação das denominadas unidades de saúde da família (USF) pela Portaria de nº 476 de 14 de abril de 1999, onde uma equipe de profissionais, a Equipe de Saúde da família (ESF),

multidisciplinar e interdisciplinar trabalham para assistir adequadamente a comunidade cadastrada (BRASIL, 2004; BRASIL, 2003; VIANA; POZ, 2005).

O programa estabelece que cada USF seja composta por uma equipe formada por médico (a), enfermeira (o), auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, sendo que em 2000, através do Programa Saúde Bucal incorporou-se dentista e auxiliar de consultório dentário. Nessa equipe, segundo a própria legislação do SUS, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem se revelar como atores fundamentais nas relações de trocas e articulação entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos, ficando responsáveis pelo acompanhamento de no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas cada, desenvolvendo junto com a equipe atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na Comunidade (BRASIL, 2004).

A própria legislação do SUS ressalta que a USF e a Equipe de saúde da família também é tida como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas envolvendo a relação desta com o meio socioambiental (BRASIL, 2004).

Os ACS devem ser escolhidos enquanto residentes dos próprios bairros de atuação da equipe de saúde da família para desempenharem o serviço. Essa característica fundamental visa aproximar a relação trabalho e vida social e acaba gerando provocadamente ou ingenuamente um maior comprometimento e acolhimento tanto da comunidade para com o agente quanto do agente para com a comunidade. Nesse contexto, onde um conhece o contexto social e cultural do outro, existe uma partilha de informações de um para com outro, não observada, às vezes, com os outros profissionais da equipe e em outros setores do SUS. Ferraz e Aerts (2005) e Nunes *et al.* (2002) Vasconcelos (2008) alegam que é a partir daí que se nota uma maior facilitação no desenvolvimento de estratégias mais eficazes tanto da adesão às recomendações médicas quanto maior comprometimento com a saúde e confiança com a equipe, permitindo que a educação popular e a ciência clássica possam se confrontar e se conciliar.

Um dos peculiares e importantes papéis do ACS está nesta orientação às famílias da utilização e a procura dos serviços de saúde e no repasse de dados demográfico e epidemiológico para os membros da ESF e gestores quanto à dinâmica social da comunidade com suas disponibilidades e necessidades (NUNES *ET AL.*, 2002).

2.5 INDICADORES DA SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR

Os dados e os indicadores em saúde se destinam a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, possibilitando identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Além de facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde (RIPSA, 2009).

Em 2002, pela Portaria de 1.919, o Ministério da Saúde instituiu a RIPSA, a Rede Interagencial de Informação para a Saúde, considerando a necessidade de aperfeiçoar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade de saúde e de vida da população e propiciar a disponibilização adequada de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde. A articulação interinstitucional visa gerar informações interessadas no aprofundamento das questões relacionadas com a saúde e atender ao compromisso do País com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e demais organismos internacionais.

Dados quantitativos sobre a classe laboral do Brasil nos fornecem uma básica visão das condições vividas pela classe, e são estimados por meio de pesquisas tanto do instituto IBGE, como dados fornecidos pelo SUS, notificações repassados pelas empresas e dados da Previdência e Seguridade Social. Podemos, por exemplo, conhecer a divisão de mercado e entender que a população trabalhadora é ainda uma maioria no país e está concentrada no comércio de mercadorias e prestação de serviços (34,5 milhões), nas atividades na área agrícola (20,6 milhões de trabalhadores) e na indústria (19,9 milhões). Totalizando mais de 76 milhões de indivíduos que comporia a classe trabalhadora brasileira (IBGE, 2005).

Como menciona em Brasil (2006), é de competência do SUS no que consiste a atenção e vigilância a saúde do trabalhador, a vigilância e notificação dos ambientes e condições de trabalho (vigilância sanitária), da situação de saúde dos trabalhadores (vigilância epidemiológica) e da situação ambiental (vigilância ambiental) sendo essencial a sistematização, análise e divulgação das informações de saúde, devendo ser fornecida entre diversas fontes inclusive o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) o qual tem como “alimentador” do sistema dados vindo das USF e os Centros Especializados ou Sentinelas da Saúde do Trabalhador definidos pelo município.

Entende-se que é responsabilidade de todos os envolvidos com a saúde do trabalhador tanto no setor de saúde público como no privado realizar a notificação dos casos e abuso, acidente de trabalho ou doença ocupacional, mediante instrumentos de coleta: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM; Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH;

Sistema de Informações de Agravos Notificáveis – SINAN e Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (BRASIL, 2006).

Este sistema de informação integrado e representativo propiciou um dos grandes avanços desenvolvidos pelo DATASUS em razão da solicitação do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de um sistema especial das informações e integração dos dados. O SIAB amplia o leque de informações do SIPACS- Sistema de informação do PACS, com novos instrumentos de coleta de dados: O cadastramento das famílias- Fichas A, acompanhamento de gestantes, hipertensos e diabéticos- Fichas B- GES, B- HA, B- DIA; acompanhamento de pacientes com tuberculose e hanseníase- Ficha B- TB, Ficha B- HAN; acompanhamento de crianças- Fichas C, registros das atividades, procedimentos e notificações - Ficha D (BRASIL, 2006; BRASIL, 2000b).

A *ficha A* (anexo) fica em posse do ACS e deve ser preenchida nas visitas a famílias, cada ficha deve ser preenchida uma família. Nela são retidas as informações para a identificação da família, cadastros de cada um dos membros em relação a dados pessoais, escolares, ocupacionais, doença e condição referida e a situação de moradia. Esta permite a ESF conhecer as condições de vida das pessoas da área de abrangência e melhor planejar suas intervenções (BRASIL, 2000b).

Neste contexto da atenção básica, Brasil (2003) menciona que a estratégia do novo Programa de Expansão e Consolidação da Atenção Básica foca-se para o avanço no âmbito do Sistema Único de Saúde valorizando os Indicadores Nacionais de Atenção Básica. Reconhecendo assim que apesar das limitações importantes relacionadas à coleta de dados, à sistematização e integração de processos, e o risco de subnotificações que podem interferir direta e indiretamente nas estratégias de política pública, vem se realizando esforços ao avanço na avaliação da saúde do brasileiro, principalmente, no que diz respeito ao campo da Atenção Básica.

Gomez e Lacaz (2005) relatam que estamos vivendo num momento em que ao mesmo tempo em que avançamos na maior institucionalização e sistematização das experiências na saúde e especificamente na do trabalhador, observa-se que em função da não priorização e organização vêm ocorrendo um processo de descontinuidade dos planejamentos por parte dos profissionais envolvidos.

Fica assim a questão, a dificuldade do sistema em relação ao mapeamento dos dados dos trabalhadores na atenção básica compromete ou não as estratégias de políticas públicas a favor da efetivação da atenção a saúde mais integral voltada à classe.

A literatura brasileira ressalta neste contexto que existem muitos dados subnotificado e incompletos de trabalhadores, principalmente, daqueles sem cobertura da Previdência Social, os informais. O incentivo no desenvolvimento de ferramentas e ações que facilitem ou auxiliem no preenchimento dos relatórios e que identifique a realidade desta população na área de abrangência na atenção básica a qual possui a vantagem de se possuir dados independentes da questão de formalidade ou não do trabalho, se destaca como estratégia essencial para a organização dos indicadores e priorização na alocação e deliberação de recursos humanos, materiais e financeiros (TOMAS *ET AL.* 2003; MAEMO; CARMO, 2005; WUNSH, 2006; GOMEZ; LACAZ, 2005).

2.6 SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA

A municipalização e a distritalização, como espaços descentralizados de construção do SUS, são considerados territórios estratégicos para estruturação das ações de saúde do trabalhador, parte daí, a necessidade e importância que para a consolidação das ações de atenção à saúde do trabalhador seja inclusa formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde (BRASIL, 2002a).

A saúde do trabalhador é um campo que exige dos profissionais envolvidos acompanhamento e compromisso; neste sentido, pode-se perceber que a atenção básica de saúde é o ponto estratégico de encontro para garantia de execução dessa proposta. Tanto devido à permanência da unidade de saúde da família na comunidade como a presença de registros que auxiliam no acompanhamento das famílias (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2005; MAEMO; CARMO, 2005; PORTO; LACAZ; MACHADO, 2005).

Foi nessa linha de raciocínio que o SUS através de um corpo de articuladores passou a considerar fundamental relacionar ambiente e trabalho e desta forma através da Política Nacional de Saúde do Trabalhador encaminhou às Unidades de Saúde da Família a função de identificar na área, perigos e riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, a divisão do trabalho (ativos do mercado formal ou informal, no domicílio, no meio rural ou urbano e os desempregados), prevalência por sexo e faixa etária; avaliando a existência do trabalho precoce e a ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho tanto no mercado formal como informal (BRASIL, 2002a).

Na USF, os profissionais realizam o cadastramento domiciliar, permitindo o diagnóstico situacional e ações dirigidas à solução dos problemas de saúde, de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. As Equipes

de Saúde da Família, a partir das ferramentas da vigilância, podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção a demanda espontânea, que garantam o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde e, desta maneira, gradativamente impacta sobre os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida daquela comunidade (BRASIL, 2000b).

Brasil (2005) menciona que a notificação de agravos relacionados ao trabalho passou a ser definida pelo setor saúde como compulsória, tais agravos têm sido objeto de atenção e de investigação pelo setor e vem passando a ocorrer, parcialmente, a partir da inserção da Saúde do Trabalhador no SUS desde a década de 90, após a elaboração e constituição da RENAST, a qual trouxe maior enfoque as ações de vigilância.

O mesmo autor supracitado reconhece que os estatutos que tratam da notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho são de importância inequívoca para o desencadeamento de investigações epidemiológicas e de intervenções de vigilância sanitária nos ambientes e processos de trabalho, buscando uma linha de ação de caráter basicamente preventivo.

Para isto, afirmam Tomas *et al.* (2003) e o Brasil (2003), que é de fundamental importância o cadastramento atualizado na comunidade adscrita, pois é a partir dessa base de dados que a construção de perfis sociodemográficos e de morbidades da área de abrangência da UBS, pode se planejar oferecer suporte e orientação em busca da melhora do desempenho dos serviços gestores e da equipe de saúde.

Cada integrante da ESF tem um papel na atenção à saúde do trabalhador e cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) a mais preciosa função de informar e notificar à equipe de saúde da existência de trabalhadores em situação de risco, trabalho precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados pelo trabalho, além de estar pronto para informar à família e ao trabalhador o dia e o local onde procurar assistência, além de planejar e participar das atividades educativas em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2000 a).

A equipe da USF deve então realizar a identificação e registro da população economicamente ativa, as atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. Deve definir os integrantes das famílias que são trabalhadores (ativos do mercado formal ou informal, no domicílio, rural ou urbano e desempregado), por sexo e faixa etária. Observando a existência de trabalho precoce (crianças e adolescentes menores de 16 anos, que realizam qualquer atividade de trabalho, independentemente de remuneração, que freqüentem ou não as escolas), a ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam

trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal de trabalho, além de anotar ramo de atividade e ocupação na ficha. E para isto a equipe deve estar capacitada para atender corretamente essa população (BRASIL, 2002a).

A legislação da saúde do trabalhador menciona que em caso de acidente ou doença relacionada com o trabalho, deverá ser adotada a de condução clínica dos casos (diagnóstico, tratamento e alta) para aquelas situações de menor complexidade. Casos de maior complexidade podem ser enviados aos denominados Centro de Atendimentos a Saúde (média complexidade) que estão preparados para lidar com uma medicina mais especializada ao trabalhador e são denominados de CAIS sentinelas. Além de poderem ser atendidos em casos de urgência em hospitais de alta complexidade (BRASIL, 2004).

O autor supracitado ainda afirma que os setores devem estar articulados estabelecendo sempre os mecanismos de referência e contra-referência para acompanhamento dos trabalhadores inclusive nas USF. Cabe também a equipe de profissionais seja qual for a complexidade do setor, de solicitar ou preencher a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), em se tratando de trabalhador inserido no mercado formal de trabalho ou informal, podendo inclusive realizar uma investigação do local de trabalho, visando estabelecer relações entre situações de risco observadas e o agravo que está sendo investigado.

O preenchimento somente da CAT não estabelece sozinho a relação de interdependência entre o acidente ou doença e o trabalho exercido o chamado nexos causal. Para que esse seja estabelecido Brasil (2006) recomenda que haja o acompanhamento da equipe da USF e das instituições de referência para junto pleitear com outros órgãos como a Previdência Social o que cabe ao trabalhador por direito.

A questão de educação em saúde é tarefa a ser realizada também na atenção básica promovendo orientações trabalhistas e previdenciárias, de acordo com cada caso, informando e discutindo com o trabalhador as causas de seu adoecimento visando executar ações de vigilância nos locais de trabalho e considerar as informações colhidas em visitas com bases em dados epidemiológicos e nas demandas da sociedade civil organizada. Pode desenvolver e articular junto com a comunidade e instituições públicas (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, Fundacentro, Ministério Público, laboratórios de toxicologia, universidades etc.), ações direcionadas para a solução dos problemas encontrados (BRASIL, 2006, BRASIL, 2002a).

2.7 O MODELO ASSISTENCIAL À SAÚDE DO TRABALHADOR DA CIDADE DE JOÃO PESSOA

João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, tem uma área de 210,8 km². Esta localizada na porção mais oriental do estado. O município tem uma população de 660.798 habitantes, 38,5% da população é formada de jovens, enquanto 8,1% os moradores da cidade são idosos; 85% da população são alfabetizadas; 46,7% da população são do sexo masculino e 53,3% do sexo feminino (IBGE, 2005).

A população é considerada predominantemente urbana, pois o município não tem área rural. Sua estrutura conta com 65 bairros e 99 comunidades (favelas) cadastradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As principais bases da economia da população estão no comércio mais essencialmente e a indústria. A pesca e o turismo em menor escala têm seu destaque como atividade econômica. No entanto, é o setor terciário do Município que responde pela maior participação na formação de renda da população, seguido pelo setor secundário. O setor agropecuário é considerado inexpressivo, devido à inexistência de área rural. A População Economicamente Ativa - PEA representa 52,3% da população total. Os setores da indústria de transformação e construção civil empregam 3,41% enquanto o setor terciário de comércio e serviços responde por 62,8%. Os desempregados representam 22,5% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

Para o atendimento e cobertura da saúde da população pessoense, a estratégia referente à saúde da família teve como eixo norteador a organização da atenção básica de saúde. O município implantou as sete primeiras equipes de saúde da família em 2000; já no ano de 2004 foram registradas 180 equipes. Em 2006, a cobertura da atenção básica passou a ser de 76,7% da população residente, o que representa o acompanhamento de 515.231 indivíduos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

No que tange a saúde do trabalhador como política do município de João Pessoa, existem esforços no sentido de implantação e efetivação das redes de atenção a saúde do trabalhador e maior articulação de setores dentro do Sistema de Saúde. O município desde 2005, conta com o apoio do Centro de Referência Regional na Saúde do trabalhador.

Ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de João Pessoa (CEREST JP) compete assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiando a formulação de políticas públicas e apoio da estruturação da assistência de média e alta complexidade na atenção aos acidentes de trabalho e agravos contidos na listas das doenças relacionadas ao trabalho e nas de notificação compulsória citados na Portaria 777/

2004/GM/MS, nos 64 municípios que compõe a I Macrorregião I (I, II e XII Gerências Regionais de Saúde) do Estado da Paraíba (CEREST, 2008)

Atualmente o CEREST Regional encontra-se como porta de entrada para assistência à saúde do trabalhador. Mesmo não sendo esse seu papel na rede, constata-se um aumento na demanda atendida em 2009 perfazendo um total de 297 consultas, em relação ao ano anterior. Vem se tentando realizar uma aproximação e priorização deste campo na atenção primária a partir de reuniões de matriciameto nos Distritos Sanitários do Município (CEREST, 2009).

O CEREST JP é composto por uma equipe multiprofissional a qual é subdividida em núcleos que realizam o acolhimento e assistência ao trabalhador, vigilância e informação de riscos a saúde do mesmo e capacitação e administração articuladora intra e intersetorial em prol da saúde do trabalhador. O quadro de funcionários é formado por assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, médico, enfermeiro, administrador, agente de vigilância ambiental, auxiliar de serviços gerais, técnico de sistema de informação, técnica de enfermagem e guarda municipal, estes profissionais em sua maioria trabalham em tempo integral de 40h (CEREST, 2009).

2.7.1 A Comunidade ou Favela Maria de Nazaré e o Bairro Funcionários III

A Comunidade Maria de Nazaré faz limite com o bairro Funcionários e Grotão no sul da cidade de João Pessoa - Paraíba. Para compreender o perfil da mesma é importante conhecer o processo de sua formação e desta forma analisar os fatores determinantes para a constituição da favela, uma vez que a conjuntura brasileira no processo de concentração de terra e renda fez com que a população da zona rural ou de pequenas cidades do interior saturasse nas capitais, a procura de trabalho e melhores condições de vida.

Luna (1999) esclarece que a comunidade Maria de Nazaré pode ser considerada como periferia e favela tendo em vista que se apresenta dentro do contexto da cidade como lugar de pobreza, baixo nível econômico e com uma população marginalizada que vivencia o processo de subdesenvolvimento e dependência em relação ao centro da cidade.

A autora supracitada ressalta que na cidade de João Pessoa, fontes documentais registram que a concentração populacional condicionou o aumento da pobreza e expansão de grande parte da população para as áreas denominadas favelas, principalmente na década de 70 e 80. Como contribuição para o agravamento da condição social/habitacional a zona sul, por exemplo, onde no passado era o antigo bairro das Marés foram criados os seguintes conjuntos residenciais: Costa e Silva, Ernani Sátyro, Geisel, Grotão, Esplanada e Funcionários II, III,

IV, próximo a eles foram se afixando moradores constituindo as favelas correspondentes como possível observar na Tabela 1.

TABELA 1: Relação entre a época de formação dos conjuntos residenciais e favelas

Décadas	Conjuntos residenciais	Favelas
70	Costa e Silva	Gauchinha e Taipa
70	Ernani Sátyro	Nova Canãa
70	Ernesto Geisel	Cítex e Nova República
70	Grotão	Bananeiras e Do Arame
80	Esplanada	Boa Vista
	Cidade dos Funcionários II,	
80	III e IV	Maria de Nazaré

Fonte: Luna, 1999.

A Favela ou Comunidade Maria de Nazaré teve sua origem no ano de 1987, havendo um processo de ocupação quando o Conjunto Funcionário III estava prestes a ser inaugurado. A área pertencia ao Estado e era tida como área verde, sendo ali depósito de lixo para os habitantes dos conjuntos residenciais. A população ocupou o terreno de forma espontânea e não planejada em busca de um teto para morar. E, atualmente, apesar de ruas estreitas, as casas dos moradores são de tijolos e há abastecimento por água e luz elétrica. A este quadro é somado casas de risco, que foram construídas ao lado da barreira e sobre as ladeiras, formando um verdadeiro labirinto de difícil acesso (LUNA, 1999).

De acordo Luna (1999), Secretaria Municipal de Saúde (2006) e Silva e Kassouf (2000) na favela em termos de atividade produtiva, poucas pessoas conseguem se engajar no processo produtivo estável, tendo em vista a existência de barreiras como: a falta de qualificação, a falta de escolaridade e de documentos legais. As oportunidades de se alcançar postos de trabalho mais elevados, de modo a aumentar o rendimento são escassas, conferindo uma maior concentração dos trabalhadores nos extratos de renda mais baixa. A área parece se enquadrar exatamente nessas especificações observadas também em outras favelas brasileiras.

Atualmente, a comunidade se organiza em torno de sua Associação Comunitária Maria de Nazaré (ACOMAN), que possui diretoria eleita e sede e mantém uma escola comunitária para crianças, uma oficina de costura (geração de renda), uma rádio difusora comunitária, atividades de grupos de mulheres, de adolescentes (rádio, dança e teatro), de gestantes, participando também de programas de erradicação de trabalho infantil e de

alfabetização de adultos (ALMEIDA, 2004). É formada por cerca de 640 famílias moradoras em área de invasão, tendo sido conhecida por sua luta pela moradia, constituindo-se como numa comunidade combativa e organizada, que no dado ano recebeu em união dos Governos Municipal e Federal e Universidade Federal da Paraíba, a aprovação do projeto de reurbanização do bairro.

O Bairro Funcionários III situado ao lado da comunidade Maria de Nazaré também se organiza em torno de sua associação, com representante eleito e junto com a Comunidade Maria de Nazaré seus habitantes participam e apóiam as atividades desenvolvidas na ACOMAN.

Há 12 anos, a Universidade Federal da Paraíba em conjunto com outras instituições de ensino vem desenvolvendo atividades extensionista na área abrangida por esses dois bairros com estudantes de diversos cursos como técnico em enfermagem, fisioterapia, medicina, enfermagem, nutrição, engenharia de produção, engenharia civil, direito, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, jornalismo. Entre eles podemos citar o Projeto de Educação Popular na Saúde da Família (PEPASF) e Projeto de Educação Popular a Atenção a Saúde do Trabalhador (PEPAST).

2.7.2 A Saúde do Trabalhador Na Atenção Básica: A Experiência Da USF Maria De Nazaré

A Unidade de Saúde da Família Maria de Nazaré situa-se na região sul da cidade de João Pessoa, tem como apoiador administrativo o Distrito Sanitário II. Sua implantação se deu desde 2003, onde existe uma equipe de saúde da família (médico, enfermeira, dentista, auxiliares de enfermagem, auxiliar de consultório dentário), uma auxiliar de escritório e 5 agentes comunitários de saúde que se dividem em 5 microáreas. Estas possuem uma média superior a sete anos de trabalho na comunidade onde residem e são engajadas nos projetos presentes na comunidade e na associação comunitária.

A sede da USF está situada na divisa entre a Comunidade ou favela Maria de Nazaré e parte do Bairro Funcionário III e por essa localização dá suporte às famílias de ambos. A mesma compreende um total aproximado de 800 famílias e 2400 pessoas cadastradas na área pela equipe de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal de caráter quantitativo, desenvolvida na Unidade de Saúde da Família Maria de Nazaré localizada na zona sul do município de João Pessoa-PB, entre os dias 1º de março a 7 de abril de 2010 (GIL, 2002).

A área tem como apoiadores administrativos na área da saúde o Distrito Sanitário II, conforme Figura 1.

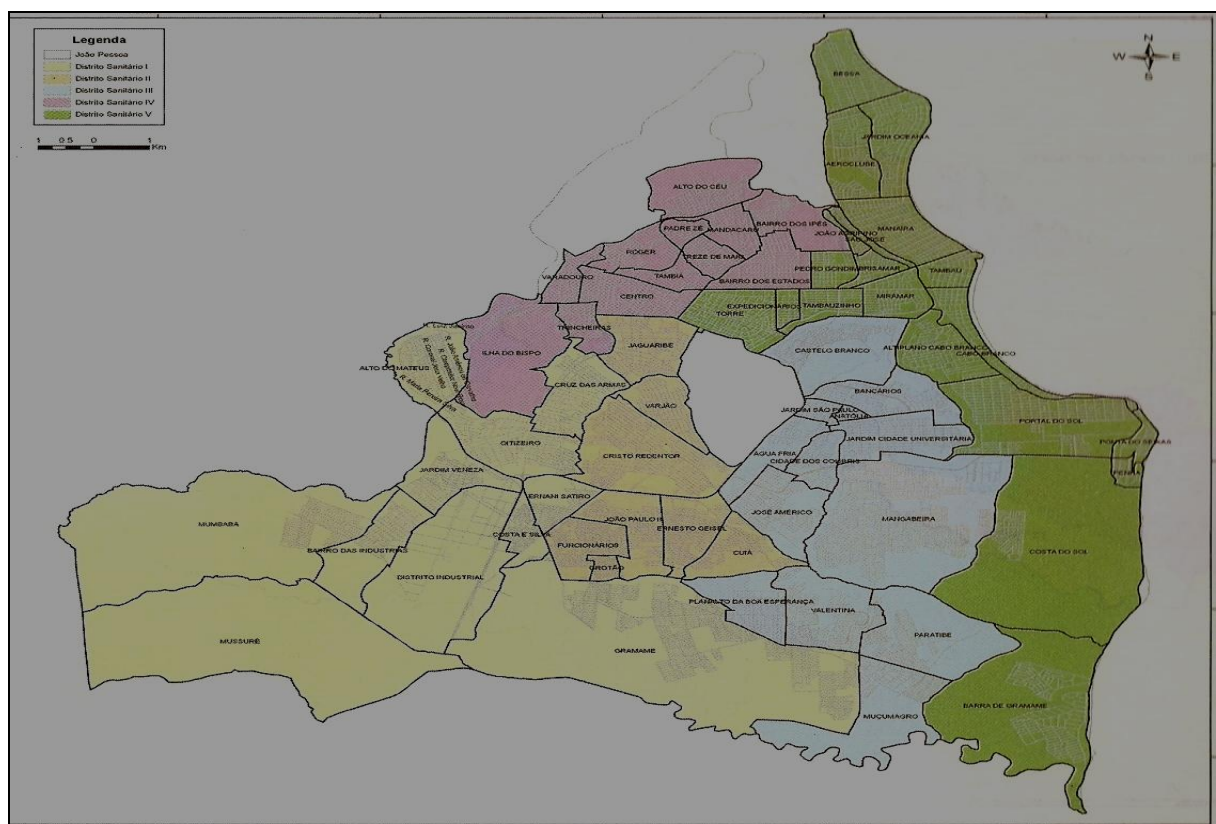


Figura 1: Divisão do Município de João Pessoa em seus Distritos Sanitários em 2006

Fonte: SMS (2006)

3.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo da pesquisa está formado pelos registros em *fichas A* (712 fichas) dos usuários cadastrados na Unidade de Saúde da Família Maria de Nazaré, observando que o Programa de Saúde da Família nos Bairros Funcionários e Comunidade Maria de Nazaré têm como cobertura de 75 a 100% dos moradores, segundo estimativas da Secretária de Saúde do Município (2006).

Para constituição de uma amostra significativa e representativa, realizou-se o cálculo amostral $n = z^2 p (100 - p) / d^2$, o que equivaleu a 356 *fichas A*, lembrando que esta representa o número de famílias foram dessa forma totaliza dados de 1336 usuários.

Quanto aos critérios de inclusão, somente dados das *fichas A* atualizadas e registradas pelos ACS entre os meses de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010 fizeram parte do estudo. Dados incompletos, ilegíveis ou imprecisos foram descartados da amostra. Observa-se que antes e após a coleta era realizado um conjunto de perguntas ao ACS para avaliação e certificação dos dados.

Para seleção das fichas foi utilizada a amostragem sistemática, que é um procedimento parcialmente aleatório viabilizado por corresponder a um modo estatístico representativo que exige organização dos dados em arquivos (VIEIRA, 2008).

3.3 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

A programação da coleta dos dados junto à equipe de saúde da USF Maria de Nazaré se deu em reuniões em dezembro de 2009, sendo que todos os ACS foram previamente comunicados individualmente em relação aos dias de coleta de seus dados. Foram gastos em média de 6,4 dias para realização da coleta dos dados em cada arquivo de *fichas A* entre os meses de março e abril de 2010, havendo 5 arquivos referentes a 5 microáreas que compõe a amostra, totalizando 6 semanas e 3 dias como tempo gasto total.

A coleta de dados foi realizada diretamente nos registros da Unidade de Saúde da Família Maria de Nazaré, pela própria acadêmica que, para isso, se dirigiu à USF nos horários de funcionamento da mesma, fazendo uso de um formulário simples (APENDICE 1) no qual constavam as seguintes variáveis que serão descritas a seguir.

3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Entre as variáveis das *fichas A*, foram consideradas para estudo:

- Idade
- Sexo
- Ocupação
- Escolaridade
- Condição de saúde referida

É importante ressaltar que estas variáveis constaram no preenchimento de todas as fichas.

A variável idade foi medida em anos sendo divididas em grupos: <14 anos, 14-18, 19-59 e >60 anos, pois compreende respectivamente: a faixa etária definida como infância e pré-adolescência, a faixa etária onde o indivíduo inicia-se no mercado na condição de aprendiz e pode trabalhar compondo a população economicamente ativa que é estabelecida dos 14-59 anos em ocupação no mercado de trabalho, a idade adulta e a terceira idade (BRASIL, 2007 b; CLT, 2009; ILO/OIT; 2009).

A variável sexo foi classificada em feminino (F) e masculino (M). Já a variável ocupação foi classificada de acordo o número correspondente aos 10 Grandes Grupos do protocolo da Classificação Brasileira de Ocupações CBO/2002 (BRASIL, 2002b). Exceto o grupo 0, pois os trabalhadores desse grupo podem se encaixar no grupo 5 de Trabalhadores dos Serviços, vendedores do comércio em lojas e mercado na secção definida como trabalhadores nos serviços de proteção e segurança. Os dados como donas do lar, desempregados e/ou desocupados, aposentados e/ou pensionistas, estudantes; os quais não podem ser classificados conforme a CBO tiveram uma classificação específica para indivíduos não-ocupados.

Para tanto, foram estipulados 10 Grandes Grupos para classificação geral das ocupações: Grupo 1: Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes; Grupo 2: Profissionais das ciências e das artes; Grupo 3: Técnicos de nível médio; Grupo 4: Trabalhadores de serviços administrativos; Grupo 5: Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados; Grupo 6: Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca; Grupo 7: Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais; Grupo 8: Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais; Grupo 9: Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção; Grupo 10: Não ocupados, os quais subdividem em: 10.1 Recém nascidos e crianças adolescentes 0 a 15 anos não estudantes, 10.2 Aposentados; 10.4 Do lar, 10.5 Estudantes e 10.6 Desempregados.

Em relação à variável escolaridade, a *ficha A* fornece dados apenas se os moradores são ou não alfabetizados. Para categorizá-los foram usadas as letras S para alfabetizados ou em processo de alfabetização e N não alfabetizados. Ao fim, para a variável doença ou condição referida, o dado somente era registrado pela ACS com a confirmação da condição pela equipe de saúde ou laudo médico. A classificação utilizada foi uma referência de letras da patologia fornecida em legenda pela própria ficha e outras condições ou doenças referidas seguiram a mesma classificação de redução do termo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, observaram-se as especificações da área correspondente a USF, entendendo que a mesma é dividida em cinco microáreas (01, 02, 03, 04, 49) as quais correspondem a uma divisão regional exigida pelo SUS e PSF. Desta forma, foi necessário o cálculo da equivalente percentagem de cada uma delas dentro da amostra total. Usou-se a tabela de dados aleatórios quando houve a necessidade de retirar algum dado de famílias para atender a esse valor equivalente.

Após a coleta de dados e análise da representação de cada microárea na amostra total, os dados categorizados foram digitados em arquivo específico no software Excel 2007 e posteriormente analisado estatísticas pelo *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS* (versão 13.0). Para as avaliação das correlações dos dados fez-se uso dos testes estatísticos: Qui-Quadrado e o de Coeficiente de Contingência Quadrático de Pearson.

O teste Qui-quadrado é um teste de significância para dados não paramétricos chamados assim por não exigir parâmetros populacionais como média e variância. Sua função é avaliar se as duas variáveis são ou não independentes. Quando a partir do cálculo $\chi^2 = \sum(O - E)^2 / E$ gera se níveis de significância $p < 0,05$, o dado é identificado como significativo o que expressa por tanto que existe dependência entre as variáveis. O mesmo foi utilizado na tabela condição ocupacional em relação à escolaridade (Gráfico 3) para avaliação da independência, uma vez que a tabela atende todas as exigências do teste, ou seja, possui frequências esperados superiores a cinco, a amostragem é aleatória, os grupos são independentes e são avaliados dados de uma tabela 2 x 2 (duas colunas por 2 linhas).

O coeficiente de contingência quadrático de Pearson é uma medida que objetiva avaliar a associação entre dois conjuntos de atributos, possibilitando paralelamente medir a intensidade desta associação, o calculo é dado pela fórmula $C = \sqrt{\chi^2 / (\chi^2 + N)}$. Este teste é aplicado para variáveis categóricas. A associação entre as variáveis é identificada quando p apresenta valor menor ou igual ao nível de significância $< 0,05$. A interpretação do resultado envolve também o valor do coeficiente de Pearson. Quando este estiver próximo de 1, é possível afirmar que há uma forte associação entre as variáveis. Se o resultado for próximo de -1, há uma correlação negativa. Para este estudo, o coeficiente foi aplicado para verificar se houve alguma associação entre os grupos em idade por condição ocupacional e condição de saúde por condição ocupacional (Tabelas 5, 6 e 7). A justificativa para o uso deste teste está no fato das tabelas serem r x s o que não estabelece quantidade de linhas e colunas a serem associadas e por serem variáveis categóricas.

As associações feitas com as variáveis foram obtidas a partir dos dados originais. Admite-se que estes dados preservem um potencial de representação das verdadeiras relações.

3.6 ÉTICA NA PESQUISA

Em relação aos aspectos éticos do estudo baseado na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que define os critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, a pesquisa antes de ser realizada recebeu a aprovação pelo Comitê de Ética da Secretária de Saúde do Estado da Paraíba para deliberação e realização da mesma (ANEXO 2).

Anteriormente, o projeto foi submetido ao parecer do Distrito II da Atenção Básica responsável pela USF, o qual permitiu a realização da pesquisa após análise do projeto. Atendendo a solicitação burocrática, após o parecer do Comitê de Ética, o projeto ainda foi protocolado na Secretaria de Saúde do Município, da qual foi expedido o documento deliberativo Processo administrativo 01885/2010, para a realização da pesquisa no município (ANEXO 3).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões que se seguem apresentam dados demográficos e socioeconômicos seguidos pelas correlações entre as variáveis sociais e condições de saúde da amostra de usuários cadastrada na USF Maria de Nazaré.

4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

Para a composição da amostra, foram coletados dados dos arquivos das 5 microáreas, as quais compõem a área, esta é reconhecida pelo Sistema Municipal de Saúde com a numeração 020. A retirada de dados de cada uma delas obedece a sua representação dentro da amostra como pode ser observado na Tabela 2.

TABELA 2: Distribuição do número e percentual de famílias de cada microárea dentro da amostra

MICROÁREA	N	%	N
020.01	179	25,2	89
020.02	133	18,7	67
020.03	116	16,3	58
020.04	132	18,5	66
020.49	152	21,3	76
Total	712	100	356

Fonte: Dados da pesquisa, 2010. :

É importante destacar que as microáreas apresentam uma tendência à homogeneidade entre si em relação às diversas variáveis do estudo.

A amostra de 356 famílias reuniu dados de 1336 indivíduos, o que permite realizar uma média de 3,8 indivíduos/família com uma média etária de 29,27 anos, tendo como o desvio padrão 19,08. Desta forma, o desvio padrão denuncia uma variação alta na idade, o que é justificado pela aleatoriedade do estudo transversal realizado. Não houve por tanto intencionalidade na amostra. A Figura 2 permite identificar o número de indivíduos, em suas respectivas faixa etárias.

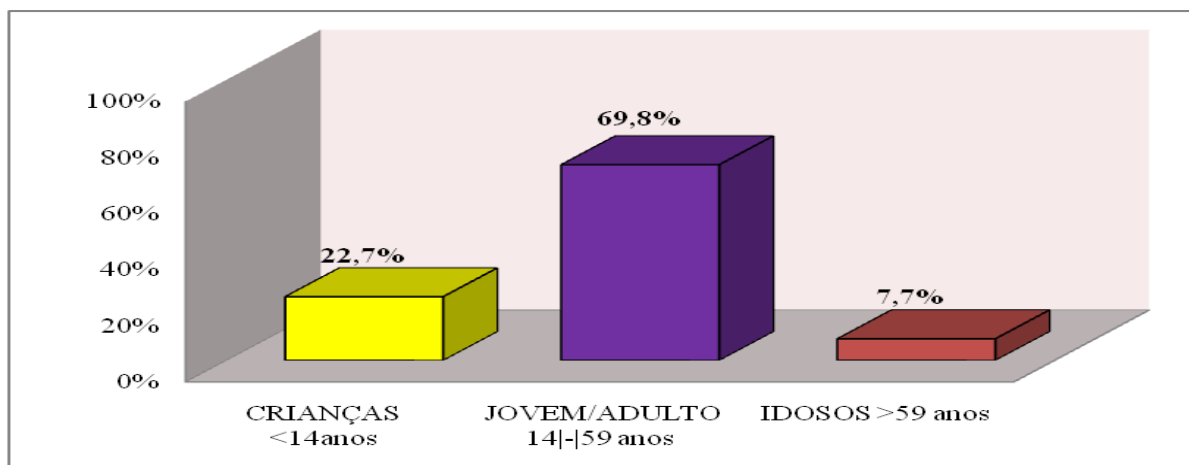


FIGURA 2: Distribuição do número de usuários da USF pela categoria etária

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Gawryszewski, Jorge e Koizumi (2004) afirmam que o envelhecimento da população brasileira é considerado pela demografia como um sinal de desenvolvimento. Numa perspectiva nacional e regional, o estado da Paraíba entre os estados brasileiros se configura como um dos maiores em crescimento de idosos, o índice de envelhecimento que é representado pelo cálculo do n de pessoa com ≥ 60 anos por 100 pessoas menores de 15 anos de idade está entre a média nacional que é de 36 e a média da região nordeste que é de 32 (BRASIL, 2007b).

A população estudada apresenta um alto índice de envelhecimento de 33, no entanto, o percentual de idosos 7,7% se encontra abaixo da média nacional. Estes dados permitem concluir que apesar de atualmente o percentual de idosos está abaixo da média nacional, a área apresenta condições que favorecem ao envelhecimento dos indivíduos moradores na área de abrangência da USF.

O estudo ainda revela sobre a questão etária a qual foi categorizada priorizando a condição ocupacional do indivíduo. Conforme figura 2, a mais prevalente foi a de jovens-adultos entre 14 e 59 anos com 69,8% a idade definida onde os indivíduos em predominância estão economicamente ativos. Comparando a dados nacionais os quais apresentam a taxa de 63,6%, a área se enquadra por tanto com grande concentração de indivíduos em plena fase produtiva (BRASIL, 2007 b; CLT, 2009; OIL/OIT; 2009).

Ao analisar outros dados demográficos podemos identificar que o sexo feminino teve um percentual superior de 54,7% em relação ao masculino, o que aproxima da média municipal que é de 53,3% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006)

Quanto à escolaridade, se calcularmos a taxa de analfabetismo que representa o percentual de analfabetismo somente entre os > 15 anos observamos a taxa de 11,5%, um

índice que supera a média nacional que é de 10%. É importante destacar que esses dados são referidos pelos usuários e podem ainda estar subestimados, pois o analfabetismo diante da sociedade é visto por parte da sociedade como a ausência da capacidade racional e reflexiva e desta forma é em diversas vezes omitidos conforme Bagno (1999).

Os dados da pesquisa apresentados na Figura 3 demonstram maior percentual de trabalhadores de 48,6%, do grupo ocupacional 5 correspondente ao grupo de trabalhadores dos serviços e vendedores do comércio em lojas e mercados classificação estipulado por Brasil (2002b) o qual vem sendo defendido como grupo de maior representação no mercado informal relatam os autores Melo e Teles (2000).

Comentam Melo e Teles (2000), Cacciamali (2000) e Borges e Druck (1993), que o trabalho informal, apesar de ser um termo de ampla aceitação e difusão, não possui uma definição consensual exata principalmente sobre sua natureza e composição. Contudo, faz-se a conceituação do termo no Brasil pelo trabalho onde o empregado não possui registro ou carteira de trabalho como vínculo ao empregador e os exemplos mais presentes no Brasil são trabalhadores em microempresas, no domicílio e ambulantes. Assim, este grupo vem sendo encarado como parcela expressiva dos trabalhadores mais pobres, à margem da legislação trabalhista e do respaldo da mesma.

Diante da toda discussão, ainda se faz perceber que o alto índice do grupo 5 pode sugerir que a atividade econômica predominante dentre os trabalhadores da área é o comércio e serviços, sugerindo ainda baixo nível econômico da população devido os menores lucros e benefícios serem apontados como os do mercado informal relatado por Cacciamali (2000) e Borges e Druck (1993).

Ao grupo ocupacional (G7) e (G8) representado pelos trabalhadores de bens e serviços industriais. Observa-se uma taxa muito superior a média nacional que é de 9,0% conforme Brasil (2000 b). O índice na área o qual pode ser observado na Figura 3 também muito difere do município de João Pessoa revelando uma percentagem de 19,6 p.p. acima da média municipal para este grupo de trabalhadores, conforme Secretária Municipal de Saúde (2006) e Brasil (2007a). A justificativa pode estar associada com a localização da comunidade, a qual faz limite com a área industrial da cidade. Além disso, pode-se sugerir baixa escolaridade da população trabalhadora a partir do dado, pois, para o exercício dessa ocupação, a escolaridade não é fator essencial representando assim uma oportunidade de entrada no mercado de trabalho aos providos de menor escolaridade segundo Oliveira e Rios (2007) e Camargo e Reis (2008).

É interessante destacar que estudos científicos alegam que este o grupo de trabalhadores industriais são apontados entre os de mais alto risco ocupacional para patologias cardiovasculares como hipertensão arterial e diabetes justificadas pelas extenuantes jornadas de trabalho, e de doenças ou distúrbios mentais e neoplasias, além de outras patologias relacionadas diretamente a exposições a produtos lesivos a saúde como, por exemplo, ferro, cimento, amianto e tinta (MENDES, 2007a).

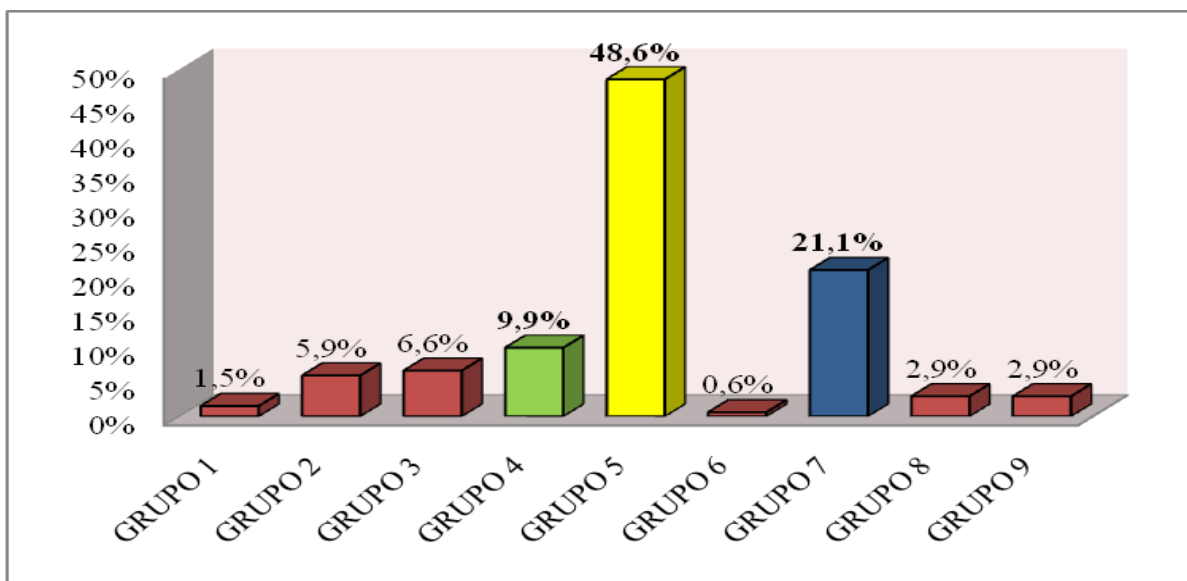


FIGURA 3: Distribuição da população ocupada na área de abrangência da USF Maria de Nazaré segundo os grupos ocupacionais

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Os não ocupados compõe o décimo grupo, G10; representados pelas crianças e jovens de 0 a 15 anos não estudantes (G10.1), pensionista e/ou aposentados (G10.2), donas do lar (G10.4), estudantes (G10.5) e desempregados (G10.6). Este décimo grupo possui o maior percentual sobre a amostra populacional, revelando um total de 881 indivíduos (66%), enquanto os ocupados definidos pela reunião de G1 a G9 são de 455 indivíduos (34%). Entre o grupo de não ocupados se situam os desempregados, os quais representam a quantia de 65 de freqüência (7,4%).

Relatado em IOL/OIT (2009) e em Brasil (2007a), os principais indicadores utilizados para analisar as oportunidades de emprego, são as taxas de participação, o nível de ocupação e a taxa de desemprego. A taxa de desemprego é definida pela freqüência de desempregados pela população entre 14 e 59 anos estipulada como em idade economicamente ativa é de 6,9%, um valor abaixo da média do estado da Paraíba que é de 8%.

Embora, se analisarmos entre os não ocupados são encontrados altos índices de mulheres “inativas” que referiram na *ficha A* como donas do lar, percebe-se assim um percentual de 22,4% e em união com a frequência percentual de usuários-desempregados soma-se 29,8 % conforme Tabela 3.

TABELA 3: Distribuição do número de usuários entre a população enquadrada como não ocupada

GRUPO DOS NÃO OCUPADOS	N	%
G10.1	111	12,6
G10.2	75	8,5
G10.4	197	22,4
G10.5	433	49,1
G 10.6	65	7,4
TOTAL	881	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Esses dados remetem a uma grande discussão sobre o desemprego e o mercado para o gênero feminino. Vem se observando e refletindo a partir da década de 90, o que tradicionalmente era aceito como comum, a escassa participação da mulher em relação ao homem no mercado de trabalho. Apesar de nos dias atuais as mesmas representarem 25%, como provedoras do lar ou mantedoras financeiras, ainda muitas mulheres vivem questões culturais impeditivas de entrada no mercado de trabalho, entre estas, a definição do lar como posse e inteira responsabilidade da mulher. Estes dados são mais visíveis principalmente em comunidades menos desenvolvidas e com baixa escolaridade, onde a união estável e/ou os filhos geralmente ocorrem na adolescência impedindo inclusive o estudo e uma atividade produtiva (NAZARETH, 2003; AQUILINI; COSTA, 2003).

Quando se relaciona as variáveis: grupo ocupacional e idade, sobrevém uma concentração dos trabalhadores na faixa de 19 a 59 anos ou fase adulta, dado esperado; não obstante, os autores Cruz e Moreira (1998) mencionam que cada dia vem crescendo o número de crianças e adolescentes que trabalham, uns fazendo trabalhos leves, acompanhados e protegidos pela família, e outros, por se constituírem, às vezes, na única fonte de renda familiar, trabalhos danosos que prejudicam o desenvolvimento e engajamento escolar. Os dados da área não ratificam a situação apresentada acima, pois a frequência de trabalho infantil para indivíduos de <14 anos é quase insignificante, 0,1% (1) o que sugere que a comunidade e as políticas públicas têm sido atuantes e eficientes na redução dessa taxa na área. É importante destacar que nesses últimos anos, vem se utilizando a USF como ponto de cadastro e acompanhamento para o programa Bolsa Família, um auxílio onde para o recebimento é exigido à frequência de crianças e adolescentes < 15 anos às aulas, além disso,

sugere-se que os projetos sociais da localidade podem ter contribuído para este positivo resultado (NOBRE, 2003; BRASIL, 2003).

Existe nessa circunstância uma situação paradoxal entre a definição de trabalho infantil haja vista que Brasil (2002) publicou uma alerta para que se considere trabalho infantil em menores de 16 anos, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente no artigo 62, CLT (2009) e IOL/OIT (2009) partilham das ressalvas para a permissão da atividade laboral a partir dos 14 anos na condição de aprendiz. A RIPSA (2008) e o BRASIL (2007 b) utilizam a faixa etária entre 14 e 59 anos como a da população em idade economicamente ativa, avaliando esta faixa etária como a maior produtividade da população.

O grupo de não ocupados se estabelece como maioria em todas as faixas etárias conforme tabela 4. Entretanto, entre os jovens de 14 a 18 anos, notou-se um baixo índice de ocupação, um dos principais traços estruturais do mercado laboral juvenil no Brasil o qual é mais observado em área urbana. São sugeridos diversos fatores explicativos para a condição, entre eles: baixa capacitação e aceitação do jovem no trabalho e a realização de serviços ilegais não aceitos na sociedade como ocupação como, por exemplo, a comercialização de drogas (IOL/OIT, 2009).

TABELA 4: Distribuição dos usuários em grupos ocupacionais por determinada faixa etária

GRUPOS OCUPACIONAIS	IDADE EM CATEGORIAS								TOTAL	
	< 14	%	14- 19	%	19 – 59	%	59+	%		
Grupo 1	0	0,0	1	0,1	5	0,4	1	0,1	7	0,5
Grupo 2	0	0,0	0	0,0	26	1,9	1	0,1	27	2,0
Grupo 3	0	0,0	0	0,0	29	2,2	1	0,1	30	2,2
Grupo 4	1	0,1	0	0,0	44	3,3	0	0,0	45	3,4
Grupo 5	0	0,0	2	0,1	203	15,2	16	1,2	221	16,5
Grupo 6	0	0,0	1	0,1	2	0,1	0	0,0	3	0,2
Grupo 7	0	0,0	0	0,0	91	6,8	5	0,4	96	7,2
Grupo 8	0	0,0	0	0,0	13	1,0	0	0,0	13	1,0
Grupo 9	0	0,0	0	0,0	13	1,0	0	0,0	13	1,0
Grupo 10	302	22,6	135	10,1	362	27,1	82	6,1	881	65,9
TOTAL	303	22,7	139	10,4	788	59,0	106	7,9	1336	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Ao correlacionar escolaridade com situação ocupacional, observa-se um alto índice de indivíduos não alfabetizados fora do mercado de trabalho na faixa etária entre 14 e 59 anos de 42,2 %. De acordo com o teste qui-quadrado, ao nível de significância de 5% e p_valor =0,000, pode-se afirmar que a escolaridade está atrelada a situação ocupacional. Este

resultado é de se esperar, já que o mercado de trabalho está cada vez mais exigente com o requisito escolaridade a figura 4 ilustra a comparação da escolaridade e situação ocupacional.

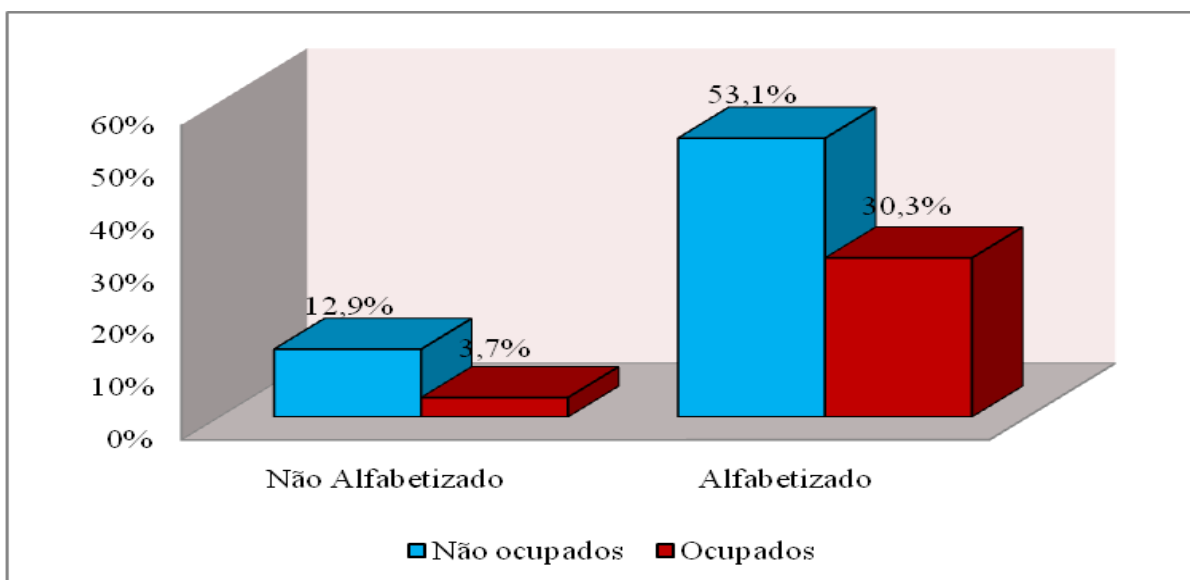


FIGURA 4 : Distribuição do número de alfabetizados e não alfabetizados em relação à condição ocupacional: ocupado ou não ocupado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

4.2 CORRELAÇÕES VARIÁVEIS SOCIAIS E CONDIÇÃO DE SAÚDE

Quando se correlaciona a condição ocupacional, na faixa etária dividida em economicamente ativa (14 e 59 anos) e não ativa (<14 anos e >59 anos) e a presença ou não de condição de saúde referida; o estudo comprovou haver associação entre essas variáveis, ou seja, a presença de doenças ou condições interfere na condição de ocupado ou não ocupado visualizar tabela 5 e 6. Percebe-se a partir da tabela 8 a qual traz o coeficiente de contingência médio quadrado que tem como resultado em 0,115 e o $p_valor = 0,008$ para usuários não ocupados e 0,259 e o $p_valor = 0,00$ para usuários ocupados, que há significativa associação entre a presença de doenças ou condição referida e a condição ocupacional. É importante ressaltar que há uma fraca associação devido o coeficiente não se aproximar de 1 em ambos os casos, o que pode ser explicado pela existência de outros fatores como capazes de interferir na condição ocupacional, como a baixa escolaridade e capacitação apresentada pelos trabalhadores, além da ausência de oportunidades de emprego, entre outros como mencionam Oliveira e Rios (2003), Camargo e Reis (2008) e Mendes (2007b).

A presença de deficiência no trabalhador interfere na condição de ocupado, isto se mostra como dado interessante, ratificando a idéia de Anach (1994) que revela que o mercado é mais difícil para o indivíduo que possui deficiência do que para aquele que não possui. Isto se mostra mesmo diante da atual situação brasileira onde há um sistema de cotas defendido por lei que obriga a inclusão deste trabalhador. Neste contexto, visualiza-se ainda uma necessidade de mais esforços para a inclusão desses indivíduos no mercado de trabalho. Não obstante, a partir do coeficiente de contingência, observou-se estatisticamente que a condição de deficiência interfere no fato de estar ou não trabalhando, mas não é fator único; sugerindo que outros fatores como o preconceito da sociedade brasileira no que diz ao encaixe desse trabalhador no mercado e a ausência de capacitação e/ou adaptação para realização das diversas atividades empregatícias podem promover esse resultado respaldado pelo estudo de Anach (1994).

TABELA 5: Distribuição do número dos usuários não ocupados segundo as patologias e condições referidas e ausentes

CONDIÇÕES OU DOENÇAS REFERIDAS	ID ECON ATIVA		ID ECON NÃO ATIVA		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	423	84,6	317	83,2	740	84,0
Deficiente	6	1,20	1	0,3	7	0,8
Gestante	9	1,80	0	0,0	9	1,0
Diversas doenças*	62	12,4	63	16,5	125	14,2
TOTAL	500	100,0	381	100,0	881	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

A tabela 5 também permite concluir que a condição de gestante favorece a condição de não ocupado no mercado, esse índice como comentado na tabela 3 no qual foi comentado a grande frequência de mulheres “inativas” ou donas do lar na área pode estar ligado à opção das mesmas assumirem as atividades da casa e de cuidados com os filhos, isto é mais evidenciado entre mulheres com baixa escolaridade e condições econômicas. É nesta situação que adolescentes trocam os estudos para assumir a condição de mães e esposas conforme IOL/OIT (2009) e Aquilini e Costa (2003).

TABELA 6: Distribuição do número dos usuários ocupados segundo as patologias e condições referidas e ausentes

CONDIÇÕES OU DOENÇA REFERIDA	ID ECON ATIVA		ID ECON NÃO ATIVA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	352	81,5	8	34,8	360	79,1
Deficiente	4	0,93	0	0,0	4	0,9
Gestante	3	0,69	0	0,0	3	0,7
Diversas Doenças	73	16,9	15	65,2	88	19,3
TOTAL	432	100,0	23	100,0	455	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Entre as patologias definidas como diversas doenças na tabela 6 se encontram: Alcoolismo (ALC), Câncer (CA), Diabetes (DIA), Distúrbio mental (DME), Epilepsia (EPI), Hanseníase (HAN), Hipertensão arterial (HA), Tuberculose (TB), Doença de Chagas¹ (CHA), Insuficiência renal¹(IR), Acidente Vascular Cerebral¹ (AVC), Indivíduos com duas ou mais patologias referenciadas acima¹ (Doenças associadas). O termo nenhuma substitui ausência de doença ou condição referida (N). Entre as condições referidas pode ser encontrada na tabela a Gestação (GES) e a Deficiência (DEF).

Pode se constatar pela Tabela 7 que a doença mais prevalente entre os trabalhadores é a hipertensão arterial, seguido pelas doenças associadas entre as quais está a associação de diabetes e hipertensão arterial num percentual de 75%. Este dado é confirmado pelos estudos de Cordeiro *et al.* (1993), Lessa (2001) e Loilo *et al.* (1993) estes ainda ressaltam que as doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial e o diabetes são as mais prevalente em classe trabalhadoras braçais do em áreas administrativas.

Foi observada incidência de alcoolismo ainda que baixa (4,2%) entre os trabalhadores ocupados conforme tabela 7. O alcoolismo é entendido como problema de saúde pública, cerca de 7% da população mundial sofre com ele, destes, 70 % são trabalhadores, trata-se também da terceira causa de absenteísmo ao trabalho e a oitava em auxílio doença, aumentando em cinco vezes a incidência de acidente de trabalho (MENDES, 2007b).

¹ Essas patologias apesar de encontradas entre os usuários foram encontradas associadas a outras como Hipertensão arterial e Diabetes e estão encaixadas no grupo de doenças associadas.

TABELA 7: Distribuição da condição ocupacional segundo as doenças associadas e condições referidas

DOENÇAS OU CONDIÇÕES REFERIDAS	CONDIÇÃO OCUPACIONAL				TOTAL	
	NÃO OCUPADOS	%	OCUPADOS	%	N	%
HA	78	33,1	60	25,4	138	58,5
ALC	0	0,0	10	4,2	10	4,2
DIA	5	2,1	5	2,1	10	4,2
CA	3	1,3	1	0,4	4	1,7
DEF	7	3,0	4	1,7	11	4,7
DME	11	4,7	0	0,0	11	4,7
DOENÇAS ASSOCIADAS	25	10,6	12	5,1	37	15,7
EPI	1	0,4	0	0,0	1	0,4
GES	9	3,8	3	1,3	12	5,1
HAN	1	0,4	0	0,0	1	0,4
TB	1	0,4	0	0,0	1	0,4
TOTAL	141	59,7	95	40,3	236	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

A presença desse hábito insalubre, o alcoolismo, deve ser combatida ainda que minimamente observada nos dados. Para isso, grandes esforços pela sociedade civil e empresarial devem ser realizados, pois, esta se revela como fator de alto custo para a empresa o que prejudica o trabalhador tanto na obtenção de uma vaga ou permanência na mesma, principalmente no mercado formal. Além disso, traz complicações ainda mais sérias, sobretudo, contribuindo para a morbidade do trabalhador e a violência doméstica (MENDES, 2007b).

TABELA 8: Coeficiente de Contingência

COEFICIENTE DE CONTINGÊNCIA	Valor	N	P_valor
Condição ocupacional X Doenças referidas	0,325	236	0,002
Idade X Condições referidas (não ocupados)	0,115	881	0,008
Idade X Condições referidas (ocupados)	0,259	455	0,000

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

De acordo com a tabela 8, o coeficiente de contingência médio quadrado resultou em 0,325 e o $p_valor = 0,02$. Isso significa que existe uma associação entre a condição ocupacional do indivíduo e as doenças que neles desenvolvem, ou seja, as doenças investigadas no estudo, as cardiovasculares (a hipertensão arterial e o diabetes), o alcoolismo, os distúrbios mentais entre outras definidas na tabela 7 podem ser o motivo que levam esses indivíduos a estarem fora do mercado de trabalho. Entretanto, ao observar que esse

coeficiente não se aproxima de 1 permite concluir que existem outras variáveis ou situações de empecilho a esses trabalhadores de se ocuparem, como a dinâmica do mercado de emprego; a baixa capacitação do trabalhador, a aceitação, o apoio de políticas públicas e o preconceito entre outras confirmado por Anach (1993), Camargo e Reis (2008) e Fonseca (2003).

Por exemplo, ao observar os indivíduos da amostra com distúrbios mentais nota-se que todos estes estão fora do mercado, o que pode sugerir duas situações, tanto que essas patologias dificultem a entrada destes indivíduos no mercado quanto que essas patologias possam ter sido trazidas pelo próprio trabalho, pois já foi apontado por Kalimo (1980) e Anach (1993) que as doenças e deficiências mentais são entre as doenças ocupacionais as mais frequentes e que quando diagnosticadas se encontram em estágios avançados o que denota mais tempo para recuperação e readaptação a atividade empregatícia anterior, além de promoverem preconceitos sociais envolvidos. Um estudo com dados de aidético e o mercado de trabalho, devido a doença ser marcada pelo preconceito revelou o preconceito trazido por ela é a principal dificuldade no engajamento no mercado de trabalho dos indivíduos portadores. É possível compreender a repercussão que estas doenças podem trazer para trabalhador desde dificultar sua entrada no mercado como lesá-los e torná-los a margem da sociedade tirando direitos humanos tendo em vista que a ocupação traduz status, sustento e dignidade ao homem (FONSECA, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo foi possível obter um perfil socioeconômico e epidemiológico em saúde do trabalhador na USF Maria de Nazaré e correlacionar variáveis sociais e de trabalho com as condições de saúde.

Desta forma, identifica-se que a área possui uma população onde as mulheres são maioria (54,7%) assim como a classe de jovens-adultos (69,8%). Não obstante, observa-se que existe um crescimento da faixa etária idosa >59 anos, evidenciado pelo alto índice de envelhecimento (33). Avalia-se também que taxa de analfabetismo é alta (11,5%) e a condição de não alfabetizado interfere na situação de estar trabalhando ou não, o que pode ser confirmado pelos estudos de Oliveira e Rios (2007) e Camargo e Reis (2008), os quais mencionam que existem maiores dificuldades de entrar no mercado de trabalho, principalmente, no formal quando se possui baixo nível de escolaridade e informação.

A classe em idade economicamente ativa (14 a 59 anos) apresenta-se com 69,8% de toda população. A taxa de desemprego calculada foi de 6,9%, um valor abaixo da média do estado da Paraíba que é de 8%, embora entre os indivíduos não ocupados, ao considerarmos os dados das mulheres “inativas” ou donas do lar, tenha sido obtido uma soma com os desempregados de 29,8 %. Destes, a maioria se encontravam entre os jovens de 14 a 18 anos, sugerindo ausência de oportunidade do primeiro trabalho e/ou emprego ou mesmo desinteresse desses indivíduos por um espaço no mercado de trabalho (IOL/OIT, 2009).

É interessante destacar que não foi observado valor significativo de trabalho infantil diferente do que é encontrado em regiões de periferia, conforme IOL/OIT (2009). Pode-se inferir que nesta comunidade existem ações de cuidado a crianças e adolescentes.

Entre os trabalhadores ocupados, a atividade economicamente prevalente na área foi a de trabalhadores dos serviços e vendedores do comércio em lojas e mercados (G5) (48,6%) seguido pelos trabalhadores de bens e serviços industriais (24,0%). Estes dados se enquadram com predominância de trabalhos categorizados como informais e ao se considerar a informalidade como o setor de menores salários e condições. Supõe-se que a população tenha baixo nível econômico e alto risco ocupacional segundo afirmam Cacciamali (2000) e Borges e Druck (1993).

Diante desse contexto, Cordeiro *et al* (1993), Lessa (2001) e Loilo *et al.* (1993) mencionam sobre os riscos de trabalho informal, os quais, em sua maioria, exigem baixo grau intelectual. Estes são responsáveis por sujeitar o trabalhador a maiores riscos de doenças

cardiovasculares, tais como, hipertensão arterial e diabetes. Essas patologias são justificadas pela jornada extenuante e ausência de estímulo de crescimento profissional e nessa população pelo estudo em questão onde entre os indivíduos ocupados estas foram predominantes, num percentual superior a 58%.

O estudo ainda revela que os indivíduos acometidos por doenças ou condições parcialmente limitantes como a diabetes, a gestação e a deficiência, podem ter mais dificuldades na entrada e permanência no mercado de trabalho como ocupado, afirmação já realizada por Anach (1994). No entanto, não somente esses fatores são empecilhos, existem outros tais como o preconceito da sociedade para com esses indivíduos, avaliando-os como alto custo à empresa, a baixa capacitação do trabalhador e a ausência de oportunidade de trabalho por motivos econômicos nacionais (CAMARGO; REIS 2008; MENDES, 2007b).

Em relação ao alcoolismo, observou-se uma incidência relativamente baixa entre os trabalhadores ocupados, dado contraditório a Mendes (2007b) o qual relata uma incidência mundial de 7%. Este autor avalia a doença como um problema de saúde pública por desfavorecer ao empregador e ao trabalhador, conduzindo a um comprometimento na atividade produtiva dos trabalhadores, sendo uma das principais causas de auxílio doença e acidentes no trabalho e mesmo de violência dentro e fora do trabalho.

O estudo aponta, por fim, que mais pesquisas com dados da atenção básica na área de saúde do trabalhador sejam realizadas, inclusive, associando variáveis não abordadas pelo estudo. Constatou-se, a partir do mesmo, que há uma escassez de estudos utilizando a rica base de dados fornecida pelo SIAB, justificado pela não confirmação da confiabilidade gerada pelo sistema. Pode haver, assim, insegurança devido o sistema ser recente e ainda apresentar lacunas e termos divergentes ocasionados pela inabilidade dos ACS com o instrumento de registro e a falta de compromisso ou treinamento tanto dos mesmos quanto dos responsáveis pela análise municipal desses dados. Esta afirmação foi realizada por Ribeiro *et al* (2004) que, ao realizar um estudo piloto utilizando o SIAB em um município nacional concluiu este ser o motivo para a presença de lacunas no sistema.

Entretanto, a experiência realizada com a ESF Maria de Nazaré demonstrou, ainda que necessite de maior aprimoramento e homogeneidade dos conceitos sobre o preenchimento da ficha A e mudanças em sua própria estrutura, que a equipe se mostra interessada com o uso instrumento dando atenção a atualização e modificação dos dados quando é necessário são bastante receptiva e flexível a mudança.

A partir da análise do perfil, sugere-se que haja ações articuladas nos mais diversos âmbitos – político, social, governamental, empresarial e individual – afim de que se possam

reduzir as taxas de analfabetismo, as taxas de desemprego e igualdade no mundo do trabalho, assim como uma maior vigilância em saúde desses trabalhadores que devido à atividade econômica que exercem estão mais sujeitos a serem acometidos por patologias ocupacionais e acidentes de trabalho. Esta vigilância é de responsabilidade de todos os atores envolvidos na saúde do trabalhador inclusive dentro do Sistema Único de Saúde como fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, advogados entre outros, os quais precisam de um olhar diferenciado que envolva saúde e condições sociais.

Os dados apresentados e as correlações entre trabalho e saúde descritas no estudo podem contribuir aos órgãos e instituições municipais e estaduais, como instrumento de acompanhamento e a avaliação das condições demográficas e em saúde do trabalhador em áreas com mais baixo índices de desenvolvimento, alertando gestores tanto da questão socioeconômica e trabalhista daquela população quanto da importância de que valorizem eficientes sistemas de informação e discussão de dados na atenção básica, uma vez que ao Ministério da Saúde indica à unidade de saúde da família no ponderamento dessa vigilância e assistência ao trabalhador sendo capazes de apresentar dados que descrevem o ambiente e o convívio social da classe.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. Fisioterapia na Comunidade. Resumo. In: **2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**. Belo Horizonte, 2004.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, v 9, nº16, p 39-52, set 2004 / fev 2005.

ANACH, A. A. O deficiente no mercado de trabalho: Definição ou conquista?. **Revis Brasileir Educ especial**, s/n, 119-128, 1994.

ANTUNES, R. O caracol e a concha: Ensaio sobre a nova morfologia do Trabalho. **Ensaio**, Unicamp, 2000.

AQUILINI, G H e COSTA, P L. O sobre-desemprego e a inatividade das mulheres na metrópole paulista. **Estudos Avançados**, São Paulo, 17 (49), 2003

BAGNO, Marcos. **Preconceito Lingüístico: o que é e como se faz**. São Paulo: Loyola, 1999

BORGES, M G ; DRUCK, A. Crise global,terceirização e a exclusão no mundo do trabalho. **Caderno CRH**, Salvador, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, 1998.

_____, Ministério da Saúde, **Legislação do SUS**, 20 ed. Brasília, 2000a.

_____, Ministério da Saúde. **Manual do SIAB- Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**, 3. ed. Brasília, 2000 b.

_____, Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília, 2001a.

_____, Ministério da Saúde. **Cenário da Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993 e Perspectivas**. Painel. In: Anais da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: Brasília 2001b.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador- Caderno Nº 5 da Atenção Básica**. Brasília, 2002a.

_____, Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília, 2002b (Caderno 1, 2, 3).

BRASIL, Ministério da Saúde. Conferências Nacionais de Saúde. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cinaem/Pag101_102_103.htm> Acesso em 19 de agosto de 2002 (c).

_____, Ministério da Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)**. Brasília, 2003.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)**. Brasília, 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde do Trabalhador**, 2.ed.. Brasília, 2005.

_____, Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)**. Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo, 2006.

_____, Ministério da Saúde. **Indicadores Básicos em Saúde**. Brasília, 2007a.

_____, Ministério do Trabalho e Emprego. **Anuário dos Trabalhadores**. Brasília, 2007b.

CACCIAMALI, M C .Globalização e processo de informalidade.**Economia e Sociedade**, Campinas, (14): 153-154 174, jun. 2000.

CAMARGO, J M, REIS, M C. Aposentadoria, Pressão Salarial e Desemprego por Nível de Qualificação. **RBE**, Rio de Janeiro, 62 (3), 299–331, Jul-Set, 2008.

CEREST, Secretaria Municipal de João Pessoa. **Relatório de Gestão 2006-2008**. João Pessoa, 2008.

_____, Secretaria Municipal de João Pessoa. **Relatório de Gestão 2009**. João Pessoa, 2009.

CLT. Disponível em <www.legislaçãotrabalhistas.com.br>. Acesso em 20/03/2010.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm > Acesso em 19/04/2010.

CRUZ, O.N.; MOREIRA, M R. Trabalho infanto-juvenil: motivações, aspectos legais e repercussão social. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 14 (2), 1998.

FAVORETO, C A ; CAMARGO, K.R. Alguns desafios conceituais e técnicos operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da família como proposta transformadora do Modelo Assistencial. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(1) : 59-75, 2002.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In : FLEURY, S. **Saúde e Democracia. A Luta do Cebes**, São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FERRAZ, L; AERTS, D R G C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre **Ciênc. saúde coletiva**, 10(2),2005.

FONSECA, M. G P. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e *status* sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5):1351-1363, set-out 2003.

GAWRYSZEWSKI, V P; JORGE, M H P M; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev Assoc. Med. Bras.** São Paulo, 50 (1), 2004.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMEZ, C. M.; COSTA, S.M.F.T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 13 (Supl 2): 21-32, 1997.
- GOMEZ, C. M.; O LACAZ, F.A. C. Saúde do trabalhador: novas - velhas questões. **Ciências & Saúde Coletiva**. 10 (4): 797-807, 2005.
- IANNI, O. O mundo do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, 8 (1): 2-12, 1994.
- IBGE, 2005. Disponível em : <www.ibge.com.br>. Acesso em 20/2/2010.
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE, OIT. **Decent work country profile Brazil**. Genebra and Brasília, 2009.
- KALIMO, R., 1980. Stress in work: Conceptual analysis and a study on prison personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 6(Sup. 3):1-148.
- LESSA, I Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens** 8: 383-92, 2001.
- LOLIO, C A *et al.* Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 27 (5), out.1993.
- LUNA, M.G. Hegemonia e Contra hegemonia no desenvolvimento da favela Maria de Nazaré. **Dissertação mestrado em Educação**. João Pessoa, UFPB, 1999.
- MAEMO, M & CARMO, J.C. **Saúde do Trabalhador no SUS**. São Paulo, Hucitec, 2005.
- MARX, K; ENGELS, F. **Manifesto Comunista**. versão digital, Rocket Edition, 1999.
- MENDES, R. **Patologia do Trabalho**- Atualizada e Ampliada, 2 ed, vol. 1. São Paulo, Atheneu, 2007a .
- _____, R. **Patologia do Trabalho**- Atualizada e Ampliada, 2 ed, vol. 2. São Paulo, Atheneu, 2007b.
- MEC, Ministério da Educação. Disponível em< www.mec.gov.br> . Acesso em 15 /04/ 2010.
- MELO, H P, TELES, J L. **Serviços e Informalidade: o comércio ambulante no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, Instituto De Pesquisa Aplicada, 2000.
- NAZARETH, J S C. “Na hora que tá em sufoco, um ajuda o outro”:Um estudo sobre famílias chefiadas por mulheres urbanas de baixa renda. **Dissertação de Mestrado**. Rio de Janeiro, UFRJ , 2003
- NUNES, M O *et al.*.O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, A M H C, RIOS, E L G N. Uma Avaliação Experimental dos Impactos da Política de Qualificação Profissional no Brasil .**RBE** Rio de Janeiro ,61 (3),353–378, jul-set 2007.

PAIM, J S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária. In : FLEURY, S. **Saúde e Democracia. A Luta do CEBES**, São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____, J S. Atenção a saúde no Brasil. . In : BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa** . Brasília, 2004.

PORTO, M F S P; LACAZ, F A C.; MACHADO, J M H. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: Contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192-206, 2003.

RIBEIRO, L. C. *et al.* **Avaliação dos dados do SIAB: uma aplicação da técnica de amostragem de controle de qualidade para garantia de lotes**. Resumo expandido. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambu- MG, set 2004.

RIPSA. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil- IDB: Conceitos e aplicações**. Brasília, 2008.

RODRIGUES, E A .Via Do Parlamento. In : FLEURY, S. **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES**, São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SESSP e CEREST . Processo de implantação da saúde do trabalhador. **Rev Saúde Pública**, 38 (3): 471 4, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Plano Municipal de Saúde- 2006-2009**. João Pessoa, 2006.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica: Para ciências do comportamento**. McGraw-Hill, Brasil, 1975.

SILVA, N.D.V. E KASSOUF, A.N. Mercado de Trabalho Formal e Informal uma análise da discriminação e da Segmentação. **Nova economia**, Belo Horizonte, 10 (1), 2000.

SOUZA, M M C. **O Analfabetismo no Brasil sob o Enfoque Demográfico**. Brasília, IPEA 1999 .

SPEDO, S M. Saúde do Trabalhador no Brasil: Análise do Modelo de Atenção proposto para o Sistema Único de Saúde. **Dissertação de Mestrado Saúde Coletiva**. Campinas, UNICAMP, 1998.

TOMAS, E *et al.*. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública **Rev Saúde Pública**;37(6), 2003.

VASCONCELOS, E M. **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família**, 4 ed. São Paulo, Hucitec, 2008.

VIANA, A L A; POZ, M R D A. Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225- 264, 2005.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**, 4 ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2008.

_____, S. **Tópicos Avançados de Bioestatística**, 4 ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2008.

WUNSH, V.F. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, 2, (2), 103-117, 2006.

ANEXOS

Anexo 1-Fichas A do Sistema de Informação da Atenção Básica (frente e verso)

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				UF	
ENDEREÇO			NÚMERO		BAIRRO		CEP
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA		

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZAÇÃO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUENTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas		
ALC - Alcoolismo	DME - Distúrbio Mental	HAN - Hanseníase
CHA - Chagas	EPI - Epilepsia	MAL - Malária
DEF - Deficiência	GES - Gestação	TB - Tuberculose
DA - Diabetes	HA - Hipertensão Arterial	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Aguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES

Anexo 2- Certificado provisório do Comitê de Ética em Pesquisa



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

C E R T I D ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 61ª Reunião Ordinária realizada em 22.12.09, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto: **Perfil Epidemiológico em saúde do trabalhador na Atenção Básica: Estudo na unidade básica de saúde Maria de Nazaré –JP- PB** da pesquisadora responsável **Alecsandra Ferreira Tomaz** e aluna Suzana Cardoso Carvalho.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 08 de Janeiro 2010.


Urânia Catão Maribondo Trindade
Coordenadora do CEP-SES/PB

Anexo 3- Encaminhamento da Secretaria de Saúde Municipal

**Prefeitura Municipal de João Pessoa**
Secretaria de Saúde

João Pessoa, 01 de Março de 2009.

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos o (a) pesquisador (a), SUZANA CARDOSO CARVALHO, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: O ESTUDO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA DE NAZARÉ”, a ser realizada na unidade saúde da família Maria de Nazaré – DS II, conforme Processo Administrativo nº 01885/2010.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,

Atenciosamente,

Evellin Bezerra

Gerente de Educação na Saúde

Evellin Bezerra
Gerente de Educação em Saúde
Matricula 52.284-8