

**Boas Práticas do Setor Saúde para a
ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL**

Copyright © Organização Internacional do Trabalho 2009
1ª edição 2009

As publicações da Organização Internacional do Trabalho gozam da proteção dos direitos autorais sob o Protocolo 2 da Convenção Universal do Direito do Autor. Breves extratos dessas publicações podem, entretanto, ser reproduzidos sem autorização, desde que mencionada a fonte. Para obter os direitos de reprodução ou de tradução, as solicitações devem ser dirigidas ao Departamento de Publicações (Direitos do Autor e Licenças), *International Labour Office*, CH-1211 Geneva 22, Suíça, ou por e-mail: pubdroit@ilo.org. Os pedidos serão bem-vindos.

Dados de catalogação da OIT

Boas práticas do setor saúde para a erradicação do trabalho infantil / Organização Internacional do Trabalho. - Brasília: OIT, 2009

1 v.

ISBN: 9789228223613; 9789228223620 (web pdf)

International Labour Office

child labour / child worker / hazardous work / good practices / Brazil

13.01.2

As designações empregadas nas publicações da OIT, segundo a praxe adotada pelas Nações Unidas, e a apresentação de material nelas incluídas não significam, da parte da Organização Internacional do Trabalho, qualquer juízo com referência à situação legal de qualquer país ou território citado ou de suas autoridades, ou à delimitação de suas fronteiras.

A responsabilidade por opiniões contidas em artigos assinados, estudos e outras contribuições recai exclusivamente sobre seus autores, e sua publicação pela OIT não significa endosso às opiniões nelas expressadas.

Referências a firmas e produtos comerciais e a processos não implicam qualquer aprovação pela Secretaria Internacional do Trabalho, e o fato de não se mencionar uma firma em particular, produto comercial ou processo não significa qualquer desaprovação.

Os recursos para essa publicação foram fornecidos pelo Departamento de Trabalho dos Estados Unidos. Essa publicação não reflete, necessariamente, as políticas do Departamento. De igual maneira, a menção de marcas, produtos comerciais e organizações não implica em qualquer forma de endosso do Governo dos Estados Unidos.

As publicações da OIT podem ser obtidas nas principais livrarias ou no Escritório da OIT no Brasil: Setor de Embaixadas Norte, Lote 35, Brasília - DF, 70800-400, tel.: (61) 2106-4600, ou no *International Labour Office*, CH-1211. Geneva 22, Suíça. Catálogos ou listas de novas publicações estão disponíveis gratuitamente nos endereços acima, ou por e-mail: vendas@oitbrasil.org.br

Visite nossa página na Internet: www.oit.org.br

FICHA TÉCNICA DA PUBLICAÇÃO

Elaboração

Programa de Saúde do Trabalhador Adolescente (PSTA) do Programa de Atenção Primária do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Direção do NESA

José Augusto da Silva Messias

Coordenação Atenção Primária

Margareth Attianezi

Organização da publicação

Suyanna Linhales Barker

Equipe de autores

Carla Cristina Coelho Augusto Pepe

Carmen Maria Raymundo

Larissa E. B. Wollz Novotny

Suyanna Linhales Barker

Co-autores por capítulo

Capítulo 1: Maria da Graça Luderitz Hoefel,

Ligia Ximenes e Rubia Batista

Capítulo 2: Marcia Hidemi Murai Guedes

Capítulo 3: Luis Eduardo Cobra Lacorte, Ecléa Spiridião Bravo,

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela e André Ferian Neves

Capítulo 5: Soraya Wingester Vilas Boas e Camila Correa Jacques

Assistentes de pesquisa

Adriana de Oliveira Rodrigues

Jussara dos Santos Veiga

Projeto gráfico

Luis Claudio Calvert

Fotografia

Simone Brandão

LISTA DE ABREVIATURAS

ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade

CAIST-MG – Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Estado de Minas Gerais

CASMCA – Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

CEDECA – Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CGVAM – Coordenação Geral de Vigilância Ambiental

CIES – Centro de Integração de Ensino e Serviço

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

COSAT – Coordenação de Saúde do Trabalhador

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FECTIPA – Fórum Estadual de Combate ao Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente

FIERGS – Federação das Indústrias do Rio Grande do Sul

FM-UFMG – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

FNPETI – Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FormSus – Banco de dados criado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEC – Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

LTC/NUTES/UFRJ – Laboratório de Tecnologias Cognitivas

do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro

MEC – Ministério da Educação

MP – Ministério Público da União

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MPT – Ministério Público do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NESA – Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONG – Organização Não-Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PIB – Produto Interno Bruto

PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa Saúde da Família

PST – Programa Saúde do Trabalhador

PSTA – Programa de Saúde do Trabalhador Adolescente

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SEDH – Secretaria Especial dos Direitos Humanos

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIG – Sistema de Informação Gerencial

SINAN – Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação

SIVAT – Sistema de Vigilância em Acidentes do Trabalho

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRTE – Superintendência Regional do Trabalho de Emprego

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajuste e Conduta

TIP – Trabalho Infantil Perigoso

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

| | |
|--|----|
| Apresentação | 8 |
| Introdução | 11 |
| Capítulo 1: A Configuração da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde e a Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil | 15 |
| Capítulo 2: Boas Práticas nas Ações de Vigilância em Saúde: sobre o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-NET) | 29 |
| Capítulo 3: Boas Práticas nas Ações Intersetoriais em Saúde: uma Iniciativa para a Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil no Pólo de Produção de Jóias e Bijuterias de Limeira-SP | 39 |
| Capítulo 4: Boas Práticas nas Ações de Capacitação dos Profissionais de Saúde: Iniciativa Articulada entre o Programa Internacional para Eliminação do Trabalho Infantil da Organização Internacional do Trabalho, o Ministério da Saúde e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro | 47 |
| Capítulo 5: Boas Práticas nas Ações de Organização da Rede de Atenção Integral à Saúde: a Experiência da Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais | 61 |
| Conclusão | 75 |

Nos últimos anos, o combate ao trabalho infantil vem ocupando cada vez mais espaço na agenda política pública mundial, principalmente, a partir do advento da Declaração Universal dos Direitos da Criança (em 1989). A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente proíbem expressamente o trabalho infantil, mas permitem que adolescentes com mais de 14 anos trabalhem como aprendizes e que adolescentes com mais de 16 anos exerçam funções consideradas seguras. Apesar de a legislação brasileira estar à frente das legislações de outros países, o Brasil registrou, em 2005, cinco milhões de crianças e adolescentes trabalhando em situações ilegais, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada anualmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Nesse contexto, essas crianças e adolescentes estão expostos a complexas situações de vulnerabilidade ambiental, social e cultural. Um dos efeitos perversos dessa realidade refere-se às exposições a ambientes de trabalho insalubres e ao trabalho infantil de risco, que comprometem o desenvolvimento biológico e psicológico da criança, além de possibilitar agravos à saúde — situações essas que ameaçam o principal direito humano, o direito à vida.

Vários esforços foram realizados nos últimos 20 anos para erradicar o trabalho infantil e assegurar os direitos dos jovens trabalhadores, mas a questão é de extrema complexidade e magnitude, e exige a elaboração de ações intersetoriais, que consigam abranger a real dimensão do problema, incluindo a ótica específica da saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em consonância com outros setores do governo, formulou a Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente. Dentre as ações previstas para viabilizá-la destaca-se a portaria que determina a notificação compulsória em casos de crianças e adolescentes acidentados no trabalho (Portaria GM nº 777 do Ministério da Saúde, de 28 de abril de 2004).

A Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente envolve ações educativas, de vigilância e de assistência, que contribuem para a prevenção e identificação do trabalho infantil, apontando prioridades e prestando atenção integral à saúde de crianças e adolescentes. Esses objetivos coadunam-se com os pressupostos do SUS de universalização do atendimento, integralidade das ações e intersetorialidade.

Tais iniciativas vêm produzindo exemplos de “Boas práticas no Setor Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente no Brasil”. Essa publicação tem como objetivo descrever algumas das experiências exitosas do setor, com o intuito de conferir a necessária visibilidade à importância de uma saúde pública que garanta o direito à infância e à adolescência saudável no país.

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde

No Brasil, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), por intermédio de seu Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil (IPEC), implementa ações de cooperação técnica desde 1992.

Com o intuito de promover a articulação e a mobilização de iniciativas nacionais de combate ao trabalho infantil, a OIT, através do IPEC tem buscado estimular a cooperação entre entidades nacionais e internacionais, como parte do seu compromisso com a promoção do trabalho decente no país.

Dentre as mais bem sucedidas estratégias desenvolvidas nos últimos anos, destacam-se as ações na área da saúde. Nesse contexto, as ações da OIT/IPEC, de contribuir com estratégias para a eliminação e prevenção do trabalho infantil, têm alcançado um sensível e favorável impacto e têm sido usadas como referência em contextos e países diversos.

Tal sucesso pode ser justificado, principalmente, pela eficaz coordenação de esforços dos entes envolvidos. O Ministério da Saúde e a OIT, sempre contando com o apoio técnico do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), foram responsáveis pelo desenho e adoção de estratégias inovadoras de pesquisa, treinamento e sensibilização de profissionais de saúde de todo o país.

Por todo Brasil, profissionais da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, além de membros da Rede de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente foram apresentados às novas metodologias de identificação de casos de trabalho infantil. Ademais, os profissionais e entidades foram sensibilizados sobre a importância de seu engajamento para uma atuação coordenada de proteção de crianças e adolescentes expostos precocemente ao trabalho.

Agora, oportunamente, as referidas experiências encontram-se consolidadas na presente publicação. Pretende-se, que com esse instrumento de divulgação de boas práticas e lições aprendidas ao longo dos últimos anos, mais uma vez, o sistema de proteção, saúde e segurança de meninos e meninas trabalhadores seja fortalecido.

Laís Wendel Abramo
Diretora do Escritório da OIT no Brasil

A história da formação do povo brasileiro, que se constitui como o resultado da mestiçagem de sua população nativa com a colonização européia e a diáspora africana, é marcada pela exploração daqueles que, ao longo dessa trajetória, foram considerados sujeitos desprovidos de capacidades culturais e políticas para se configurar como cidadãos plenos. Nesse contexto, povos indígenas, famílias de escravos africanos e os imigrantes das camadas populares foram alijados dos processos decisórios e considerados, sempre, mão-de-obra barata e abundante na construção de um país continental e rico em reservas naturais. Um dos efeitos desse processo tem sido o uso indiscriminado da força de trabalho de crianças, adolescentes e jovens, que, desta maneira, vêm sendo excluídos das oportunidades de crescimento pleno, de desenvolvimento saudável e de emancipação política – essas, oferecidas aos filhos das elites dominantes.¹

Somente nos últimos 20 anos, com o advento da redemocratização do país, sob a influência de valores internacionais, que apregoam a construção de sociedades baseadas nos princípios dos direitos humanos, é que a sociedade brasileira tem conseguido construir arcabouços legais e iniciativas institucionais que pressupõem a garantia da proteção universal dos direitos das crianças. Como exemplo disso, teve-se a conquista da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, um aparato legal extremamente progressista, que os compreende como sujeitos de direitos.²

Entretanto, ainda hoje, existem no Brasil milhões de crianças e adolescentes economicamente ativos, inseridos em contextos de vida e de trabalho que lhes impõem complexas situações de vulnerabilidade ambiental, social e cultural. Um dos aspectos mais preocupantes dessa problemática, embora pouco abordado nos debates sobre o trabalho infantil, é a possível ocorrência de agravos à saúde, que transgride o principal direito humano, a saber, o direito à vida.

Vários estudos e pesquisas epidemiológicas³ vêm ampliando o conhecimento sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho infanto-juvenil. Essas pesquisas têm demonstrado que este grupo populacional está mais suscetível aos agentes presentes nos ambientes de trabalho, tanto para danos imediatos à saúde, quanto para aqueles que podem levar a incapacidades permanentes ou temporárias. Vale notar que a relação entre saúde e trabalho infanto-juvenil refere-se tanto à exposição a ambientes insalubres, perigosos e penosos, quanto aos nexos estabelecidos entre a experiência laboral e o desenvolvimento biológico, emocional, cognitivo e social.

¹ DELPRIORE, M. História das Crianças no Brasil. São Paulo: Contexto, 2000.

² BRASIL. Lei 8069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.

³ FASSA, A. G. Health benefits of eliminating child labor. Geneva: International Labor Organization; 2003.

Disponível em: <[HTTP://www.ilo.org/public/english/standards/ipecc/publ/policy/pol-_health-costben_2003.htm](http://www.ilo.org/public/english/standards/ipecc/publ/policy/pol-_health-costben_2003.htm)>

Impulsionados por essas informações e por mobilizações sociais⁴, diferentes setores da sociedade brasileira vêm sendo convocados a participar de ações intersetoriais com vista à construção de estratégias articuladas de prevenção e erradicação do trabalho infantil. Especialmente nos últimos cinco anos, o setor saúde, através do Ministério da Saúde (MS), vem atuando com organismos internacionais e nacionais em ações que contribuam para a prevenção e erradicação do trabalho infantil e a proteção do trabalho do adolescente e do jovem.

A estruturação de ações que garantam a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde, vem sendo difundida através das seguintes iniciativas:

- (1) Implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que tem como objetivo estruturar ações assistenciais, de vigilância em saúde e de promoção da saúde, na perspectiva da saúde do trabalhador.
- (2) Implementação da 1ª Política Nacional de Saúde para Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente.

Vale ressaltar que essa Política constitui-se através de ações educativas, de vigilância e de assistência, que contribuem para a prevenção e a identificação do trabalho infantil, apontando prioridades e prestando atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Esses objetivos coadunam-se com os pressupostos do SUS de universalização do atendimento, integralidade das ações e intersetorialidade.

As referidas iniciativas vêm produzindo alguns exemplos de “*Boas Práticas do Setor Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente no Brasil*”. Essa publicação tem como objetivo descrever algumas das experiências exitosas do setor com o intuito de conferir a necessária visibilidade à importância da saúde pública para garantir o direito à infância e à adolescência saudável no país.

Para tanto, foram desenvolvidos dois instrumentos de coleta de dados, um quantitativo e outro qualitativo. O instrumento quantitativo teve por objetivo coletar as informações disponíveis na RENASt para traçar o perfil das ações que estão sendo desenvolvidas em cada Estado, assim como levantar os resultados alcançados até o momento. Foi utilizado o sistema de informação FormSus do DATASUS⁵ para disponibilização do instrumento de coleta de dados e para análise das respostas obtidas.

⁴ <http://www.fnpeti.org.br>

⁵ <http://www.datasus.gov.br>

Definição do Sistema Único de Saúde do Brasil

Na Constituição Federal Brasileira a saúde é compreendida como um direito garantido por políticas sociais e econômicas. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde são movimentados sob controle do Ministério da Saúde. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados ou conveniados, que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

O instrumento qualitativo teve por objetivo a construção de estudos de caso das ações identificadas como exemplares nos campos da vigilância em saúde, articulação de rede intersetorial, capacitação profissional e organização da rede de assistência à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Os dados foram coletados de acordo com cada campo de pesquisa, a saber:

(1) AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Campo de Pesquisa: Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), do Ministério da Saúde, instância governamental responsável pelo incremento das atividades de vigilância em saúde do trabalhador e suporte técnico à RENAST para a captação e análise das notificações ao Sistema de Informações de Agravos e Notificação (SINAN) envolvendo crianças e adolescentes economicamente ativos.

(2) AÇÕES INTERSETORIAIS EM SAÚDE

Campo de pesquisa: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba e Comissão de Erradicação do Trabalho Infantil no Município de Limeira. Responsáveis pela formação de uma rede intersetorial para o enfrentamento do trabalho de crianças e adolescentes na indústria de produção de jóias e bijuterias.

(3) AÇÕES DE CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Campo de Pesquisa: Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), responsável pela implementação dos Cursos de Sensibilização para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos, em seu formato presencial e como ambiente virtual.

(4) AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Campo de pesquisa: Estado de Minas Gerais – Coordenação Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Órgão responsável pelas ações de assessoria e acompanhamento do Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador e dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de Minas Gerais.

Buscando descrever as inúmeras expressões das ações em curso, os dados coletados foram organizados em capítulos distintos, mas compõem, em sua totalidade, estratégias integradas de atenção à saúde. Vale notar que tais ações acontecem concomitantemente em alguns Estados, embora em outros apenas algumas delas estejam completamente implementadas. Não seria possível descrevê-las integralmente; sendo assim, foram focadas algumas iniciativas que melhor explicitassem as boas práticas do setor saúde em âmbito nacional.

No entanto, a tarefa desse setor ainda não está concluída. Nas considerações finais são tecidas as potencialidades da área da saúde para a efetiva colaboração na erradicação do trabalho infantil no Brasil.

A Configuração da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde e a Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil

INTRODUÇÃO

Desde 2003, por meio de sua Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), o Ministério da Saúde desenvolve uma série de ações visando à implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), cujas diretrizes, dispostas na Portaria GM/MS nº 1.125, de 6 de julho de 2001, compreendem:

- A atenção integral à saúde dos trabalhadores envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis; fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho; assistência integral à saúde dos trabalhadores; adequação e ampliação da capacidade institucional;
- A articulação intra e intersetoriais;
- A estruturação de rede de informações em Saúde do Trabalhador;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos;
- Participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a implantação da PNST. Trata-se de uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde no SUS, principalmente na área da Saúde do Trabalhador.

Por definição, redes de atenção integral à saúde são compostas por um conjunto de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, com objetivos comuns. Para a rede funcionar os serviços devem se comunicar através de ações cooperativas, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada.

A RENAST é composta de 164 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho e da produção social das doenças no SUS. A sua função prioritária é articular as ações de Saúde do Trabalhador em determinado território, segundo os princípios de regionalização e descentralização do SUS, com a efetiva participação do controle social.

Definição de Controle Social:

Processo no qual a população participa, através de seus representantes, na definição, no acompanhamento, na execução e na fiscalização das políticas de saúde.

Lócus privilegiado de articulação e pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência, cada CEREST tem como atribuições: prover suporte técnico adequado às ações de assistência e vigilância da saúde do trabalhador; recolher, sistematizar e difundir informações, de modo a viabilizar as ações de vigilância; facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e o controle social. ¹

Trata-se de serviços especializados, de abrangência estadual ou regional, que têm como função o provimento de retaguarda técnica para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

No que se refere ao trabalho infantil, compete aos CERESTs, conforme anexo IV da Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005, contribuir na identificação e avaliação da saúde de adolescentes e crianças submetidos a situações de trabalho, assim como atuar com outros setores de governo e da sociedade na prevenção do trabalho infantil.

Considerando critérios populacionais, o Ministério da Saúde prevê a instalação de 200 CERESTs até o final de 2008. Para 2011, considerando o Programa Mais Saúde, estima-se a implantação de mais 90 serviços, para um total de 290 CERESTs estaduais e regionais.

Atualmente, os 164 CERESTs estão assim organizados:

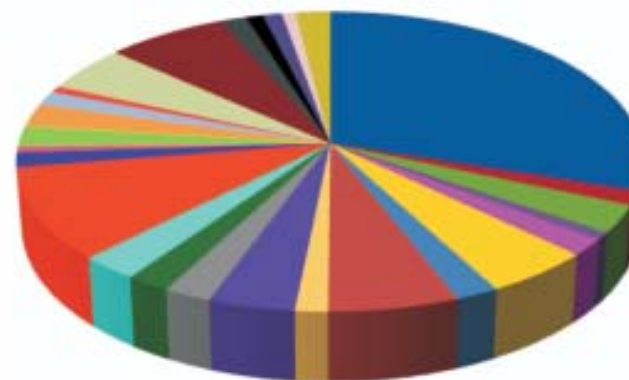
A distribuição dos serviços por unidade federativa é a que segue:

CEREST habitados - Abrangência



■ Estadual
■ Regional

CEREST por UF - Distribuição



■ SP ■ SE ■ SC ■ RR ■ RO
■ RS ■ ES ■ RJ ■ PI ■ PE
■ AM ■ PB ■ PR ■ MG ■ MT
■ MS ■ MA ■ GO ■ RN ■ DF
■ CE ■ BA ■ PA ■ TO ■ AL

¹ DIAS, E. C. & HOEFEL, M. G. O Desafio de Implementar as Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a Estratégia da RENAST. Cadernos Ciência & Saúde Coletiva. v.10, nº 4, pp. 817-828, outubro/dezembro 2005.

Por meio da Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005, o Ministério da Saúde prevê o repasse de incentivos financeiros para a implantação dos CERESTs no valor de R\$ 50 mil, pagos no ato da habilitação do serviço, mais R\$ 30 mil e R\$ 40 mil mensais, para a manutenção das atividades dos CERESTs regional e estadual, respectivamente.

A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL

Diante do alto grau de exploração de crianças e adolescentes no mundo do trabalho, o Ministério da Saúde elaborou em 2003 a Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil, cujo objetivo é “promover ações educacionais, de vigilância e de atenção, contribuindo para a prevenção e a identificação do trabalho infantil, apontando prioridades de erradicação do ponto de vista da saúde, bem como prestar atenção integral à saúde dos trabalhadores precoces”.

A Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil considera trabalho infantil todas as atividades realizadas por crianças que contribuem para a produção de bens ou serviços, incluindo atividades remuneradas, trabalho familiar e tarefas domésticas exclusivas realizadas no próprio domicílio sem frequência dos jovens à escola.

Considera-se trabalho infantil todo trabalho que, de acordo com a legislação brasileira, deve ser erradicado, ou seja, todo trabalho de crianças menores de 14 anos, o trabalho de adolescentes de 14 e 15 anos, com exceção daqueles que estão na condição de aprendizes, e o trabalho perigoso de adolescentes de 16 e 17 anos.

São propósitos da política de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos:

- Apoiar a prevenção do trabalho infantil;
- Apoiar a identificação e a erradicação do trabalho infantil; e
- Prestar atenção integral à saúde.

Esses propósitos atendem aos pressupostos básicos do SUS em cujas diretrizes estão previstas a atenção universal para as crianças e adolescentes economicamente ativos, sejam eles do campo ou da cidade, e a integralidade das ações, incluindo atividades de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.

Outro destaque da Política é enfatizar a ação intersetorial, de forma a dar conta da complexidade do problema e respeitar as especificidades de cada setor, prevendo realizar atividades conjuntas com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o Ministério da Educação (MEC), o Ministério do Esporte, o Ministério da Justiça, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), o Ministério Público da União (MP), o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI), os operadores do Direito, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), entre outros.

Além disso, a Política garante a ampla participação do controle social, que deverá ser exercido pelos Conselhos Tutelares, os sindicatos e a sociedade civil organizada, bem como a regionalização e a hierarquização das ações em diferentes níveis de complexidade, além da interdisciplinaridade das equipes que enfocam o problema.

Conselho Tutelar:

Órgão responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes, previstos no ECA. O conselho é permanente, autônomo, não-jurisdicional e composto de cinco membros, escolhidos pela sociedade, com mandato de três anos. O processo eleitoral é de responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, sob a fiscalização do Ministério Público.

Para a consecução do propósito da referida Política, são estabelecidas as diretrizes explicitadas a seguir, que orientam a definição ou a redefinição dos instrumentos operacionais que irão implementar tal política e que são representados por planos, programas, projetos e atividades.

As diretrizes são as seguintes:

- **Promoção do conhecimento acerca do impacto do trabalho infantil sobre a saúde**

Serão realizadas atividades educativas enfocando os direitos da criança, a legislação sobre o trabalho infantil e o impacto deste sobre a saúde. As ações serão direcionadas às crianças, aos adolescentes e aos pais.

- **Monitorização da ocorrência do trabalho infantil**

Os serviços de saúde atuarão na identificação do trabalho infantil. Os níveis de atenção com maior potencial para atuar na monitorização são os serviços de atenção básica, por sua característica de importante porta de entrada da população no serviço público, e os serviços de emergência, que são os locais que prestam o primeiro atendimento aos acidentados do trabalho. A área da Saúde entende que as ações de erradicação do trabalho infantil devem privilegiar atividades programáticas que envolvam grupos de crianças e não as demandas individuais, de forma a preservar a relação dos profissionais de saúde com as comunidades onde estes atuam.

- **Monitorização do impacto do trabalho infantil sobre a saúde**

Tal monitorização será feita com o processamento de informações de rotina sobre agravos ou acidentes com crianças e adolescentes oriundos da rede básica ou dos sistemas de média e alta complexidades. Para efetivá-la, serão incluídos os itens “ocupação” e “ramo de atividade” em todas as fichas de atendimento individual de crianças acima de 5 anos. A monitorização também ocorrerá a partir de eventos sentinelas estabelecidos pelos centros de referência em saúde do trabalhador e por pesquisas com populações específicas.

- **Atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos**

A atenção integral à saúde enfatizará a assistência e a reabilitação de crianças e adolescentes que pararem de trabalhar, a promoção da saúde e da segurança no trabalho, bem como a assistência e a reabilitação de adolescentes inseridos em atividades que não forem consideradas perigosas.

- **Capacitação de recursos humanos**

A capacitação de recursos humanos da área de Saúde deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes da Política, com destaque especial para a formação necessária de profissionais aptos a:

- Identificar as crianças e adolescentes economicamente ativos; quando for o caso, fazer onexo causal entre o agravo apresentado e o trabalho;
- Atuar como promotores da saúde, informando os dados do impacto do trabalho infantil sobre a saúde;
- Encaminhar, prestar assistência ou realizar ações de reabilitação (conforme o nível de atenção) para crianças e adolescentes economicamente ativos que apresentem agravos relacionados ao trabalho;
- Tomar as providências cabíveis quando identificarem casos de trabalho infantil.

MAPEAMENTO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS CERESTs PARA A ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL E PROTEÇÃO DO TRABALHADOR ADOLESCENTE

Com o objetivo de identificar as iniciativas exitosas e também conhecer as principais dificuldades que os gestores da saúde encontram no desenvolvimento dessas atividades, o NESA e a COSAT estruturaram um questionário específico para mapear que ações desenvolvem os CERESTs, em cada um dos níveis de atenção do SUS, para combater a prática do trabalho infantil em seus territórios de abrangência.

O questionário também procurou identificar as relações estabelecidas por cada CEREST com os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, que têm a finalidade de assegurar a execução de políticas públicas de defesa, promoção e proteção dos direitos de crianças e adolescentes.

O formulário de pesquisa foi encaminhado via endereço eletrônico, em setembro de 2008, aos 164 CERESTs habilitados pelo Ministério da Saúde, todos eles cadastrados no FormSUS.

O FormSUS é um banco de dados criado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) para coletar e disseminar dados em saúde pela Internet. É utilizado por diversos órgãos do MS, incluindo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM).

Durante o período de coleta de dados, foi feito um acompanhamento do processo, com a verificação das respostas recebidas, de forma a garantir a qualidade das informações prestadas pelos serviços. Nos casos em que era constatada alguma incompletude nas respostas, ou algum equívoco no preenchimento, era solicitado à coordenação do CEREST que realizasse os ajustes necessários no formulário respondido.

Vale ressaltar que, embora o questionário fosse dirigido aos CERESTs estaduais e regionais, também foram envolvidos nesse processo os coordenadores de Saúde do Trabalhador nas Secretarias Estaduais de Saúde.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos 164 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador instalados no país, 100 responderam ao questionário, o que representa 60,97% dos CERESTs.

Do total geral, apenas 39 CERESTs, o que representa 39%, afirmaram ter participado das oficinas de capacitação para a atenção integral a crianças e adolescentes economicamente ativos. Destes, apenas 17, o que equivale a 43,58%, já se articulavam, antes da participação na oficina, com outros órgãos que promovem os direitos de crianças e adolescentes.

Em contrapartida, 30 CERESTs, o que representa 76,92% dos que participaram da iniciativa de capacitação, afirmaram que os conhecimentos adquiridos com a metodologia utilizada os auxiliaram no estabelecimento de novas parcerias com instâncias que integram o sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes.

Se observarmos esses números a partir do total de CERESTs que responderam à pesquisa, ou seja, no universo das 100 respostas, o número dos que afirmam que as oficinas os auxiliaram no processo de articulação com outros órgãos que atuam pelos direitos de crianças e adolescentes sobe para 47. Tal situação pode significar que alguns Centros de Referência possam ter participado de forma indireta das atividades de capacitação, ou seja, a partir de iniciativas promovidas nos estados e municípios pelos CERESTs que participaram diretamente da capacitação, já que a intenção era a de transformá-los em multiplicadores da metodologia em suas áreas de atuação.

Quando questionados sobre as ações já promovidas ou programadas para acontecer que demonstravam o estabelecimento de parcerias com órgãos que compõem o sistema de garantia de direitos, 87 CERESTs especificaram as ações desenvolvidas.

Destacamos algumas dessas ações por serem recorrentes para um número expressivo de Centros de Referência ou, ainda, por representarem exemplos de boas práticas para a erradicação do trabalho infantil:

- ***Cerest Teresina (PI)***

Participação na campanha de erradicação do trabalho infantil em conjunto com o Fórum Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil (2006 e 2007) e em atividades de capacitação para profissionais de saúde e de conselhos de assistência social (2006, 2007 e 2008);

- ***Cerest Ipatinga (MG)***

Realização da 1ª Jornada Trabalho Infantil: Desafios e Perspectivas, realizada em parceria com os conselhos de direitos, conselhos tutelares, Secretaria de Ação Social e de Educação e Ministério do Trabalho; atividades de mobilização e sensibilização sobre o Dia Mundial Contra o Trabalho Infantil (2008) em parceria com o conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente, Secretaria de Ação Social e de Educação e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil no município; participação no ciclo de estudos sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em conjunto com profissionais da Secretaria de Educação e conselheiros dos direitos e conselheiros tutelares (2008);

- ***Cerest Sete Lagoas (MG)***

Capacitação e sensibilização de conselheiros tutelares para a erradicação do trabalho infantil; estabelecimento de parceria com o conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente; divulgação, aos participantes, do Programa Agente Jovem sobre o Dia Mundial Contra o Trabalho Infantil;

- ***Cerest de Santa Cruz do Sul (RS)***

Realização da I, II e III Semanas Regionais de Combate ao Trabalho Infantil (2005, 2006 e 2007); criação da Rede Regional de Combate ao Trabalho Infantil “Anjos do Amanhã” (2005); capacitação para candidatos a conselheiros tutelares no município de Vera Cruz (2007); promoção da Reunião do Fórum Estadual de Combate ao Trabalho Infantil em Santa Cruz do Sul (2007); sensibilização/capacitação para os conselheiros tutelares da área de abrangência do CEREST/Vales (programada para acontecer em 2008 e 2009);

- ***Cerest Juazeiro do Norte (CE)***

Treinamento com as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) para sensibilização e identificação dos agravos e

infrações aos direitos da criança e adolescentes; reuniões com o conselho tutelar para discutir problemas e soluções para os casos de denúncias e de comprovação de descumprimento dos direitos de crianças e adolescentes;

- ***Cerest Regional de Palmas (TO)***

Reunião com representantes do SUS do estado e do município que estão envolvidos com os direitos da criança e do adolescente – como a Área Técnica da Saúde da Criança e Adolescente, Doenças e Agravos Não-Transmissíveis – e Cerests estadual e regional com o objetivo de estabelecer um fluxo interno do SUS e conhecer a realidade de cada área; participação no Fórum de Trabalho Infantil e Educação, que contou com a participação de vários órgãos que promovem os direitos da criança e do adolescente (2008);

- ***Cerest Regional de Belém (PA)***

Participação na Campanha “De Mãos Dadas pela Erradicação do Trabalho Infantil” em parceria com o Fórum Estadual e a Comissão de Erradicação do Trabalho Infantil e Trabalho Protegido do Adolescente (2005); participação nas Coordenações Colegiadas da Comissão Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil; participação em Audiência Pública no Dia Mundial Contra o Trabalho Infantil, em que foi assinada a repactuação do Governo do Estado do Pará no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (2007); realização da “I Oficina dos Módulos de Auto-Aprendizagem sobre Saúde e Segurança no Trabalho Infanto-Juvenil”, direcionada aos Cerests regionais (Metropolitano, Tapajós e Marabá), à Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador e à Rede Socioassistencial que atende crianças e adolescentes (2008);

- ***Cerest Ceres (GO)***

Realização de pesquisa para levantamento de dados com 40 crianças e adolescentes participantes do programa de geração de renda desenvolvido pela Secretaria de Assistência Social, que teve o objetivo de identificar crianças e adolescentes que porventura desenvolviam atividades laborais (2006);

- ***Cerest Horizonte (CE)***

Iniciam efetivamente as atividades com crianças e adolescentes após seminário na cidade de Salvador sobre trabalho infantil, em que formam um fórum de discussão com o conselho dos direitos, conselho tutelar, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência de Assistência Social, Secretaria de Educação, de Ação Social, de Saúde (2007); realizam oficinas para formatação de projeto de fortalecimento dessas instituições para o trabalho com crianças em situação de risco (2007).

A articulação em rede é uma das premissas para o êxito das ações que visam a promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes. Nesse sentido, 53 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, o que representa 53,54% do total de Centros que responderam, declararam fazer parte de alguma rede intersetorial para o enfrentamento da questão. No entanto, observamos que apenas 18 CERESTs (19,35%) afirmaram conhecer o universo de crianças e adolescentes trabalhadores identificados pelas instâncias responsáveis pelo cumprimento do ECA e pela fiscalização das situações trabalhistas, como o Conselho Tutelar, a Superintendência Regional do Trabalho, o Ministério Público do Trabalho, entre outros órgãos.

Tal realidade pode significar que ainda é incipiente a relação estabelecida entre o CEREST e os órgãos do sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, ou, ainda, que a articulação estabelecida tem como foco principal ações de conscientização, formação e capacitação, como pode ser aferido a partir das respostas ao questionário. Outra justificativa recorrente entre os Centros de Referência é a de que ainda são recentes as parcerias com as estruturas que lidam diretamente com os direitos infanto-juvenis, e que muitos planos de ação, que têm como finalidade a erradicação do trabalho infantil, estão em processo de elaboração.

Nesse sentido, 44 CERESTs declararam que organizam, em sua área de abrangência, atividades de conscientização da população sobre o combate ao trabalho infantil. Citamos aqui alguns exemplos:

- ***Cerest Quixeramobim (CE)***

Participação em programas sobre a temática do trabalho infantil nas rádios locais; realização de ‘blitz’ educativa nos estabelecimentos comerciais com afixação de cartazes e distribuição de material de divulgação da campanha; distribuição de panfletos do Cerest e da campanha de erradicação do trabalho infantil e sensibilização dos empregadores em empresas privadas e públicas;

- ***Cerest Belém Estadual (PA)***

Capacitação da rede socioassistencial através de oficinas, seminários, palestras educativas e sensibilização das famílias no tocante à erradicação do trabalho infantil;

- ***Cerest Arapiraca (AL)***

Divulgação do tema da erradicação do trabalho infantil na imprensa local; promoção de festas alusivas ao Dia do Caminhoneiro, com distribuição de camisetas da campanha de combate à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e participação de técnicos do Cerest em fórum de combate às drogas na idade infanto-juvenil, promovido pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Em relação às ações de vigilância em ambientes de trabalho de crianças e adolescentes, 62% declararam que não realizam nenhum tipo de atividade nesse sentido. A partir de uma análise sobre as dificuldades mais recorrentes apontadas pelos CERESTs, elencamos, em ordem decrescente de incidência, os principais motivos que foram apresentados como dificuldades para o exercício de tal ação.

Problemas na identificação e notificação dos casos: o fato de muitas crianças e adolescentes trabalharem no mercado informal dificulta a notificação por parte do Cerest e também a realização de vigilância, pois, em muitos casos, os profissionais não conseguem localizar o local de trabalho da criança e do adolescente. O trabalho doméstico também foi apontado como um fator de dificuldade para a notificação e para se ter acesso às casas em que trabalham as crianças.

Falta de articulação em rede: a não-existência de uma rede intersetorial que envolva os diversos órgãos que atuam na fiscalização dos locais de trabalho, como as Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTEs), o Ministério Público do Trabalho (MPT).

Fator cultural: existência de uma cultura que valoriza o trabalho infantil como formador de caráter de crianças e adolescentes, ou, ainda, diante dos problemas socioeconômicos vividos pelas famílias, a renda obtida com o trabalho infantil torna-se necessária para o sustento da família;

Recursos humanos: falta de profissionais qualificados para as ações de vigilância, ou, ainda, equipe reduzida de profissionais nos CERESTs;

Dificuldade no acesso aos locais: o fato de não serem autoridade sanitária foi apontado por alguns CERESTs como uma dificuldade no acesso aos locais de trabalho que possuam crianças e adolescentes economicamente ativos;

Recente envolvimento com o tema: em um número menor de CERESTs, a justificativa apresentada foi a de que ainda é recente o envolvimento do Centro de Referência com a questão da erradicação do trabalho infantil; por isso, em alguns casos, as ações estão voltadas para a prevenção, e ainda não são realizadas ações de vigilância nos locais de trabalho.

Falta de Conhecimento: alguns CERESTs apontaram como uma dificuldade o pouco conhecimento que possuem em relação à temática do trabalho infantil e seu impacto na qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Destacamos também respostas específicas de alguns CERESTs:

- ***Cerest Santa Maria (RS)***

As concepções culturais envolvendo a relação pais/filhos/trabalho; a carência de políticas públicas para o acolhimento, o cuidado e a educação das crianças; a profunda desigualdade social, ainda mais grave para as famílias que moram em regiões distantes, como o meio rural e as periferias, exigindo, com isso, a adoção de medidas radicais para o sustento de seus membros (“ou ajuda ou vai embora”);

- ***Cerest Sete Lagoas (MG)***

Dificuldade em detectar e comprovar de fato a atuação da criança e do adolescente no trabalho informal; pouca integração com a Delegacia Regional do Trabalho (DRT) para a formação de uma rede intersetorial de vigilância; ausência de dados referentes a crianças e adolescentes em atividades informais; dificuldade em relação à mudança de comportamento da sociedade como um todo (existência do mito de que “é melhor trabalhar do que estar na rua”);

- ***Cerest Estadual de Santa Catarina (SC)***

Dificuldades na abordagem, já que ela é feita a partir de denúncias, que em muitos casos não têm embasamento concreto de sustentação;

- ***Cerest Itaberaba (BA)***

O fato de crianças e adolescentes, na maioria das vezes, estarem trabalhando com os pais ou familiares;

- ***Cerest Regional de Porto Alegre (RS)***

A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN), impetrada pela Federação das Indústrias do Rio Grande do Sul (FIERGS) na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, que proíbe o Cerest de realizar ações de vigilância nos ambientes de trabalho; ausência de um fluxo de atendimento de saúde articulado entre os serviços existentes no município e na região do Cerest; falta de participação efetiva do setor de educação nas ações promovidas em rede;

- ***Cerest Santa Cruz do Sul (RS)***

Falta de políticas públicas efetivas como alternativa para o enfrentamento da complexidade do trabalho infantil; aspectos históricos e culturais na região, que contribuem para a percepção do trabalho infantil como formador de caráter; banalização do trabalho infantil, muitas vezes pelos próprios conselheiros tutelares, bem como o despreparo deles em manejar os casos que chegam até o conselho; resistência dos próprios profissionais de saúde sobre o trabalho infantil e a pouca identificação e notificação dos casos pelas equipes municipais;

- ***Cerest Juazeiro do Norte (CE)***

A clandestinidade dos locais de trabalhos, que na maioria das vezes não são encontrados, pois não estão formalizados; o fato de que a maioria das crianças e adolescentes que trabalham o faz com a própria família;

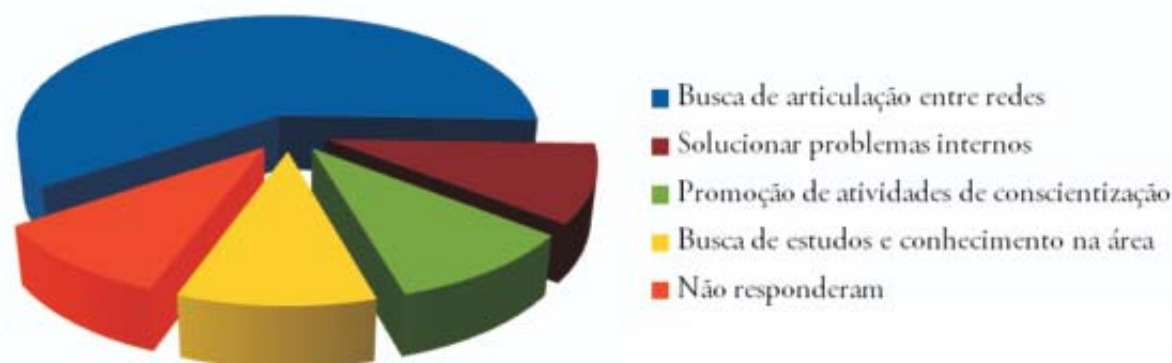
- ***Cerest Juiz de Fora (MG)***

Situação irregular da atividade familiar; renda familiar baixa, com necessidade de complementação; resistência por parte dos responsáveis pela criança e adolescente para a retirada desses dos ambientes de trabalho; ausência de programas alternativos de lazer e cultura para crianças e adolescentes; e cultura de inserção precoce da criança em atividades profissionais.

Quando questionados sobre quais estratégias eram adotadas para a superação das dificuldades apontadas, 81 CERESTs (81%) elencaram suas ações nesse sentido. Entre as ações descritas, chama a atenção o fato de que grande parte dos Centros de Referência identifica como uma possibilidade real de resolução dos problemas a busca de uma articulação em rede com outros segmentos que atuam na defesa dos direitos de crianças e adolescentes, passando a integrar, com isso, redes intersetoriais para o enfrentamento da questão.

De acordo com os relatos, essa ação muitas vezes é empreendida em conjunto com iniciativas de capacitação e formação dos profissionais de saúde e outros órgãos do sistema de garantia de direitos que atuam diretamente com o atendimento e outros órgãos do sistema de garantia dos direitos que atuam diretamente com o atendimento de crianças e adolescentes. Tal estratégia apareceu em 41 das 71 respostas a essa questão. Outra solução apontada foi o investimento em ações de conscientização e educação, que apareceu em 9 das respostas enviadas.

Estratégias para a superação das dificuldades



Para exemplificar, citamos algumas respostas:

- ***Cerest Juazeiro do Norte (CE)***

Reuniões com órgãos afins para discutir e traçar estratégias para combater esta realidade; reuniões com secretarias de estado e com células regionais de saúde a fim de sensibilizar para o cumprimento da lei que obriga a notificação de todos os agravos relacionados à saúde do trabalhador, que ainda não é respeitado por nenhum desses órgãos supracitados. Espero que este relatório desperte a atenção do Governo Federal, que, por sua vez, cobre do estado, e que este cobre dos municípios, para dessa forma retirar as algemas que fazem com que os Cerests não tenham força e nem estatísticas para poderem desenvolver o seu trabalho baseado em dados reais;

- ***Cerest Camaçari (BA)***

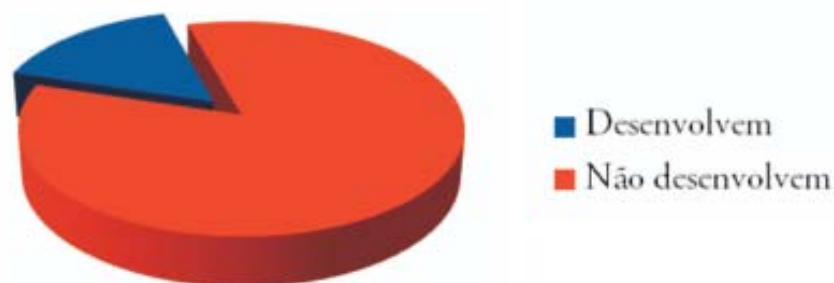
Articulação com a Vigilância Sanitária para o apoio às ações, apresentação e informação da legislação pertinente à Saúde do Trabalhador;

- ***Cerest Juiz de Fora (MG)***

Reuniões com a equipe da atenção básica e do Cerest com as famílias, os Conselhos Locais de Saúde, as Sociedades Pró-Melhoramentos do Bairro, as escolas, etc.; realização de visita domiciliar.

Outra ação de caráter preventivo, que ainda não vem sendo executada pela maior parte dos Centros de Referência que responderam à pesquisa, é o mapeamento de população infanto-juvenil precocemente exposta a riscos relativos aos processos produtivos. Dos 100 CERESTs participantes, apenas 16 afirmaram adotar esse procedimento entre suas atividades.

Desenvolvem ações de mapeamento de população infanto-juvenil precocemente exposta a riscos relativos aos processos produtivos (entre os CERESTs que participam da pesquisa)

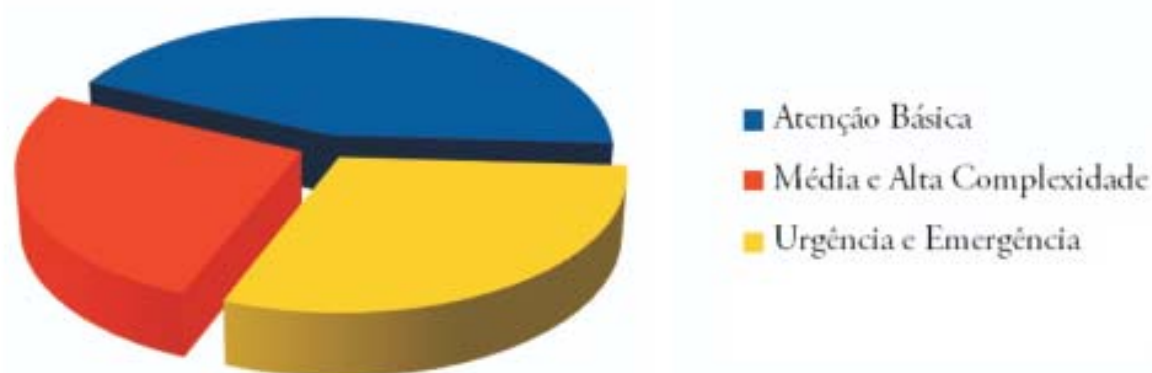


A importância conferida à questão da erradicação do trabalho de crianças e adolescentes também pode ser observada a partir dos fluxos específicos para o atendimento desta parcela da população, que são estabelecidos por cada CEREST. No primeiro nível de atenção à saúde, a atenção básica, que diz respeito às ações de caráter individual ou coletivo que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, 32 CERESTs estabelecem um fluxo específico para o atendimento de crianças e adolescentes.

Para a média e a alta complexidade, que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos que demandam a atuação de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos específicos, bem como os que envolvem alta tecnologia e alto custo, 26 CERESTs declararam possuir um fluxo específico para esse nível de atenção.

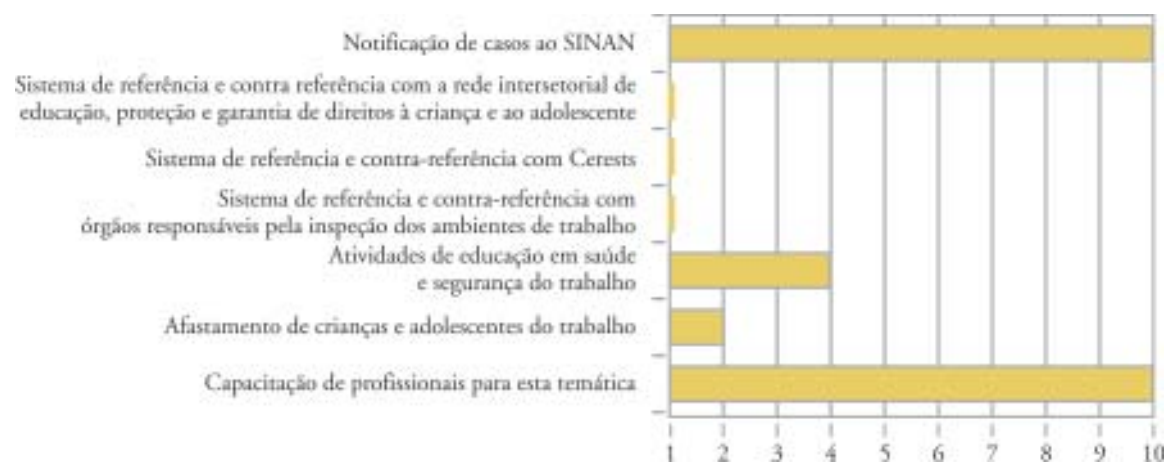
Para os serviços de urgência e emergência, 23 CERESTs têm definido um fluxo específico para esse tipo de demanda.

Atendimento por níveis de Atenção



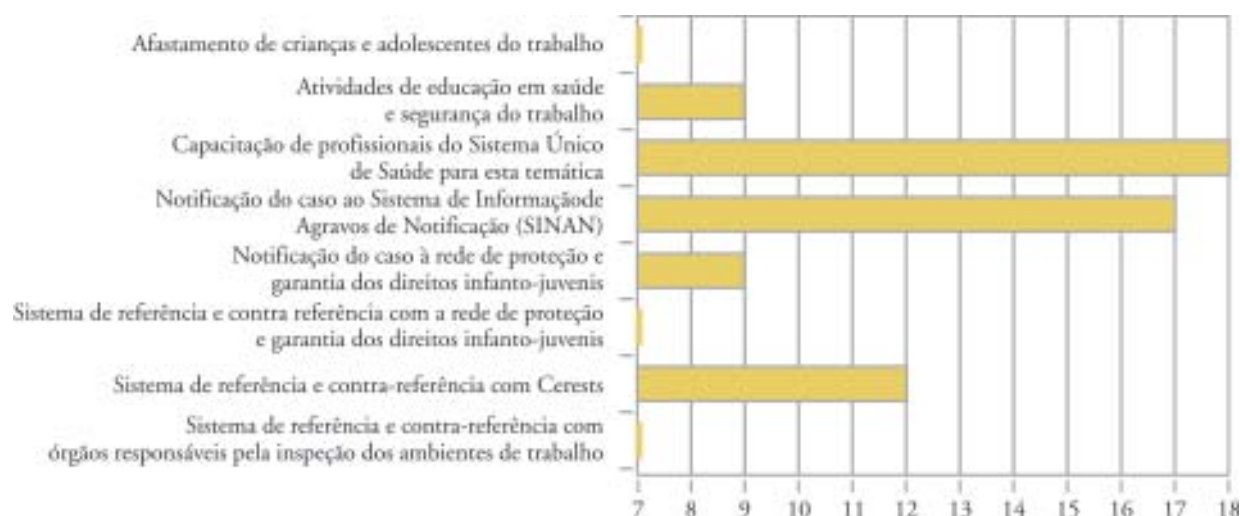
Na atenção básica, as ações mais empreendidas pelos Centros de Referência que afirmaram possuir um fluxo específico para esse nível são (1) a notificação dos casos registrados no SINAN-NET e (2) a capacitação dos profissionais da saúde para essa temática.

Atenção Básica



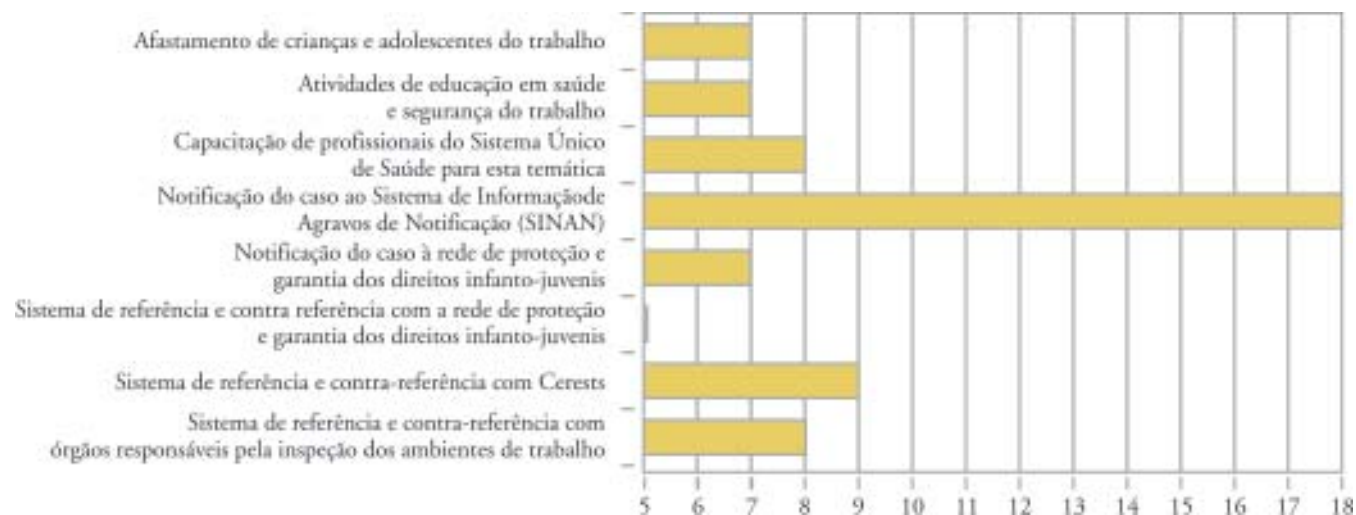
Em relação aos fluxos para a **média e a alta complexidade**, as atividades mais recorrentes são (1) a capacitação dos profissionais do SUS para esta temática, (2) notificação dos casos ao SINAN-NET e (3) o Sistema de referência e contra-referência com o CEREST.

Média e Alta Complexidade



Na **urgência e emergência**, novamente a notificação dos casos no SINAN-NET é a resposta mais recorrente, presente em 19 CERESTs, e a adoção do sistema de referência e contra-referência é adotada em 9 serviços.

Urgência e Emergência



Outro indicador que demonstra como os Centros de Referência enfrentam a questão do trabalho infantil é a existência de uma rede sentinela (Rede composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho), habilitada para notificar acidentes de trabalho envolvendo meninos e meninas economicamente ativos. Neste quesito, 46 CERESTs afirmaram que possuem essas estruturas instaladas, o que representa 46,94% do total.

Ainda que a Portaria GM/MS nº 777/2004 do Ministério da Saúde tenha definido como compulsória a notificação de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, pode-se constatar que, ainda hoje, muitos Centros de Referência não assimilaram essa ação como uma prática em seu cotidiano. Dos 100 Centros de Referência que responderam ao questionário, somente 54 (55,11% do total) afirmaram que notificam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) dos acidentes de trabalho envolvendo crianças e adolescentes economicamente ativos, sendo que grande parte desses CERESTs iniciou o processo de notificação dos casos no ano de 2007 - e, em alguns casos, a implantação do sistema ocorreu apenas neste ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, pode-se observar que os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador vêm atuando pela erradicação do trabalho infantil principalmente nas seguintes frentes de trabalho:

- Participação do CEREST em redes intersetoriais de combate ao trabalho infantil;
- Promoção de atividades de capacitação e formação voltadas aos profissionais da área de saúde, bem como de áreas afins, sobre a temática do trabalho infantil.

Conforme exposto por esse mapeamento de ações, as atividades que ainda se mostram como incipientes ou que os CERESTs ainda encontram dificuldades em realizar são:

- Ações de vigilância em ambientes de trabalho de crianças e adolescentes;
- Mapeamento de população infanto-juvenil precocemente exposta a riscos relativos aos processos produtivos.

A seguir, serão abordadas de forma mais detalhada algumas das iniciativas que este mapeamento de ações identificou como exitosas.

Boas Práticas nas Ações de Vigilância em Saúde: sobre o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-NET)

INTRODUÇÃO

O eixo principal da vigilância em saúde do trabalhador é a relação entre o processo de trabalho e a saúde. Um dos instrumentos fundamentais para o planejamento e avaliação das ações em saúde é a informação sistematizada.¹ Para que esse recurso seja efetivo nas questões relacionadas à saúde dos trabalhadores, é essencial a existência de um sistema de informação que articule informações individuais e coletivas com aquelas acerca do processo de trabalho e do ambiente que podem interferir na ocorrência de agravos.²

No âmbito da saúde pública existem diversos sistemas de informação – Sistema de Informação da Atenção Básica, Sistema de Autorização de Internação Hospitalar³ – que auxiliam a área de saúde do trabalhador. Na década de 90, diversos estados e municípios atualizaram sua lista de agravos de notificação compulsória incluindo os agravos à saúde do trabalhador.⁴

No contexto de implementação da RENAST, uma das dificuldades detectadas foi a inexistência de uma padronização mínima em âmbito nacional para que as equipes de saúde possam identificar problemas e estabelecer a relação entre o agravo apresentado pelo trabalhador e o seu processo de trabalho. Assim, em 2004, foi publicada a Portaria 777 do Ministério da Saúde, que torna alguns agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória; ou seja, é obrigatório aos serviços de saúde notificar os agravos constantes na Portaria e alimentar o Sistema de Informações de Agravos e Notificação (SINAN). Essas notificações propiciam aos gestores de saúde e aos movimentos sociais conhecer a realidade e estabelecer formas de intervenção capazes de melhorar as condições de vida e de saúde dos trabalhadores. No âmbito da saúde do trabalhador, esse sistema está sendo denominado SINAN-NET, na medida em que todo o sistema de transmissão de dados está sendo efetuado através da Rede Mundial de Computadores.

¹ MACHADO, J. M. H. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Dez. 2005, vol. 10, n. 4, pp. 987-992.

² FACCHINI, L. A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, nº 4, 2005.

³ <http://www.datasus.gov.br>

⁴ FACCHINI et al., *op. cit.*

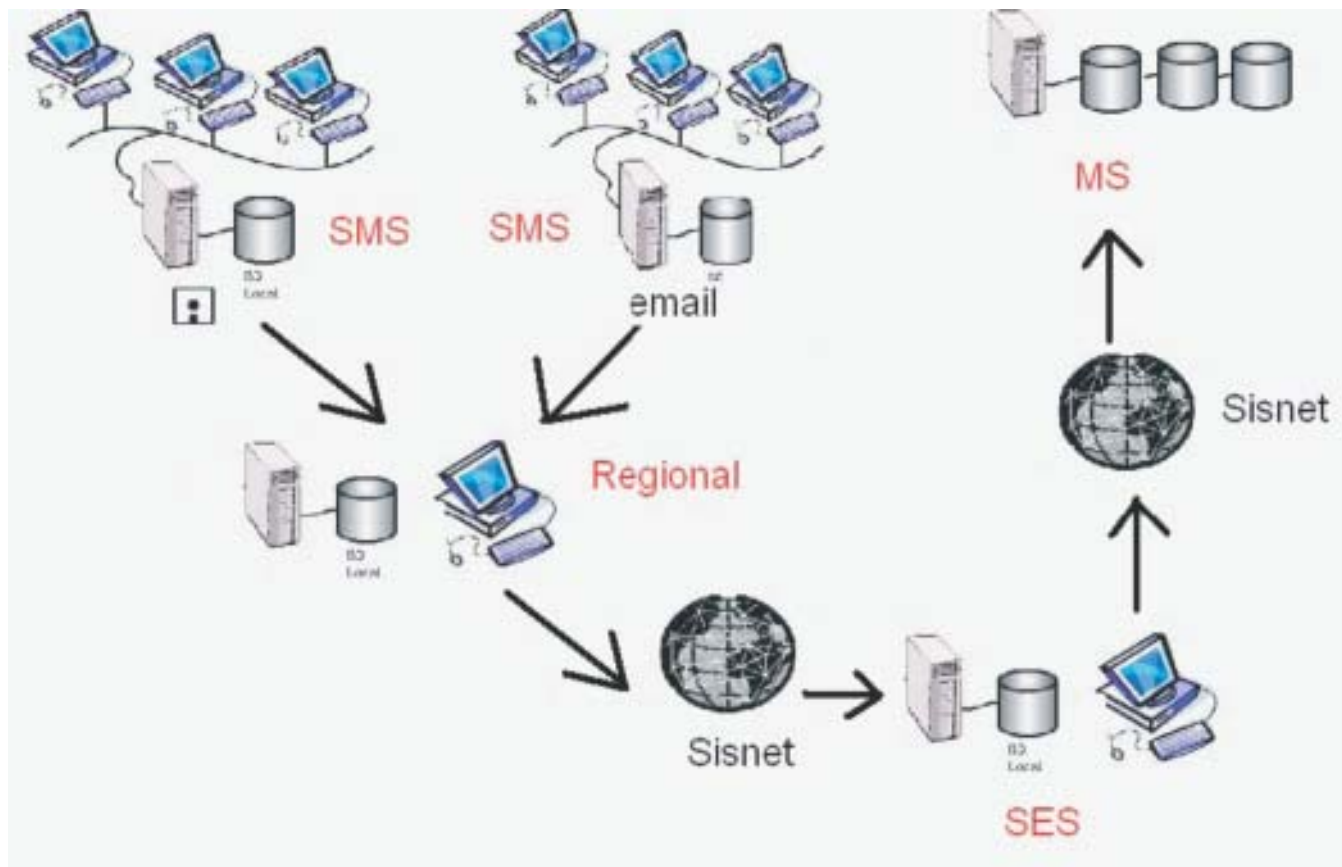
SINAN-NET Saúde do Trabalhador

O SINAN vem sendo implantado gradualmente, pelo Ministério da Saúde, desde 1993. No entanto, esse processo não foi homogêneo; somente a partir de 1998 seu uso foi regulamentado⁵, tornando obrigatória sua alimentação regular pelos municípios, estados e Distrito Federal. Este sistema é mantido, sobretudo, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

Seu desdobramento em SINAN-NET Saúde do Trabalhador tem por objetivo coletar, comunicar e difundir os dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica e Saúde do Trabalhador das três esferas de governo – Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Ministério da Saúde (MS) –, fornecendo dados para análise do perfil de morbidade. A coleta de dados é feita a partir de fichas de notificação padronizadas nacionalmente. É composto de um módulo e subdividido nas seguintes rotinas:

- (1) Entrada de Dados (notificação, investigação e acompanhamento);
- (2) Consulta da base de dados (notificações individuais, negativas, notificações de surtos e agregados);
- (3) Rotinas para duplicidades (relatório, opções Não listar e Não contar);
- (4) Tabelas;
- (5) Ferramentas de:
 - (a) Movimento:
 - Transferência e Recepção Vertical de dados e emissão de relatórios de controle
 - Transferência e Recepção Horizontal de dados e emissão de relatórios de controle
 - Descentralização de base de dados
 - Fluxo de retorno
 - (b) Backup:
 - Realizar backup
 - Consulta/ Restauração de backup
 - (c) Exportação para formato DBF
 - (d) Acesso ao Tabwin
 - (e) Usuários (definição de níveis de acesso ao sistema)
 - (f) Configuração
- (6) Relatórios (Incidência e Notificação Negativa)

⁵ BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 73, de 9 de março de 1998. Constitui comissão para desenvolver os instrumentos, definir fluxos e o novo software do SINAN. *Boletim de Serviço da Funasa*, Brasília, 20 mar. 1998.



Fonte: MS, 2007.

No contexto da publicação da Portaria GM/MS 777/2004 e sua implantação aconteceu a inserção das ações de Saúde do Trabalhador no SINAN-NET, com especial atenção aos acidentes de trabalho relacionados a crianças e adolescentes economicamente ativos. Nessa Portaria⁶ foram listados 11 agravos:

- I - Acidente de trabalho fatal e com mutilação;
- II - Acidente de trabalho com crianças e adolescentes;
- III - Acidente com exposição a material biológico;
- IV - Dermatoses ocupacionais;
- V - Intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- VI - Lesões por Esforços Repetitivos (LER);
- VII - Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);
- VIII - Pneumoconioses;
- IX - Perda auditiva induzida por Ruído (PAIR);
- X - Transtornos Mentais relacionados ao trabalho;
- XI - Câncer relacionado ao trabalho.

⁶ BRASIL, Ministério da Saúde. 2004. Portaria Federal nº 777/GM, de Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específico, no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

A partir disso, foi proposta pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde a elaboração de instrução técnica contendo fluxos que orientassem essas notificações. Para evitar duplicação de esforços e racionalizar os recursos disponíveis, o Ministério da Saúde assumiu a coordenação desse processo nacionalmente, em colaboração com as Coordenações Estaduais de Saúde do Trabalhador e as equipes dos CERESTs estaduais e regionais. Essa foi a primeira iniciativa de notificação de agravos à saúde envolvendo crianças e adolescentes trabalhadores no Brasil, e tem propiciado o mapeamento da real situação do mundo do trabalho para esse grupo etário.

O SINAN-NET também foi discutido na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 2005. A conferência chegou à conclusão de que o sistema é um instrumento que auxiliará significativamente a vigilância da saúde do trabalhador e a coleta de dados dos acidentes e agravos relacionados ao trabalho, por ser de fácil acesso e de âmbito nacional. Ficou acordado também que é fundamental a utilização desse sistema para a caracterização dos agravos e acidentes ocorridos com crianças e adolescentes economicamente ativos no Brasil, contribuindo assim para o avanço na discussão da temática do trabalho infantil na área de Saúde do Trabalhador.

IMPLANTAÇÃO DO SINAN-NET SAÚDE DO TRABALHADOR

Para a implantação do SINAN-NET Saúde do Trabalhador os 161 CERESTs fizeram capacitações com os profissionais especializados em informação do SUS para que identifiquem e notifiquem os agravos relacionados ao trabalho. Recentemente, o MS fez um breve diagnóstico do sistema de vigilância e notificação dos agravos relacionados ao trabalho nas Unidades da Federação (UF) brasileiras e concluiu que: 23 estabelecem relação entre a vigilância epidemiológica e a saúde do trabalhador; 21 efetuam a notificação no SINAN e em 17 existe o manuseio do SINAN-NET.

PANORAMA DAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS

Os dados que serão relatados a seguir foram levantados a partir das notificações compulsórias lançadas pelos Estados e Municípios no SINAN-NET. Sua análise foi feita a partir do software TabWin, desenvolvido pelo DATASUS para o Ministério da Saúde, nos anos de 2007 e 2008, com extração dos dados em fevereiro/2009. No quadro abaixo, observa-se que, nos anos indicados, houve uma evolução significativa no número de notificações relativas à saúde do trabalhador, especialmente no que diz respeito aos acidentes de trabalho graves e fatais, com material biológico, as pneumoconioses e as dermatoses ocupacionais.

Quadro 1 – Número de notificações no Sinan-Net (2007-2008)

| Agravos | 2007 | 2008 |
|---|---------------|---------------|
| Acidente Grave | 19.086 | 26.094 |
| Acidente com Material Biológico | 14.748 | 17.401 |
| Dermatoses Ocupacionais | 125 | 248 |
| Intoxicações Exógenas Relacionadas ao Trabalho | 2.018 | 2.215 |
| LER/DORT | 3.117 | 2.135 |
| Pneumoconioses | 95 | 665 |
| PAIR | 109 | 154 |
| Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho | 114 | 106 |
| Câncer Ocupacional | 4 | 8 |
| Total | 39.416 | 49.026 |

Fonte: SINAN NET- 11/02/2009

No Quadro 2 abaixo, estão presentes as unidades da federação que notificaram pelo menos um acidente de trabalho com crianças e adolescentes. Para aqueles com idade entre 9 e 18 anos, percebe-se que a partir dos 15 anos esse número de notificações vai aumentando, o que guarda relação com a invisibilidade das crianças no mundo do trabalho e com a percepção e identificação de acidentes de trabalho com adolescentes entre os 15 e os 18 anos de idade. O Estado de São Paulo é o que mais notifica acidentes de trabalho com crianças e adolescentes, seguido do Paraná e de Mato Grosso do Sul.

Quadro 2 – Frequência de Acidentes de trabalho grave por Unidades da Federação (UF) informados ao SINAN segundo a idade (em anos). 2007.

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE - SINAN NET ST
Frequência por Idade detalhada segundo UF Notificação

| UF Notificação | 09 anos | 10 anos | 11 anos | 12 anos | 13 anos | 14 anos | 15 anos | 16 anos | 17 anos | 18 anos | Total |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Amapá | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Bahia | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 6 | 11 |
| Ceara | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Goiás | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Mato Grosso | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 6 |
| Mato Grosso do Sul | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Minas Gerais | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 7 | 12 | 21 |
| Paraíba | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Paraná | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 2 | 2 | 20 | 30 |
| Rio de Janeiro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 6 | 11 |
| Rio Grande do Norte | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Rio Grande do Sul | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Santa Catarina | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 | 11 |
| São Paulo | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 24 | 143 | 211 | 388 | 777 |
| Tocantins | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 6 | 11 |
| Total Geral | 1 | 2 | 2 | 3 | 6 | 7 | 34 | 153 | 234 | 450 | 892 |

Fonte: SINAN NET- 11/04/2009

No Quadro 3 a seguir, o número de notificações de acidentes com material biológico é inferior ao de acidentes de trabalho graves e fatais, mas a distribuição no decorrer das idades é mais uniforme. O Estado de São Paulo é novamente o que mais notifica, seguido do Rio de Janeiro e do Paraná. Nesta tabela, pode-se observar um percentual significativo de acidentes em idades inferiores a 15 anos (17,7%).

Quadro 3 – Frequência de Acidentes com material biológico informados ao SINAN-NET por Unidades da Federação segundo a idade (em anos)

| UF Notificação | 2 a 5 | 6 a 9 | 10 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | Total |
|-------------------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Rondônia | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Roraima | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Tocantins | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Ceará | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Alagoas | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Bahia | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Minas Gerais | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 6 | 10 |
| Rio de Janeiro | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 | 15 |
| São Paulo | 3 | 10 | 0 | 4 | 1 | 1 | 3 | 8 | 24 | 48 | 102 |
| Paraná | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 9 | 16 |
| Santa Catarina | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 7 |
| Rio Grande do Sul | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Total | 8 | 15 | 3 | 6 | 3 | 2 | 4 | 12 | 28 | 79 | 160 |

Nos Quadros a seguir (4 e 5), nota-se que o número de agravos relacionados à saúde do trabalhador envolvendo crianças e adolescentes diminui consideravelmente se compararmos com as tabelas anteriores. No entanto, a simples notificação dos agravos já é considerada um avanço para a temática.

No que diz respeito às dermatoses ocupacionais (Quadro 4), os Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Tocantins têm duas notificações cada. Em relação às Doenças Osteomusculares relacionadas ao Trabalho (Quadro 5), São Paulo e Mato Grosso do Sul apresentam duas notificações em idades que variam de 9 a 18 anos.

Quadro 4 – Frequência de Dermatoses ocupacionais informadas ao SINAN por Unidades da Federação segundo a idade (em anos)

| UF Notificação | 9 | 13 | 17 | Total |
|----------------|----------|----------|----------|----------|
| Tocantins | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Espírito Santo | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Rio de Janeiro | 0 | 0 | 1 | 1 |
| São Paulo | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 1 | 2 | 3 | 6 |

Quadro 5 – Frequência de LER/DORT informadas ao SINAN por Unidades da Federação segundo a idade (em anos)

| UF Notificação | 9 | 16 | 17 | 18 | Total |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Tocantins | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Espírito Santo | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Rio de Janeiro | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| São Paulo | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Mato Grosso do Sul | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Total | 1 | 1 | 2 | 4 | 7 |

Os dados descritos acima apresentam uma limitação na sua análise devido às restrições do próprio sistema, ou seja, pela dificuldade de acesso aos dados brutos para análises mais aprofundadas e pela ausência de outros dados de base nacional para comparação estatística.

Todavia, a notificação dos acidentes e/ou doenças relacionados ao trabalho infante-juvenil é fundamental porque, em caso do desenvolvimento de uma patologia ou mesmo de uma lesão que cause incapacidade, tendo-se estabelecido a relação entre essas e o processo de trabalho, é possível apoiar os procedimentos legais de proteção a esse grupo populacional. Além disso, favorece a descrição do perfil de morbimortalidade dessa população, podendo assim auxiliar as intervenções no sentido de retirar as crianças do trabalho e proteger os adolescentes de processos de trabalho cujas situações de risco tragam malefícios à sua saúde. Esses dados também são fundamentais para subsidiar diversos argumentos sobre a importância de prevenção do trabalho infantil. Quanto mais informação houver sobre os malefícios do trabalho infantil, mais consciente a sociedade estará para a necessidade de erradicá-lo.

Finalmente, um dos fatores que vinha limitando a implantação de políticas de saúde para a erradicação do trabalho infantil era a histórica ausência de um quadro real nacional dos agravos relacionados ao trabalho que acometem esse grupo populacional. Além disso, a reconhecida subnotificação existente na área de saúde do trabalhador se estende à problemática da criança e do adolescente economicamente ativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato anteriormente descrito demonstra como o SINAN-NET vem sendo uma ferramenta importante para as ações de vigilância em saúde do trabalhador, se utilizado de forma correta e em toda a sua potencialidade. Apesar dos esforços realizados pela COSAT e demais áreas de Saúde do Trabalhador nos diversos níveis de atenção à saúde, as notificações com crianças e adolescentes ainda se mostram incipientes e carecem de análises mais aprofundadas. O acesso local aos resultados do sistema, a possibilidade de análises locais, a divulgação de resultados e o fomento de pesquisas científicas podem ser caminhos para o avanço e o aperfeiçoamento das informações.

Diante do quadro apresentado, faz-se necessário ressaltar que o SINAN-NET contribui como fonte de dados para mapear a situação das crianças e adolescentes trabalhadores em âmbito nacional e suporte para o planejamento de ações para intervenção nesta realidade. Portanto, a utilização, a análise adequada dos dados e a sua divulgação em âmbito nacional e local podem apoiar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, especialmente para crianças e adolescentes economicamente ativos. Para isso, há que se investir em educação permanente, presencial ou à distância, dos profissionais da saúde. Também faz-se necessário valorizar as ações de identificação e notificação para que esta seja uma prática corrente nos serviços de saúde brasileiros. Uma outra iniciativa é a divulgação de boletins estatísticos contendo as análises dessas notificações.

A partir do SINAN-NET podem ser desenvolvidas ações de intervenção, estudos e pesquisas específicos e normas para atendimento dessas crianças e adolescentes. Por fim, há que se dizer que o SINAN-NET Saúde do Trabalhador é um sistema de grande capilaridade e alcance das crianças e adolescentes economicamente ativos que são cotidianamente atendidos pelos serviços públicos de saúde. Dessa forma, pode-se afirmar que se trata de uma iniciativa valiosa para a caracterização dos agravos que acometem esse grupo etário, e assim colaborar para sua completa erradicação.

Boas Práticas nas Ações Intersetoriais em Saúde: uma iniciativa para a prevenção e erradicação do trabalho infantil no pólo de produção de jóias e bijuterias na cidade de Limeira, Estado de São Paulo

INTRODUÇÃO

Situação-limite, conceito desenvolvido pelo educador Paulo Freire, descreve o conjunto de situações que desafiam a prática humana impondo barreiras que nos limitam a “ser menos”. Essas barreiras precisam ser identificadas e reconhecidas pelos atores e a seguir superadas para transpor a fronteira entre “o ser e o ser mais”.¹ Entre as variadas expressões de vulnerabilidade ou formas-limite podemos destacar o contexto de vida e trabalho de crianças e adolescentes economicamente ativos.

O reconhecimento dessa questão como um problema de saúde coletiva vem acontecendo gradualmente. É possível vislumbrar, como apontado anteriormente, que alguns processos transformadores sob o paradigma da vigilância em saúde encaminham a discussão para os impactos à saúde e a complexa condição de vida na qual estão submetidos crianças e adolescentes em situação de trabalho. Para tanto, entende-se que promover a integração intersetorial para prevenção e erradicação do trabalho infantil é um dos desafios das diferentes instâncias que tratam dessa problemática.

Um exemplo tanto de situação-limite como de articulação de rede intersetorial encontra-se na cidade de Limeira-SP, onde foi identificado um alarmante número de crianças e adolescentes que trabalham na montagem e soldagem de jóias e bijuterias. Nesse sentido, as reflexões que permeiam o presente capítulo almejam, além de descrever a experiência exitosa de formação de uma rede intersetorial para o enfrentamento do trabalho infantil, trazer elementos para a discussão do papel imprescindível do CEREST-Regional Piracicaba, que abrange 14 municípios do interior paulista, entre eles o município de Limeira, nesse processo.

¹ FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: Um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Integral à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. p.16.

Intersetorialidade:

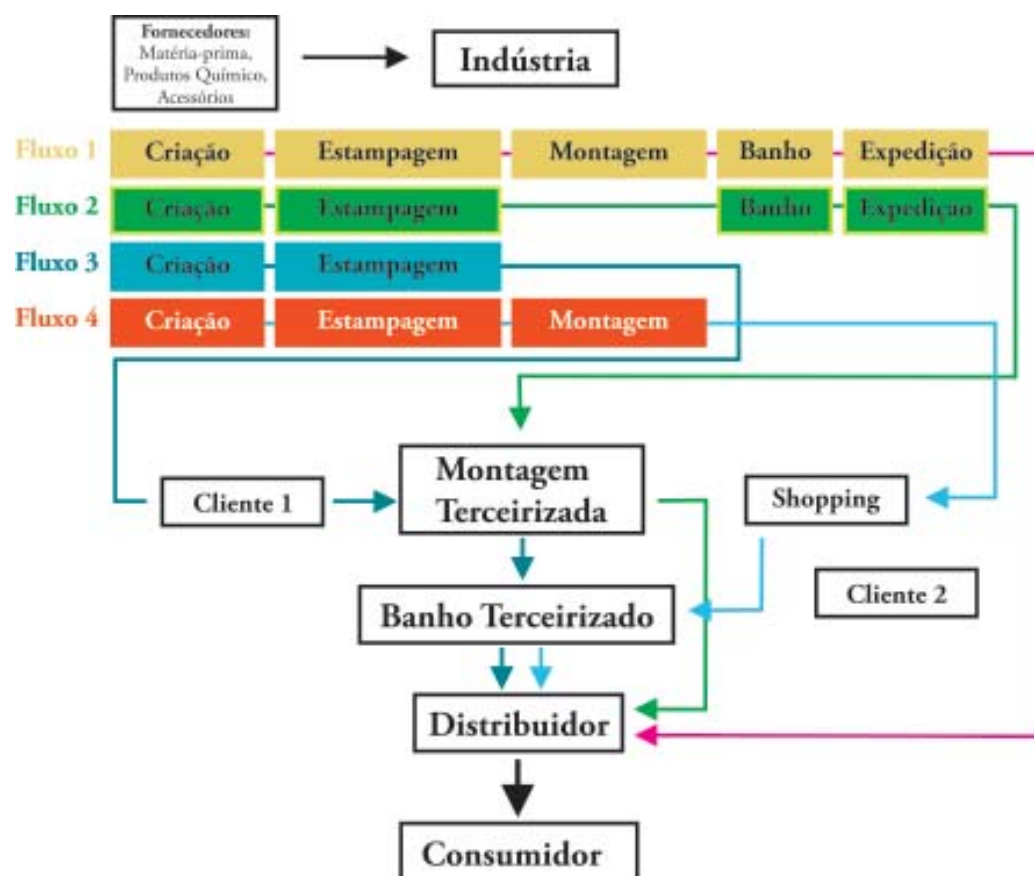
Desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outras áreas, com o objetivo de articular políticas e atividades, potencializando os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis, favorecendo a complementaridade e evitando a duplicidade de meios para fins idênticos².

CONTEXTO: O TRABALHO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM LIMEIRA

O município de Limeira localiza-se na região central do Estado de São Paulo e dista 154 km da sua capital. Com aproximadamente 270 mil habitantes, caracteriza-se pelo grande número de indústrias variadas, que corresponde a 50% dos empregos registrados na cidade. Neste cenário um dos principais segmentos é o do setor de jóias, bijuterias e lapidação de pedras. Considerada como a capital brasileira da bijuteria, Limeira é o maior pólo da América Latina de produção e exportação do ramo. Apresenta cerca de 400 indústrias formais e outra parcela de igual ou maior dimensão de indústrias informais e fabriquetas domiciliares que comportam em grande escala o trabalho de crianças e adolescentes. Estima-se que existam na cidade aproximadamente 33.500 trabalhadores envolvidos nesse processo de produção.³

Com o recente crescimento exponencial do mercado consumidor as indústrias de jóias e bijuterias terceirizaram importantes etapas do processo produtivo como uma das saídas para garantir a competitividade. A expansão do setor veio acompanhada do crescente aumento de oferta de emprego informal e conseqüentes irregularidades na aplicação das garantias trabalhistas, que resultaram em três graves conseqüências que tangenciam a saúde coletiva. São elas: (1) crianças e adolescentes em situação de trabalho; (2) precárias condições no ambiente laboral; e (3) a poluição a partir dos produtos químicos despejados sem tratamento, clandestinamente, na rede de esgotos sanitários, colocando em risco os mananciais, o meio ambiente e conseqüentemente a saúde de toda a população.⁴

Foram observados modelos de fluxos produtivos que servem ao setor, predominando a transferência de importantes etapas da produção para pequenas empresas, que por sua vez repassam trabalhos de montagem, cravação, soldagem e mesmo banhos de galvanoplastia para os domicílios. A cadeia produtiva está esquematizada conforme a figura ao lado⁵:



³ VILELA, R. A. G. & FERREIRA, M. A. L. Nem tudo brilha na produção de jóia de Limeira - SP. Revista Produção. v. 18, n.1, pp. 183-194, Jan./Abr. 2008.

⁴ VILELA, R. A. G. & FERREIRA, M. A., op. cit.

⁵ FERREIRA, M. A. L. Estudos do risco à saúde do trabalhador e ao meio ambiente na produção de jóias e bijuterias de Limeira-SP. UNIMEP, Piracicaba. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2005.

Configura-se na cadeia produtiva uma emaranhada rede entre os empresários formais, microempresas e trabalho em domicílios, onde são realizadas as etapas do processo, envolvendo crianças, adolescentes e suas famílias.

Essa problemática ganhou destaque a partir de um estudo realizado em 2005, que buscou compreender o funcionamento do setor bem como identificar os riscos à saúde e ao meio ambiente.⁶ Nessa oportunidade foi constatado que o trabalho em domicílio é remunerado por milheiro de peças montadas ou soldadas. Cada trabalhador consegue montar aproximadamente 3.000 peças/dia, auferindo aproximadamente de R\$ 9,00 a R\$ 20,00 por dia. Os soldadores chegam a produzir, em média, de 1.500 a 2.000 soldagens/dia. A remuneração do trabalho de solda é maior que a dos trabalhos de montagem, variando de R\$ 10,00 a R\$ 15,00 por milheiro soldado, alcançando de R\$ 15,00 a R\$ 30,00 por dia.

As atividades de solda e de montagem de peças e bijuterias, terceirizadas para os domicílios, implicam a exposição de crianças e adolescentes a graves situações de riscos à saúde, tais como: inalação de produtos químicos, contato com metais pesados e ácidos e trabalho repetitivo com posturas forçadas, utilizando mobiliário, ferramentas e instalações improvisadas. As situações de risco à saúde são agravadas pelo pagamento por produção, que induz essa população a ultrapassar seus próprios limites fisiológicos para alcançar a meta.

O referido estudo teve como campo de pesquisa 22 escolas da Rede Estadual de Ensino na cidade de Limeira, onde foi possível aferir que 8.340 alunos, aproximadamente 27% de todos os estudantes, trabalham montando e soldando jóias e bijuterias. Deste quantitativo, 20% possuem idade abaixo de 17 anos; 62,1% afirmaram fazer trabalhos repetitivos e quase 12,8% relataram ter sofrido acidentes de trabalho, predominando queimaduras, alergias e cortes no dedo. Além disso, 42% apresentaram queixas de dores nos ombros/pescoço/coluna, 32% afirmaram sentir dores nas mãos/braços e 13,9% referiram irritações na pele e nos olhos.

A pesquisa indicou ainda que, apesar de 87,1% dos estudantes afirmarem que o trabalho não interfere no horário escolar, 38,1% relacionam sono e cansaço na escola com o trabalho realizado. Este estudo deu visibilidade à situação-limite vivenciada por crianças e adolescentes em situação de trabalho nesse município, exigindo a busca de enfrentamentos pelo poder público em decorrência da repercussão na mídia local, estadual e nacional.

O PAPEL DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) NA CONSTRUÇÃO DA REDE INTERSETORIAL PARA A ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL EM LIMEIRA

O CEREST Piracicaba, inspirado nas diretrizes da RENAST e do SUS anteriormente descritas, atua em relevantes ações tanto no aspecto preventivo dos prejuízos causados à saúde pelo trabalho, como na perspectiva da vigilância em saúde, com o objetivo de promover a saúde dos trabalhadores.

⁶ FERREIRA, M. A. L. Estudos do risco à saúde do trabalhador e ao meio ambiente na produção de jóias e bijuterias de Limeira-SP. UNIMEP, Piracicaba. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2005.

Missão do CEREST - Piracicaba

Em conjunto com a sociedade, de forma interinstitucional e intersetorial, tornar saudável a relação do ser humano com o trabalho e o ambiente; promover cidadania; reduzir os índices de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho agindo sobre os determinantes sob perspectiva da vigilância e da prevenção e articulado aos demais serviços de saúde do Sistema Municipal de Piracicaba e de 14 municípios da DIR XV; atuar como pólo irradiador de suporte técnico-científico em Saúde do Trabalhador, focado na relação processo de trabalho/saúde/doença, possibilitando retaguarda, capacitação e supervisão nas suas práticas, para que estes agravos possam ser atendidos em todos os níveis de atenção à saúde, pautados pela ética e pelos princípios e diretrizes do SUS.

A peculiaridade desse CEREST é ter sua história fundamentada a partir de 1997 por ações de vigilância em saúde executadas pelo então Programa de Saúde do Trabalhador (PST). Nessa trajetória foram desenvolvidas ações pioneiras, como o Sistema de Vigilância em Acidentes do Trabalho (SIVAT), que foi premiado como experiência bem-sucedida na V Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia.⁷ Em 2003, um ano após a RENAST ter sido implementada, o PST foi credenciado como CEREST de abrangência regional. Desde então tem intensificado suas ações, que se distribuem em três setores: (1) Assistência de referência e contra-referência com os demais serviços da rede pública de saúde, (2) Vigilância e (3) Promoção da Saúde do Trabalhador.

A partir desta proposta de trabalho o CEREST Regional Piracicaba teve papel fundamental na reestruturação da Comissão Municipal do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)⁸ de Limeira, que tem a finalidade de construir estratégias múltiplas de ações intersetoriais e de políticas públicas articuladas na busca de alternativas para superar a situação de vida e trabalho de crianças e adolescentes economicamente ativos da região.

Atualmente, a Comissão do PETI é composta de representantes dos setores da saúde, educação, assistência social, inspeção do trabalho, garantia de direitos, sociedade civil organizada, sindicatos e representação patronal. Os integrantes se reúnem mensalmente para discutir, promover e realizar os projetos da comissão. Ao longo desse processo destacam-se, como instituições-chave dessa iniciativa, o CEREST - Regional Piracicaba e o Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos Bancários e Financeiros de Limeira.

DESAFIOS NA FORMAÇÃO DA REDE INTERSETORIAL

A comissão do PETI organizou-se enfrentando inúmeras questões polêmicas na medida em que as condições insalubres de trabalho na cadeia produtiva da indústria de bijuteria e a utilização da mão de obra infanto-juvenil ficaram amplamente conhecidas pelos estudos desenvolvidos. A repercussão na mídia e o risco de impacto na comercialização de jóias fomentaram uma mobilização ampliada da sociedade civil e órgãos governamentais.

As estratégias que deram início à atuação da Comissão do PETI foram: (1) reuniões com a Câmara Municipal de Limeira através de sua Comissão de Assuntos Relevantes, criada inicialmente para tratar da questão do trabalho infantil; (2) organização de Audiência Pública na Câmara Municipal de Limeira sobre o Trabalho Infantil no Município, realizada com vista a proporcionar espaço para a mobilização, reflexão e articulação dos munícipes perante a questão do trabalho infantil; (3) organização de uma reunião ampliada entre a Comissão de Assuntos Relevantes da Câmara Municipal de Limeira, o secretário de Educação, a secretária de Saúde, os vereadores e representantes do CEREST – Piracicaba. Essas ações buscaram comprometer o poder público com a problemática local.

Em junho de 2007 foi proposta a implantação, com apoio do CEREST - Regional Piracicaba, de um sistema de notificação exclusivo dos casos identificados de trabalho de crianças e adolescentes e dos agravos decorrentes do envolvimento dessa população nas atividades do setor

⁷ Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (5. : 2005 : Brasília, DF). Anais : 5ª Expoepi: Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 136 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).

⁸ As Comissões Municipais de Erradicação do Trabalho Infantil foram criadas para acompanhar e monitorar os programas intersetoriais de retirada de crianças do trabalho e avaliar as demandas de programas de transferência de renda do Governo Federal. A configuração e o desenvolvimento das ações das comissões variam de acordo com cada contexto.

de jóias e bijuterias. Um banco de dados permitiria o mapeamento dos expostos aos riscos e o planejamento e desenvolvimento de ações de promoção à saúde e à prevenção dos agravos. Houve uma grande resistência dos gestores da saúde a essa iniciativa, pois argumentavam que não teriam suporte técnico e estrutural para atender à demanda criada pelo sistema de notificação. Afirmavam também que não tinham clareza de como operacionalizar as ações e intervenções para a retirada dessas crianças do trabalho desenvolvido no próprio domicílio. Além disso, a Comissão também encontrou resistência no setor educação, cujas atividades propostas visavam à sensibilização de professores, de educadores e da comunidade em geral para os impactos e agravos à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho.

Diante desse quadro, em agosto desse mesmo ano profícuas ações de sensibilização à temática, discussão e articulação foram realizadas, a saber:

- (1) Realização de oficina de Saúde do Trabalhador, organizada e ministrada pelo CEREST - Piracicaba com apoio do Centro de Integração de Ensino e Serviço – Leste Paulista (CIES) e da Comissão Municipal do PETI. Esse encontro teve como objetivo capacitar os usuários do SUS, conselheiros municipais da saúde, educação, setores organizados da sociedade civil, entre outros.
- (2) Articulação com o Ministério do Trabalho e Emprego para inclusão dessa instituição nas ações interinstitucionais desenvolvidas pela Comissão.
- (3) Organização do 1º Seminário Municipal para Erradicação do Trabalho Infantil - Diagnóstico e Alternativas, de que participaram, entre outros, o Prefeito Municipal, representantes do setor de fabricação de jóias e bijuterias (Sindicato e Associação Patronal), representantes do Ministério Público do Trabalho (MPT) e do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), representantes da Organização Internacional do Trabalho (OIT), do Fórum Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil e de vários órgãos vinculados ao tema. Durante o evento foi proposto um Protocolo de Intenções pela Erradicação do Trabalho Infantil em Limeira e Região.

Com o protocolo firmado é pactuado o compromisso público dos diferentes setores envolvidos nessa problemática. A importância desse momento foi de garantir o comprometimento do setor público e dos diferentes setores da sociedade na busca de alternativas sustentáveis, que ultrapassem as políticas compensatórias, e incidam, sobretudo, no fluxograma da rede de produção da indústria de jóias e bijuterias no trabalho domiciliar. Fica evidente a necessidade de mudanças na cadeia produtiva como estratégia imprescindível para a erradicação do trabalho infantil em Limeira.

Em decorrência desse processo a Comissão define formalmente, através das ações descritas anteriormente, que cabe ao poder público local a responsabilidade de implantação de políticas públicas que permitam a mudança dessa indesejável realidade. Inicialmente resistentes, os representantes do setor público passam a ter um novo olhar, construído através de debates, sobre as repercussões do trabalho na saúde de crianças e adolescentes. A complexidade da questão suscitou também a necessidade de aprofundamento da articulação intersetorial.⁹

A terceira grande ação da Comissão foi a organização de um projeto em convênio com o Fundo Nacional de Saúde (FNS) elaborado durante a “Oficina de integração interinstitucional das ações públicas para a erradicação do trabalho infantil no município de Limeira”. O referido projeto contém quatro eixos de atuação: Saúde, Educação, Assistência Social e Setor Produtivo.

⁹ VILELA, R. A. G. & FERREIRA, M. A., *op. cit.*

Com o ingresso do Ministério do Trabalho e Emprego como membro efetivo dessa comissão, foi convocada uma reunião com representantes das empresas de Jóias e Bijuterias. O objetivo foi discutir os impactos do trabalho na saúde de crianças e adolescentes, bem como apresentar as garantias legais referentes à proteção do universo infanto-juvenil, definidas na Consolidação das Leis do Trabalho e no Estatuto da Criança e do Adolescente, no que tange à inserção laboral.

No final de 2007, foi promovido um curso de sensibilização intitulado “Atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos”. Esse encontro teve como objetivo fomentar a discussão sobre a relação entre o processo de trabalho na produção de jóias e bijuterias e as possíveis conseqüências à saúde de crianças e adolescentes envolvidos nesta atividade. Nessa oportunidade buscou-se também subsidiar a estruturação de um sistema de notificação compulsória de agravos à saúde referentes a esse universo. Ainda com esse propósito, no início de 2008, alguns integrantes da comissão participaram de um curso à distância, organizado pelo PSTA/NESA/UERJ, em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A REDE INTERSETORIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Com relação às possibilidades decorrentes desse processo, é importante destacar a própria formação dessa Comissão diante da complexa situação que se configura na rede produtiva do setor de jóias e bijuterias na cidade de Limeira.

No que se refere ao financiamento para que as ações intersetoriais vislumbradas pela Comissão se efetivem, conforme relatado anteriormente, foi proposto um convênio fundo a fundo, entre o município de Limeira e o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que foi encaminhado e recebeu parecer técnico favorável. Entretanto, os recursos não foram disponibilizados.

Diante disso, a Comissão, a partir da inclusão do Ministério Público do Trabalho em sua composição, apresenta uma proposta de implantar um Termo de Ajuste e Conduta (TAC). Este termo se ampara em mecanismos legais para comprometer o poder público municipal a colocar em prática as propostas do Protocolo de Intenções pela Erradicação do Trabalho Infantil em Limeira e Região e as ações planejadas na “Oficina de integração interinstitucional das ações públicas para a erradicação do trabalho infantil no município de Limeira”, independentemente dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Essas ações prescindem do estabelecimento de um processo de educação continuada que alcance a diversidade de setores que estão envolvidos nas ações da Comissão, prioritariamente com a finalidade de irradiar os conhecimentos referentes à saúde, dada a sua potencialidade diante da complexidade da questão.

No que se refere ao mapeamento das expressões do trabalho infanto-juvenil em Limeira, no mês de julho de 2008, o setor saúde elabora um fluxograma para implantar a notificação compulsória de agravos à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. O objetivo é criar um banco de dados próprio para armazenar os casos de trabalho infantil com ou sem agravos à saúde, e a vigilância epidemiológica passará a alimentar o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN-NET) nos casos de acidentes de trabalho envolvendo crianças e adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que tange aos principais desafios, está o processo de trabalho na indústria de jóias e bijuterias, em que a produção é efetivada no espaço da vida privada, que não garante as condições adequadas para as atividades de trabalho. Do ponto de vista cultural, encontram-se setores da sociedade que se portam de forma indiferente à realidade da exploração comercial de criança e de adolescente. Ao contrário, banalizam a situação de trabalho (mesmo que seja de risco, e o risco seja apontado), entendendo que ela é um processo inevitável e necessário para a formação e o desenvolvimento das crianças e adolescentes no mundo do trabalho capitalista.

Até o momento não é possível mensurar o impacto/repercussão da prática da Comissão com sua rede intersetorial na comunidade no que se refere à retirada efetiva de crianças e adolescentes dessa situação de trabalho. Porém, pode-se afirmar com precisão que ela é fruto do esforço coletivo de atores que acreditam na possibilidade de transpor a situação-limite a que, estima-se, estão expostos 8.400 crianças e adolescentes no município de Limeira.

Muitas barreiras já foram atravessadas; uma delas foi o início da desconstrução de alguns mitos sobre o trabalho infantil e a construção de linguagem comum entre o setor público e a sociedade civil envolvidos na Comissão, que representa os anseios de mudanças sociais necessárias e possíveis. Contudo, ainda são muitos os desafios dessa rede intersetorial, em especial a necessidade de redesenhar a cadeia produtiva do pólo de jóias e bijuterias de modo a eliminar o trabalho em domicílio e, assim, erradicar o trabalho de crianças e adolescentes e dignificar o trabalho de suas famílias.

Boas Práticas nas Ações de Capacitação dos Profissionais de Saúde: Iniciativa Articulada entre o Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil da Organização Internacional do Trabalho, Ministério da Saúde e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Com o intuito de disseminar os conteúdos das *Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos* foi construída uma metodologia de capacitação, com o objetivo de discutir e estruturar o papel do setor saúde, articulada com a rede intersetorial nas ações de erradicação do trabalho infantil e de proteção ao trabalhador adolescente. Essa metodologia é resultado de um programa de cooperação técnica entre o Programa Internacional para Eliminação do Trabalho Infantil (IPEC) da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Área Técnica de Saúde do Trabalhador (COSAT) do Ministério da Saúde e o Programa de Saúde do Trabalhador Adolescente (PSTA), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

MATERIAL PEDAGÓGICO

Esse processo de formação baseou-se na sistematização da experiência adquirida pelo PSTA e foi organizada a partir do material didático denominado “*Módulos de Auto-Aprendizagem sobre Saúde e Segurança no Trabalho Infantil e Juvenil*”¹, elaborado pelo PSTA com o apoio do IPEC/OIT e publicado, em 2005, pelo Ministério da Saúde.

¹ <http://www.oitbrasil.org.br/info/downloadfile.php?fileId=198>

Os princípios que norteiam o enfoque pedagógico dos Módulos de Auto-Aprendizagem baseiam-se no construtivismo. Sob esta perspectiva, são oferecidas informações e oportunidades de interação entre os campos do conhecimento e da experiência, com o intuito de favorecer o diálogo entre práticas e saberes. Os Módulos incluem dois eixos temáticos com objetivos específicos distintos. São eles:

Assistência à saúde da criança e do adolescente trabalhador:

- Conhecer os principais problemas que afetam a saúde do grupo;
- Prevenir, diagnosticar precocemente e acompanhar os principais agravos à saúde;
- Considerar as redes familiares, comunitárias e sociais como elementos importantes para construção e implementação de propostas de intervenção na atenção à saúde; e
- Utilizar o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente e a rede de assistência social.

Vigilância à saúde do trabalhador:

- Monitorar a saúde das crianças e dos adolescentes economicamente ativos ou que já se viram obrigados a trabalhar;
- Estabelecer ações interdisciplinares e intersetoriais na discussão e no enfrentamento dos impactos do trabalho na infância e na adolescência; e
- Organizar sistemas de informação no que diz respeito à saúde do trabalhador adolescente e de notificação de casos de trabalho infantil.

A estrutura pedagógica dos Módulos de Auto-Aprendizagem está toda fundamentada em estudos de caso, em que cada profissional que os utiliza efetua as seguintes tarefas:

1. Leitura e análise dos casos descritos;
2. Resolução das questões propostas no item denominado “Refletindo e Discutindo”, que tem por objetivo que o próprio aluno identifique os problemas apresentados no estudo de caso;
3. Anotação das observações consideradas importantes para a construção do raciocínio de resolução dos problemas identificados;
4. Articulação das informações proeminentes no estudo do caso e de suas experiências anteriores;
5. Preenchimento de um quadro esquemático com o resumo dos problemas identificados, as ações propostas e os setores a serem acionados para a intervenção;
6. Consulta aos conteúdos teóricos propostos pela abordagem da equipe elaboradora dos Módulos e aos instrumentos de apoio (gráficos, tabelas e textos).
7. Preparação dos quadros esquemáticos para apresentação e discussão coletiva na plenária final dos cursos de capacitação.

Quadro 1: Exemplo de Estudo de Caso

Caso Agrotóxico

João, 10 anos, mora na zona rural e cursa a 2ª série do ensino fundamental. Trabalha na plantação de tomates da família desde os 7 anos, no período em que não está na escola. Prepara o solo, aduba, planta sementes e colhe os frutos. Há dois anos vem ajudando o pai na aplicação de agrotóxicos: mistura a solução e a despeja em uma lata com uma mangueira que ele carrega pela plantação, pulverizando-a. Ao longo desse período, tem notado irritabilidade e fadiga crescentes, dificuldade de concentração e memorização na escola e fraqueza muscular progressiva, principalmente nas pernas. Há cerca de um ano, quando estava na lavoura aplicando pesticida, apresentou caso súbito de náuseas, vômitos, dificuldade de enxergar, cefaléia, diarreia e tremores no corpo, sendo levado para um atendimento de urgência de um hospital.

Durante a consulta médica, a mãe relata que o garoto parecia que estava ficando “*fraco da cabeça*” e “*doente dos nervos*”. Ao exame físico, apresentava peso de 23 kg; altura de 1,25 m; ausência de pêlos pubianos e testículos pré-púberes; alteração de equilíbrio, diminuição de reflexos nervosos e da força muscular bilateralmente em membros inferiores. O restante do exame clínico foi normal.

Refletindo e Discutindo

Quais são os aspectos relevantes desse caso?

Será que João, por ser uma criança, tem capacidade de suportar a mesma dose de agrotóxico que um adulto?

Fadiga causada pelo trabalho pode alterar o crescimento e o desenvolvimento das crianças?

Analise a situação de trabalho apresentada neste caso.

O trabalho do João pode ser considerado perigoso?

Que ações prioritárias devem ser tomadas?

Foram valorizados os conhecimentos trazidos pelos profissionais e estimulados o pensamento crítico e a busca de educação continuada. Este processo de formação propiciou a construção de estratégias para o melhor encaminhamento das questões concretas e locais apresentadas sobre trabalho infanto-juvenil. Cada curso teve a duração de 16 horas, divididas em dois dias de atividades.

Foram realizados cursos em todos os Estados da federação e no Distrito Federal, além de uma Oficina de Validação da Metodologia de Capacitação promovida pela OIT e pelo Ministério da Saúde, da qual participaram profissionais de todo o país. Ao todo foram capacitados 3.500 técnicos num período compreendido entre os anos de 2005 e 2007.

AVALIAÇÃO DOS CURSOS DE CAPACITAÇÃO PRESENCIAL

Durante a execução dos cursos de capacitação dois dispositivos de avaliação foram utilizados: (1) questionário auto-aplicado e (2) relatório qualitativo elaborado pelos instrutores de cada curso. Esse relatório buscou interpretar as diferentes experiências observadas *in loco*, com vista à identificação de indicadores que apontassem os limites e as possibilidades de implementação dos objetivos específicos da iniciativa.

O questionário auto-aplicado buscou investigar o conhecimento dos participantes sobre trabalho infanto-juvenil, seu interesse pelo tema e a qualidade do treinamento recebido. A compilação desses dados mostrou que 49,80% dos participantes consideraram ter um bom conhecimento prévio do tema abordado; mesmo assim, 58,59% classificaram como ótima a aquisição de novos conhecimentos e 35,45% como boa, o que significa que os cursos trouxeram novas informações, ampliando e aprofundando o olhar dos profissionais sobre o tema.

Quanto à relevância da temática, a maioria dos participantes considerou o conhecimento sobre a atenção à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos importante para sua prática profissional. Os temas abordados foram classificados como ótimos por 64,55% e como bons por 33,15% dos participantes. A discussão dos problemas levantados em sala de aula foi considerada ótima por 55,35%, e boa por 40,05% dos profissionais.

Ainda sobre o treinamento em si, acerca das discussões acontecidas em sala de aula, 49,53% informaram ter achado os debates ótimos e 44,11%, bons. A troca de experiências entre os participantes durante o curso foi julgada como boa por 47,63% e ótima por 43,57% .

Finalmente, 53,42% dos participantes consideraram que o treinamento contribuiu para a melhoria do seu desempenho no trabalho e 49,38%, que suas expectativas foram bem atendidas, sendo que 41,61% avaliaram como acima do esperado. Com relação à disponibilidade do material didático, 46,82% perceberam-na como boa, 37,21%, ótima e 12,04%, regular. Quanto à qualidade do material, 45,60% consideraram-na ótima, 42,76%, boa e 9,20%, regular.²

No instrumento aplicado, as últimas questões eram abertas, em que os profissionais podiam relatar o que consideraram positivo, o que foi negativo e o que eles melhorariam.

No item positivo, destacaram-se os seguintes aspectos:

- O conhecimento da rede intersetorial e interinstitucional;
- A aprendizagem permanente na área;
- A real aproximação com a temática do trabalho infantil e protegido para o adolescente;
- A oportunidade de participação no curso e a metodologia de trabalho aplicada.

Depoimentos dos alunos:

“Como evento é ótimo para conhecimento dos temas abordados e a serem trabalhados na solução para enfrentarmos a problemática dos adolescentes e crianças economicamente ativos.”

“Este encontro proporcionou uma integração entre as instituições que trabalham com a problemática.”

“... mobilização intersetorial e institucional em defesa da criança e do adolescente.”

“... ter a oportunidade de aprimorar conhecimento profissional e trocar experiências com outras áreas de atuação”.

² NESA/UERJ. Relatório do Projeto de Cooperação Técnica para a Implementação da Política Nacional de saúde para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos. Documento Interno. Rio de Janeiro, 2006, 26 p.

No item negativo, destacaram-se as seguintes questões:

- A carga horária curta;
- A ausência de órgãos governamentais importantes;
- A infra-estrutura relativa ao local das capacitações;
- A fragmentação na saúde e o pouco comprometimento dos gestores com as propostas.

Depoimentos dos alunos:

“... ter sido apenas dois dias.”

“...que o acolhimento, hospedagem e alimentação não atenderam às expectativas.”

“Que ainda vemos a saúde de forma fragmentada (adolescente / criança / mulher), mesmo a saúde sendo uma totalidade em causas e conseqüências.”

“Que dependemos da vontade de alguns gestores para dar continuidade ou implantar serviços nos municípios”.

No item de sugestões, ressaltaram-se:

- A ampliação da carga horária do curso;
- A continuidade e o aprofundamento das capacitações e das reuniões;
- A melhoria na infra-estrutura dos locais de capacitação;
- O maior comprometimento dos gestores com as propostas;
- O fortalecimento da rede intersetorial e interinstitucional e a descentralização das capacitações para o interior dos Estados.

Depoimentos dos alunos:

“... a participação dos órgãos/instituições intersetoriais no evento com responsabilidade e competência.”

“Dar continuidade deste grupo e convidar outras instituições para discutir este tema.”

“... descentralizar esta sensibilização para os municípios do Estado, envolvendo os profissionais (técnicos) de diversas áreas.”

“Tornar essa capacitação cíclica, isto é, dar continuidade até para avaliar os resultados”.

O sucesso desta iniciativa e as dimensões continentais do Brasil apontaram para a necessidade de criação de um outro dispositivo de formação para profissionais interessados no tema trabalho infantil e saúde. Em 2007, com o apoio do IPEC/OIT e do Ministério da Saúde, o PSTA/UERJ adaptou o curso de capacitação presencial para um ambiente virtual. Atualmente, a capacitação dos técnicos do Sistema Único de Saúde se dá através do site <http://www.saudetrabalho infantil.pro.br>.

CURSO DE CAPACITAÇÃO À DISTÂNCIA

O ambiente virtual de aprendizagem “*Introdução à Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos*” foi desenvolvido a partir da base pedagógica dos “*Módulos de Auto-Aprendizagem sobre Saúde e Segurança no Trabalho Infantil e Juvenil*”. Sua plataforma de trabalho foi adaptada do curso “*Introdução à saúde integral dos adolescentes e jovens*”, que foi desenvolvido no ano de 2001 a partir da parceria do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA/UERJ) com o Laboratório de Tecnologias Cognitivas do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (LTC/NUTES/UFRJ), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Para a implementação do curso à distância foram seguidas as seguintes etapas:

(1) Composição da equipe de tutores:

A equipe técnica do curso foi formada por uma coordenação, uma secretaria acadêmica e um grupo de 10 tutores. A preocupação principal na formação da equipe técnica, em especial do grupo de tutores, foi a de organizar uma equipe de trabalho composta de profissionais que pudessem articular conteúdos acadêmicos com a realidade prática do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, ao longo de toda a duração do projeto, os tutores, identificados previamente nas equipes da RENAST, foram capacitados numa rede virtual, facilitada por profissionais do PSTA.

Essa rede virtual de tutores contou com a participação de técnicos de diferentes formações profissionais e Estados brasileiros. Os profissionais do PSTA/UERJ, com experiência em educação à distância e/ou trabalho infantil, também fizeram parte da equipe, que teve o seguinte perfil: 2 médicas, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 sanitarista, 1 enfermeira, 1 cirurgiã-dentista e 1 fonoaudióloga. Todos com pós-graduação na área da saúde pública.

(2) Curso presencial de tutores:

Antes do início das atividades do Curso à Distância realizou-se, no Rio de Janeiro, um curso presencial para tutores, que teve como objetivo expor a eles assuntos relevantes à discussão proposta pelo curso, assim como apresentar a sua plataforma virtual.

Foram ministradas aulas expositivas sobre: (1) crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes em situação de trabalho; (2) pobreza e trabalho infanto-juvenil; (3) o sistema de informação em saúde do trabalhador; (4) a relação entre sofrimento psíquico e trabalho; e (5) a proposta de aprendizagem à distância e o modelo desenvolvido pelo NESA/UERJ.

Em seguida foram apresentadas a plataforma virtual do curso e as perguntas freqüentemente realizadas pelos alunos. Esta aula teve como finalidade familiarizar os tutores à plataforma do curso e seu funcionamento. A atividade final incluiu a ida do grupo ao laboratório de informática da UERJ para que assim pudessem aplicar os conhecimentos adquiridos durante a última aula expositiva.

A avaliação geral dos tutores sobre essa etapa do treinamento apontou para a eficiência do encontro presencial na medida em que, nesse momento, foi possível sanar as dúvidas em grupo e realizar o reconhecimento mútuo entre os tutores.

O curso presencial terminou com a participação de um representante da COSAT/MS, que nessa oportunidade combinou com a equipe do PSTA e com o grupo de tutores o perfil dos profissionais do SUS que iriam compor uma turma de 100 alunos. Ficou acordado que nesse primeiro momento seria oferecido para cada CEREST que compõe a RENAST a possibilidade de indicar o seguinte número e perfil de profissionais:

- 1 profissional da saúde do trabalhador
- 1 profissional da vigilância em saúde
- 1 profissional da atenção básica
- 1 profissional da saúde da criança e do adolescente

Acordou-se também que toda a divulgação do curso e dos critérios de indicação dos alunos seria realizada pela COSAT/MS.

(3) Inscrição dos alunos:

Após a definição do público-alvo anteriormente descrito, foram distribuídos convites aos técnicos do SUS, ressaltando a importância de sua participação para a disseminação de um processo de educação permanente na área com vista à melhoria da qualidade de atenção a essa clientela específica.

Cada aluno teve de se comprometer com a realização das atividades necessárias para o desenvolvimento do curso, a saber, responder a cinco casos individualmente (assistência e vigilância), participar dos fóruns, construir um caso próprio e responder à avaliação formativa disponível no ambiente virtual.

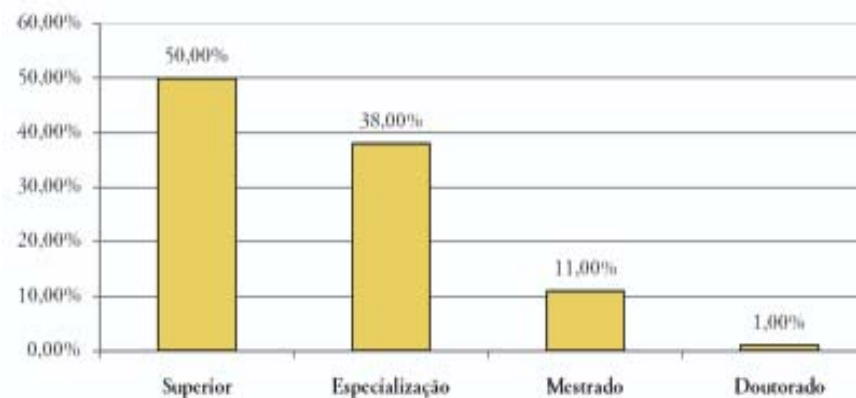
PERFIL DOS ALUNOS INSCRITOS

Foram inscritos e aceitos no curso 100 alunos, dos quais 86% eram do sexo feminino e 14%, do masculino (Gráfico 1). Quanto ao percentual de grau de escolaridade dos alunos, 50% possuíam nível superior completo, 38%, especialização, 11%, mestrado e 1%, doutorado (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Percentual de alunos do curso de educação à distância, segundo gênero



Gráfico 2 - Percentual de alunos do curso de educação à distância, segundo grau de escolaridade



Quanto à abrangência geográfica do curso, as Unidades da Federação (UF) com maior número de alunos inscritos foram o Rio Grande do Sul, com 12 alunos, seguido de São Paulo com 9 e do Pará, com 7 alunos (Quadro 1).

Já em relação à formação profissional dos alunos (Quadro 2), as áreas predominantes foram: Enfermagem (23%), Serviço Social (22%) e Psicologia (17%).

Quadro 2 – Frequência e percentual dos alunos do curso de educação à distância, segundo formação profissional.

| Formação Profissional | Frequência | % |
|-----------------------|------------|------------|
| Administração | 4 | 4,00 |
| Educação | 3 | 3,00 |
| Enfermagem | 23 | 23,00 |
| Farmácia | 1 | 1,00 |
| Fisioterapia | 6 | 6,00 |
| Fonoaudiologia | 2 | 2,00 |
| Medicina | 6 | 6,00 |
| Nutrição | 1 | 1,00 |
| Odontologia | 3 | 3,00 |
| Pedagogia | 5 | 5,00 |
| Psicologia | 17 | 17,00 |
| Serviço Social | 22 | 22,00 |
| Sociologia | 1 | 1,00 |
| Técnico | 3 | 3,00 |
| Terapia Ocupacional | 3 | 3,00 |
| Total | 100 | 100 |

Quadro 1 – Frequência e percentual dos alunos do curso de educação à distância, segundo Unidades da Federação.

| Unidades da Federação | Frequência | % |
|-----------------------|------------|------------|
| Acre | 6 | 6,00 |
| Amazonas | 3 | 3,00 |
| Amapá | 4 | 4,00 |
| Bahia | 1 | 1,00 |
| Ceará | 6 | 6,00 |
| Espírito Santo | 3 | 3,00 |
| Goiás | 6 | 6,00 |
| Minas Gerais | 5 | 5,00 |
| Mato Grosso do Sul | 5 | 5,00 |
| Mato Grosso | 4 | 4,00 |
| Pará | 7 | 7,00 |
| Paraíba | 3 | 3,00 |
| Pernambuco | 5 | 5,00 |
| Piauí | 3 | 3,00 |
| Paraná | 4 | 4,00 |
| Rio de Janeiro | 3 | 3,00 |
| Rio Grande do Norte | 2 | 2,00 |
| Roraima | 1 | 1,00 |
| Rio Grande do Sul | 12 | 12,00 |
| Santa Catarina | 2 | 2,00 |
| Sergipe | 1 | 1,00 |
| São Paulo | 9 | 9,00 |
| Tocantins | 5 | 5,00 |
| Total | 100 | 100 |

Com relação à área de atuação no SUS (Gráfico 3), 56% pertenciam à Saúde do Trabalhador, seguidos de 31% da Atenção Básica.

Gráfico 3 - Percentual de alunos do curso de educação à distância, segundo área de atuação



DINÂMICA DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO CURSO

Ao longo dos dois meses de curso, além dos casos a serem resolvidos, os alunos foram incentivados a participar de fóruns gerais (todos os alunos e tutores) e de fóruns restritos entre tutores e seus dez alunos. Os fóruns gerais foram facilitados por profissionais do PSTA, por representantes do IPEC/OIT e da COSAT do Ministério da Saúde, que foram escolhidos para debater temas específicos.

Os fóruns gerais tiveram os seguintes temas:

(1) Trabalho: fonte de prazer ou sofrimento psíquico?

Facilitado por Suyanna Linhales Barker – Coordenadora do Curso.

“E quando o trabalho real invade o terreno do brincar? Onde fica aí a fronteira do prazer e do sofrimento? Onde fica o desejo das crianças, que não é levado em conta???”

Comentário postado por uma aluna em 18/03/2008.

(2) O papel dos organismos internacionais na erradicação do trabalho infantil: a experiência do IPEC/OIT no Brasil.

Facilitado por Cynthia Elena Ramos – IPEC/OIT.

“Olá Cynthia, quero inicialmente agradecer o apoio e a presença da OIT no Seminário realizado em out/2007 sobre Trabalho Infantil e Saúde, no município de Horizonte-Ceará. Quanto ao tema abordado neste fórum, acredito ser imprescindível o papel dos organismos internacionais na erradicação do trabalho infantil, pois proporciona a informação de dados relacionados ao trabalho infantil no contexto amplo e global, como também nos oferece subsídios para perceber que a problemática do trabalho infantil é algo articulado com questões sociais, da saúde, educacionais, trabalhistas e que as estratégias para prevenção e erradicação incluem a implementação de ações transversais, integradas, das políticas

públicas setoriais. No município de Horizonte/Ce estamos iniciando com a diretriz de potencializar e fortalecer o que temos no município em prol da erradicação do Trabalho Infantil; sabemos que é só o começo de uma grande caminhada, mas unindo forças e sabendo que existem organizações com respaldo e reconhecimento nesta área, como a OIT e outros, é que cada vez mais nos fortalecemos e agradecemos a parceria que nos foi dada.”

Comentário postado por uma aluna em 26/03/2008.

(3) Limites e possibilidades do SUS na erradicação do trabalho infantil e na proteção do trabalhador adolescente.

Facilitado por Maria das Graças Hoefel – COSAT/MS.

“A possibilidade do SUS na erradicação do trabalho infantil passou a ter aporte maior após a implantação das Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes, possibilitando aos profissionais um olhar diferente no atendimento às crianças e aos adolescentes, bem como nas ações das equipes de Saúde da Família. Através das estratégias da RENAST e com a implantação dos CERESTs, pode-se disseminar este olhar diferenciado na rede de atenção à saúde através de capacitações e implantação das notificações de acidentes com crianças e adolescentes. Ainda temos algumas dificuldades a serem transpostas, mas acredito que com a participação de diversos setores do governo, bem como de outros organismos envolvidos nesta área de atuação, conseguiremos superá-las e transpô-las, criando a rede de erradicação do trabalho infantil e proteção ao trabalhador adolescente.”

Comentário postado por uma aluna em 14/04/2008.

(4) Quais as possíveis relações entre trabalho infanto-juvenil e as desigualdades étnico-raciais no Brasil?

Facilitado por Carmen Maria Raymundo – Tutora do Curso.

“O trabalho infanto-juvenil é “um fator cultural” que permeia nossa sociedade. É um meio de minimizar a pobreza de famílias por vezes numerosa e sem nenhuma assistência governamental. E infelizmente no Brasil as estatísticas revelam que a maior parte das adolescentes que trabalham como domésticas são negras e pobres, com pouco acesso às parcas políticas governamentais. Isso contribui de forma peculiar para o aumento do analfabetismo ou precariedade no aprendizado. E a sociedade é ciente desse fato, porém, contribui para seu crescimento. É comum ouvir em rodas de amigos mesmo que fulano tem uma babá que é adolescente porque é uma forma de auxiliar sua família, aumentar a renda doméstica e na sua grande maioria são negras e do interior.”

Comentário postado por uma aluna em 26/04/2008.

Outra atividade proposta foi a construção de um caso, nos moldes dos apresentados para resolução, abordando as competências e habilidades consideradas importantes por cada aluno em seu cotidiano de trabalho. Os casos estavam acrescidos de perguntas para discussão e reflexão e as principais abordagens e condutas para o encaminhamento das questões levantadas. Cada aluno, para completar o curso, teve de apresentar para o seu tutor um caso de trabalho infantil típico de sua região.

AValiação DO CURSO À DISTÂNCIA

Dos 100 alunos inscritos, 31 não conseguiram completar todas as atividades propostas e se desligaram do curso em períodos diferenciados. As razões principais apresentadas pelos alunos para o não-cumprimento das tarefas foram:

- 1) Dificuldades de acesso à internet;
- 2) Carga elevada de leitura para resolução dos casos;
- 3) Mudanças nas escalas de trabalho que impossibilitaram o cumprimento das tarefas no período de dois meses;
- 4) Custo para impressão dos materiais de leitura necessários ao cumprimento das tarefas.

Durante a execução do curso de educação à distância dois dispositivos foram utilizados para avaliar os alunos que completaram o programa do curso: (1) um questionário virtual e (2) um caso elaborado a partir da realidade vivenciada na sua prática profissional.

O questionário virtual buscou investigar o conhecimento dos participantes sobre trabalho infanto-juvenil, seu interesse pelo tema e a qualidade do treinamento recebido. No que se refere ao conhecimento prévio sobre a temática de crianças e adolescentes economicamente ativos, 91% dos alunos consideraram ter um conhecimento prévio regular. Após o término do curso, 88,1% dos alunos avaliaram que seu conhecimento foi ampliado e 11,9% tiveram o conhecimento reforçado, o que significa que o curso trouxe novas informações e ampliou e aprofundou o olhar dos profissionais sobre a temática (Quadro 3).

Quadro 3 - Conhecimento prévio do tema e aquisição de novos conhecimentos, segundo os participantes do curso.

| Conhecimento prévio | Frequência | % | Aquisição de conhecimento | Frequência | % |
|---------------------|------------|------------|---------------------------|------------|------------|
| Nenhum | 6 | 9 | Apenas reforçado | 8 | 11,9 |
| Regular | 61 | 91 | Foi ampliado | 59 | 88,1 |
| Total | 67 | 100 | Total | 67 | 100 |

Já no item sobre o curso à distância na modalidade web e sua dinâmica de ensino-aprendizagem, 80,6% dos alunos consideraram a dinâmica adotada como boa, 17,9%, regular e 1,5%, ruim (Quadro 4).

Quadro 4 - Dinâmica de ensino-aprendizagem proposta pela equipe, segundo os participantes do curso.

| Dinâmica de ensino-aprendizagem | Frequência | % |
|---------------------------------|------------|------------|
| Boa | 54 | 80,6 |
| Regular | 12 | 17,9 |
| Ruim | 1 | 1,5 |
| Total | 67 | 100 |

Quanto à disponibilidade de tempo para a execução do curso, 53% dos alunos apontaram que poderiam disponibilizar até 9 horas semanais, 31% entre 10 e 15 horas, 15% entre 16 e 20 horas e 1% acima de 20 horas. Ao final do curso, o percentual de alunos que dedicaram até 9 horas semanais foi de 55,2%, entre 10 e 15, 11,9%, entre 16 e 20 horas, 7,4% e acima de 21 horas, 6,1%. É importante notar que os percentuais entre o tempo disponível e o dedicado assemelharam-se (Quadro 5).

Quadro 5 – Horas disponíveis por semana para o curso e tempo dedicado ao final do curso por semana, segundo os participantes.

| Horas disponíveis para o curso | Frequência | % | Tempo dedicado ao curso | Frequência | % |
|--------------------------------|------------|------------|-------------------------|------------|------------|
| até 9 horas | 53 | 53% | até 9 horas | 37 | 55,2 |
| entre 10 e 15 horas | 31 | 31% | entre 10 e 15 horas | 8 | 11,9 |
| 16 a 20 horas | 15 | 15% | 16 a 20 horas | 5 | 7,4 |
| acima de 21 horas | 1 | 1% | acima de 21 horas | 4 | 6,1 |
| em branco | - | - | em branco | 13 | 19,4 |
| Total | 100 | 100 | Total | 67 | 100 |

Quanto aos tutores, os alunos consideraram acerca de cada item:

- Acessibilidade e disponibilidade: Bom (100%)
- Conhecimento técnico: Bom (100%)
- Qualidade das respostas: Bom (94%) e Regular (6%)
- Prazo de resposta: Bom (92,5%) e Regular (7,5%)
- Relacionamento interpessoal: Bom (89%) e Regular (10,4%)

Quanto à gestão acadêmica, os alunos consideraram acerca de cada item:

- Nível de informação obtida: Bom (92,5%) e Regular (7,5%)
- Agilidade das respostas: Bom (91%) e Regular (9%)
- Flexibilidade: Bom (79,1%), Regular (17,9%) e Ruim (3%)
- Relacionamento interpessoal: Bom (77,6%) e Regular (22,4%)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A viabilização do curso de capacitação para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos, em uma plataforma virtual, propiciou um alcance ainda maior da metodologia empregada nos cursos presenciais.

Dada a amplitude do país e a complexidade que envolve as ações de erradicação do trabalho infantil, avalia-se, com essa experiência, que a educação à distância é uma ferramenta muito pertinente para dar continuidade ao processo iniciado pelos cursos presenciais. Essa estratégia tem fomentado, de forma exitosa, a participação dos profissionais de saúde nesse processo de educação continuada, que, como apontado no primeiro capítulo, tem sido a base conceitual para ações de erradicação do trabalho infantil em inúmeros CERESTs em todo o país.

Novos cursos já estão sendo financiados pelo Ministério de Saúde e acredita-se que essa será, pelos próximos dois anos, a iniciativa principal de capacitação do setor saúde para erradicação do trabalho infantil. Nesse mesmo sentido, a Cooperação Técnica entre o IPEC/OIT, o Ministério da Saúde e a UERJ está também planejando a capacitação de profissionais de saúde de países africanos de língua portuguesa.

Boas Práticas nas Ações de Organização da Rede de Atenção Integral à Saúde: a experiência da Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

INTRODUÇÃO

Neste capítulo será apresentada a proposta de organização da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos empreendida pela Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (CAIST-MG). Esta proposta tem como base os pressupostos teórico-metodológicos da 1ª Política Nacional de Saúde para Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente, do Ministério da Saúde.

Os princípios que embasam esta proposta de organização de assistência em saúde situam o Sistema Único de Saúde (SUS), na atualidade, como a única política pública de cobertura assistencial universal. Tal fato confere ao SUS o potencial para a identificação e o cuidado da saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho, demandando, para tal, a busca de redefinição das práticas de saúde e a construção de um “novo modelo” de atenção.¹

Na contemporaneidade, inúmeros estudos e pesquisas epidemiológicas e clínicas evidenciam que este grupo populacional é mais vulnerável aos fatores oriundos de ambientes de trabalho.² Nesta direção, as ações de assistência integral à saúde de crianças e adolescentes trabalhadores representam uma importante linha de ação da área da saúde, diante da problemática do trabalho infantil. Tais ações devem compreender: (1) a identificação de crianças e adolescentes economicamente ativos no sistema de saúde; (2) a realização de ações de saúde visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação; (3) a inclusão de atividades de educação em saúde sobre a temática saúde e trabalho infanto-juvenil; (4) as avaliações dos possíveis nexos entre o trabalho e as questões de saúde apresentadas; (5) o estabelecimento de ações de vigilância em saúde; e (6) articulação intersetorial e interinstitucional.

¹ DIAS, E. C. & HOEFEL, M. G. O Desafio de Implementar as Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a Estratégia da RENAST. Cadernos Ciência & Saúde Coletiva. v.10, nº 4, pp. 817-828, out./dez. 2005.

² FISCHER, FM et al. Efeitos do trabalho sobre a saúde de adolescentes. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, n. 4, pp. 973-984, 2003.

SANTANA, V. et al. Acidentes de trabalho não-fatais em adolescentes. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):407-420, mar-abr, 2003.

Na conceituação construída por PAIM³, os modelos assistenciais podem ser definidos como combinações tecnológicas organizadas para interferir em problemas de saúde individuais e coletivos de determinados territórios e grupos sociais, agregando intervenções sobre os ambientes, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde. Vale enfatizar ainda que as estratégias de organização das redes de assistência à saúde não são normas estanques a serem seguidas, mas racionalidades diversificadas a partir de cada contexto social. Essas envolvem forças políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais, assim como a correlação de forças institucionais existentes em determinado espaço local, regional e nacional. Assim sendo, faz-se necessário contextualizar a experiência ora apresentada, explicitando o momento histórico em que se efetivaram as condições necessárias para sua elaboração.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O processo de construção das proposições para a organização da atenção integral à Saúde de crianças e de adolescentes economicamente ativos, no Estado de Minas Gerais, apresenta os seguintes antecedentes:

(1) Em âmbito nacional

Como apontado nos capítulos anteriores, no ano de 2003 a COSAT estruturou a 1ª Política Nacional de Saúde para Erradicação do Trabalho Infantil no Brasil. Esta política se propõe a contribuir para a prevenção e a identificação do trabalho infantil, apontando prioridades de erradicação e prestando atenção integral à saúde dos trabalhadores infanto-juvenis. Entre os desdobramentos desta política, no que tange à estruturação da organização de ações de assistência integral, destacam-se:

- A publicação das *Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e de Adolescentes Economicamente Ativos*, no ano de 2005.⁴

A elaboração dos Protocolos de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (entre eles as *Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos*) contemplou os distintos níveis de complexidade presentes na rede de serviços de saúde – atenção básica, urgência e emergência, média e alta complexidade e a atuação dos CERESTs em níveis regional e estadual. Além disso, as diretrizes uniformizaram os procedimentos de aspectos conceituais e epidemiológicos, quadro clínico, abordagem diagnóstica, tratamento, condutas e encaminhamentos junto à rede de proteção social, reabilitação profissional, vigilância da saúde e notificação. Também disponibilizou instrumentos padronizados para a atenção integral à Saúde do Trabalhador, passíveis de serem informatizados, facilitando os procedimentos de notificação, de modo a atender as doenças e agravos relacionados ao trabalho, conforme a Portaria GM/MS 777/2004.

³ PAIM, J. S. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. pp. 489-503. In: ROUQUAYROL, Z. & ALMEIDA, N. Epidemiologia e Saúde. Medsi, Rio de Janeiro, 1999.

⁴ BRASIL. Trabalho Infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

As *Diretrizes* foram elaboradas por um grupo de profissionais envolvidos com a temática do trabalho infanto-juvenil, provenientes de centros acadêmicos e de serviços de níveis diferenciados de atenção à saúde, das várias regiões do país. A composição desse grupo teve o propósito de considerar a complexidade e a diversidade do trabalho infanto-juvenil no país.

O texto final foi aprovado em consulta pública e contém uma série de procedimentos para orientação dos profissionais de saúde, subdivididos em 3 etapas principais: (1) Identificação de crianças e adolescentes em situação de trabalho (com base na legislação brasileira); (2) Avaliação da exposição a risco, avaliação de saúde e diagnóstico; e (3) Encaminhamentos para o sistema hierarquizado de saúde, inspeção no trabalho e garantia de direitos.

Em linhas gerais, as *Diretrizes* encerram instruções que, respeitando cada contexto sociocultural, delinearão o arcabouço teórico-metodológico para a identificação e o acolhimento de crianças e adolescentes em situação de trabalho e de suas famílias pelas equipes multiprofissionais de saúde do SUS, com ênfase na atenção básica.

Como mencionado no capítulo anterior, a implantação das *Diretrizes* contou com um processo de formação efetuado através dos *Cursos de Sensibilização sobre Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos*.

- A elaboração de uma Instrução Normativa, que tem o objetivo de padronizar os procedimentos técnicos para a identificação, investigação e notificação de acidentes e doenças relacionados ao trabalho em crianças e adolescentes, no **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-Net)**.

A necessidade de elaboração de tal instrumento legal surge para apoiar as ações preconizadas na Portaria 777/04/MS. O universo a ser alcançado abrange todos os níveis de atenção do SUS: urgência, emergência, pronto atendimento, unidades básicas de saúde, serviços especializados do SUS, incluindo os serviços contratados e conveniados ou outros que formarão a Rede Sentinela⁵ para a notificação compulsória de acidentes e doenças relacionados ao trabalho na população infanto-juvenil.

O documento da Instrução Normativa tem o formato de uma portaria ministerial e contém instruções técnicas como anexos. Estas instruções técnicas são fluxogramas e/ou tabelas que detalham o fluxo de atendimento e notificação dos agravos à saúde, já contido no documento dos protocolos e diretrizes. Constituem um fluxograma de identificação, acolhimento, assistência, notificação e vigilância do trabalho infantil. Trazem as atribuições dos profissionais, as ações das instituições envolvidas, os documentos necessários, incluindo a atenção básica, a média e alta complexidade, identificando os passos em cada etapa.

No que tange ao trabalho infanto-juvenil, o Ministério da Saúde organizou oficinas nacionais para discussão e construção coletiva da instrução normativa e das instruções técnicas. Esse processo incluiu a identificação e o convite de um ou mais profissionais representantes da atenção básica e dos CERESTs de cada estado do país para compor o grupo de elaboradores do documento. Foram organizadas 02 oficinas de âmbito nacional: a primeira em agosto de 2007 em Brasília/DF e a seguinte em maio de 2008, na cidade de São Luís, no Estado do Maranhão.

⁵ Rede de serviços assistenciais de retaguarda, de média e alta complexidade, estruturada para garantir a geração de informação e viabilizar a vigilância à saúde. Esta rede é responsável pela notificação e informações que irão desencadear as ações de prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador.

Na 1ª Oficina realizada em Brasília, os profissionais, a partir do fluxograma de atendimento contido nas *Diretrizes*, respeitando as diversidades locais, elencaram um conjunto de ações necessárias para que as atividades previstas se efetivassem no sistema hierarquizado de saúde do SUS. Em seguida, o grupo foi orientado a pactuar, em seus Estados e instituições, as demais questões a serem construídas para a composição das instruções técnicas, ou seja, seriam definidas em seguida: (1) a equipe multidisciplinar necessária para cada ação prevista; (2) as unidades de saúde que comporiam a rede assistencial; (3) a rede de proteção e de garantia de direitos; e (4) a documentação necessária para os fluxos de referência e contra-referência.

A partir desta estruturação, na oficina realizada em São Luís/Maranhão, os profissionais se reuniram novamente e construíram, coletivamente, o texto da Instrução Normativa e das instruções técnicas. O documento foi elaborado, portanto, a partir da pactuação efetuada pelos profissionais nos estados e instituições e aprovado em plenária durante a oficina, não estando publicado, ainda, enquanto Portaria Ministerial, mas já vem sendo usado para organizar os serviços em âmbito local.

(2) Em âmbito local

Como primeira ação tem-se a participação da CAIST-MG nas reuniões mensais do Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e de Proteção do Trabalhador Adolescente, a partir do ano de 2005. Nestas reuniões, a saúde e demais setores foram chamados para definir suas atribuições para a erradicação do trabalho infantil e proteção do trabalhador adolescente no Estado. A partir do ano de 2006, as primeiras propostas do setor de Saúde do Trabalhador para a temática começaram a ser construídas.

Em maio de 2005, foi realizado pela equipe do PSTA/UERJ um curso de Sensibilização para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos. Nesta oportunidade, foi realizada a apresentação das *Diretrizes*. Nesse mesmo ano, a CAIST-MG participou do Fórum Intersetorial Municipal sobre Trabalho Infantil, realizado na cidade de Betim.

Em 2006 é organizado um projeto-piloto para implantar as *Diretrizes* nos municípios de Betim, Juatuba e Brumadinho, para em seguida expandi-lo para o estado de Minas Gerais.⁶ Além disso, inúmeras iniciativas foram desencadeadas pelos diferentes CERESTs (estadual e regionais) em todo o Estado, tais como: capacitações, pequenos projetos, palestras, manifestações etc.

O TERRITÓRIO DA EXPERIÊNCIA

Minas Gerais é o quarto maior estado brasileiro em extensão territorial e o segundo mais populoso do país, com 19,2 milhões de habitantes.⁷ Possui 853 municípios, com grandes disparidades sociais, econômicas e culturais definidas principalmente em função das atividades econômicas. A estrutura econômica do Estado apresenta um equilíbrio entre os setores industrial e de serviços, responsáveis, respectivamente, por 45,4% e 46,3% do PIB do Estado, enquanto a agropecuária contribui com apenas 8,3%.

⁶ As ações do projeto-piloto estão estruturadas nos seguintes eixos: Educação permanente em Saúde do Trabalhador para o SUS; Assistência em Saúde do Trabalhador; Vigilância à Saúde; Gestão e Processos de Trabalho e Informação em Saúde do Trabalhador.

⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007.

Neste contexto, Minas Gerais é um estado brasileiro com grande participação de crianças e adolescentes em atividades de trabalho. Conforme os dados do IBGE de 2006, no grupo de 5 a 9 anos de idade, 17.681 crianças trabalham no estado, seguidas por 288.409 no grupo de 10 a 15 anos de idade e 292.093 com idades entre 16 e 17 anos (Quadro 1). Ressalta-se ainda que a referida pesquisa indica a existência de 598.183 crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos de idade economicamente ativos em Minas Gerais, representando um quantitativo acima dos 10% do total brasileiro.

Quadro 1 – Nº de Trabalhadores por Faixa Etária e Tipo de Atividade segundo a Região, até 17 anos, no Brasil e em Minas Gerais, em 2006.

| Faixa etária e tipo de atividade segundo a região | | BRASIL | MINAS GERAIS |
|---|----------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Total de 05 a 09 anos | | 237.280 | 17.681 |
| 10 a 14 anos | Urbana | 752.257 | 100.104 |
| | Agrícola | 971.375 | 95.266 |
| | Total | 1.723.632 | 195.370 |
| 15 anos | Urbana | 455.832 | 58.335 |
| | Agrícola | 301.345 | 34.704 |
| | Total | 757.177 | 93.039 |
| Total de 10 a 15 anos | | 2.480.809 | 288.409 |
| 16 a 17 anos | Urbana | 1.746.124 | 212.965 |
| | Agrícola | 672.996 | 79.128 |
| | Total | 2.419.120 | 292.093 |
| Total 05 a 15 anos | | 2.718.089 | 306.090 |
| Total 5 a 17 anos | | 5.137.209 | 598.183 |
| Total de Pessoas ocupadas | | A partir de 5 anos – 89.555.000 | A partir de 10 anos – 16.469.000 |

Fonte: PNAD - IBGE

ESTRUTURAÇÃO ORGANIZACIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DE MINAS GERAIS

No Estado de Minas Gerais a Saúde do Trabalhador existe desde 1983. A partir da implantação da RENAST em 2002, a CAIST, responsável pela coordenação das ações em Saúde do Trabalhador no Estado, inicia o processo para a implantação dos Centros de Referência Estadual e Regionais em Saúde do Trabalhador. Além disso, dada a amplitude do Estado, nas regiões onde não há CERESTs, a CAIST conta com o apoio das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador em níveis regional e municipal, inseridas nas Gerências Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, respectivamente. Esta estrutura organizacional é responsável pelas ações em Saúde do Trabalhador construídas nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde.

Neste contexto, através da portaria do Ministério da Saúde nº. 2437/2005, desenhou-se a dimensão da RENAST no Estado de Minas Gerais, que em 2008 apresenta a seguinte estrutura (Figura 1):

- (1) 17 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Regionais: nas cidades de Belo Horizonte, Betim, Contagem, Ipatinga, Juiz de Fora, Uberlândia, Governador Valadares, Araxá, Andradas, Poços de Caldas, Sete Lagoas, Barbacena, Ubá, Uberaba, Passos e Montes Claros.
- (2) 01 Centro de Referência Estadual sediado no Hospital Bias Fontes/FM/UFMG.

Figura 1



Organização da Atenção Integral à Saúde de Crianças e de Adolescentes Economicamente Ativos na Atenção Primária

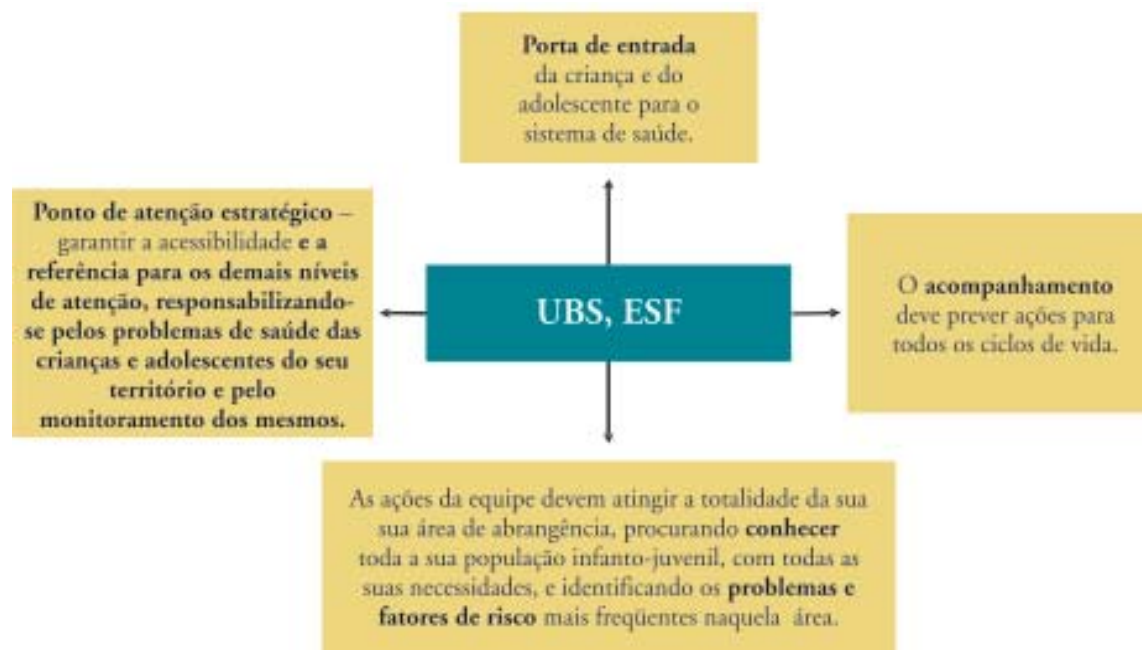
A proposta de organização e estruturação de ações de assistência integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos, empreendida pela CAIST-MG, é resultante de articulações entre a Saúde do Trabalhador, a Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e a Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde.

Baseia-se fundamentalmente nos seguintes pressupostos: (1) atenção básica como referência fundamental para ordenamento dos serviços de saúde; (2) linhas guia de Atenção à Saúde da Criança e de Atenção à Saúde do Adolescente, que orientam o cuidado à saúde infanto-juvenil na atenção básica; e (3) princípios do SUS de integralidade e de equidade. Esta proposta tem como objetivo geral efetivar as ações sob uma perspectiva abrangente da promoção da saúde, com uma gestão articulada e intersetorial, no nível local. Para tanto, é composta dos seguintes objetivos específicos:

1. Implantar as *Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde das Crianças e dos Adolescentes Economicamente Ativos*, no SUS;
2. Investigar os tipos de atividades e riscos /agravos à saúde a que estão sujeitos os adolescentes e crianças que trabalham no Estado;
3. Diagnosticar a situação real da saúde da população de 5 a 17 anos sujeita ao trabalho;
4. Preparar o SUS para a notificação quanto ao SINAN-NET;
5. Capacitar a equipe de saúde para dar atenção integral à saúde dos adolescentes e crianças que trabalham, bem como para o combate e a erradicação do trabalho infantil;
6. Criar fluxos para a assistência no SUS (atenção básica, média e alta complexidade), inclusive para as referências e contra-referências;
7. Estruturar o uso da ficha de cadastro de atividades domiciliares territoriais pelos agentes comunitários de saúde visando alcançar o setor informal da economia, em que está situada a maior expressão do trabalho infanto-juvenil;
8. Estruturar o uso do prontuário da família, para que nas fichas dos ciclos de vida haja inclusão da questão do trabalho;
9. Participar da rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do adolescente trabalhador. Articulação intersetorial – SUS, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério Público, Conselhos Tutelares e Promotoria da Infância e Juventude, Organizações Não-Governamentais, Sindicatos e demais representantes da sociedade civil.

Neste contexto, a atenção básica – Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) – é a porta de entrada que vai coordenar o cuidado a esse grupo populacional, e para tanto deve: (1) atingir a totalidade da população da sua área de abrangência; (2) acompanhar os problemas de saúde do seu território; e (3) estabelecer ações de prevenção e de promoção de saúde para todos os ciclos de vida (Figura 2).

Figura 2



Essa escolha se deve ao fato de que o princípio da equidade tem na atenção básica uma estratégia fundamental para a otimização da saúde populacional e para minimizar as iniquidades enfrentadas pelos diversos grupos sociais. Além disso, a perspectiva de atenção integral pressupõe que as ações de saúde devam abranger, além da condição física e orgânica, os aspectos subjetivos e coletivos, incluindo: as condições de trabalho e renda, os saberes e culturas populares, os desejos e expectativas individuais, o apoio familiar/suporte social, as percepções sobre saúde-doença e as crenças/espiritualidade dos usuários dos serviços de saúde, conforme demonstrado na figura abaixo (Figura 3).

Figura 3



Nesta perspectiva, a Atenção Básica tem as seguintes atribuições:

- Coordenar a rede de serviços e referir, quando necessário, para outros níveis de atenção do SUS. Identificar todos os serviços dos quais essa população possa ter necessidade: centros de referência de especialidades em saúde, exames complementares, internação (efetuar encaminhamento adequado com acompanhamento conjunto).
- Identificar na comunidade todas as instituições, grupos, associações e pessoas que possam contribuir para a educação e vigilância à saúde, propondo um trabalho conjunto dentro da sua área de abrangência. A família deve ser envolvida como protagonista no cuidado à saúde, com lugar privilegiado para a educação e cuidado da criança e do adolescente.
- Atuar de forma articulada com outros setores governamentais e da sociedade civil, como por exemplo: Conselhos de Direitos (nacional, estadual e municipal), Conselhos Tutelares, Ministério Público, Superintendência Regional do Trabalho do MTE, Juizado da Infância e da Adolescência, Programas de Transferência de Renda, movimento social para erradicação do trabalho infantil, sindicatos, ONGs.

Convém ressaltar que uma articulação intersetorial pressupõe a definição do papel específico de cada setor, para que as trocas e diálogos aconteçam e tragam a necessária complementaridade. Assim, uma delimitação do papel da área da saúde contribui e instrumentaliza as possíveis articulações intersetoriais.

Finalmente, a proposta de atenção integral, organizada a partir da atenção primária, tem como função a produção de informação sobre a saúde. Para tanto, conta com o Sistema de Informação Gerencial (SIG), para o qual a equipe multidisciplinar de saúde deve construir as Planilhas de Programação da Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. Nesta planilha, nos grupos de idade que incluam esta população, o trabalho deve ser considerado como fonte potencial de riscos à saúde. (Quadro 2).

Quadro 2 – Planilha para Cálculo da População Infanto-Juvenil.

| Atenção à Criança e ao Adolescente da área de abrangência da UBS | |
|---|---------------|
| Cálculo da População-alvo | Número |
| Total de Crianças de 0 a 9 anos | |
| Crianças com fatores de Risco Crianças no trabalho Infantil (ilegal) | |
| Total de Adolescente | |
| Adolescente com fatores de Risco Adolescentes que trabalham Adolescentes - TIP | |

Principais ações desenvolvidas a partir das informações geradas pelo SIG:

- Avaliação e atualização da imunização de todas as crianças e adolescentes trabalhadores;
- Afastamento e notificação dos casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho;
- Tratamento e reabilitação de crianças seqüeladas pelo trabalho;
- Promoção de ações de vigilância da saúde.

ATIVIDADES PROPOSTAS PELA CAIST

(1) Acompanhamento de toda a população, até 19 anos, da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde.

- Realizar 1º atendimento com consulta de enfermagem.
- Identificar as crianças e os adolescentes trabalhadores.
- Realizar consulta médica anual.
- Avaliar a associação entre o trabalho e os problemas de saúde apresentados (anamnese ocupacional, história ocupacional progressa).
- Promover a realização de grupos educativos voltados para essa população e seus familiares, sobre saúde e segurança no trabalho.
- Realizar imunização de toda a população inscrita.

(2) Avaliação legal e Afastamento.

Afastamento de toda criança menor de 14 anos da situação de trabalho. Afastamento de todo adolescente trabalhador a partir de 14 anos, em situação de trabalho perigosa, insalubre e penosa. (ação feita em parceria com a Rede de Combate e Erradicação do Trabalho Infantil e de Proteção do Adolescente Trabalhador)

(3) Avaliação da exposição à situação de risco ocupacional e de saúde das crianças e adolescentes trabalhadores ou que já trabalharam.

- Identificar qual a atividade realizada pela(o) criança/adolescente.
- Descrever todas as etapas do processo produtivo no qual a criança/o adolescente está inserida (o).
- Estratificar quais são os riscos a que a criança/o adolescente está exposta (o).
- Realizar exames clínicos, físicos e laboratoriais.
- Fazer onexo causal entre a sintomatologia e o processo de trabalho.
- Conduzir o tratamento e a reabilitação de crianças e adolescentes que se acidentaram ou adoeceram por causa do trabalho.

PERSPECTIVAS E DESAFIOS

A organização de uma rede de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos é um processo de longo prazo. Ela pressupõe uma gama de ações e de articulações intra e interinstitucionais, construções de parcerias intersetoriais e o

estabelecimento de fóruns de disseminação da proposta e de educação continuada das equipes interdisciplinares. Assim, até o momento, com este objetivo, a CAIST desenvolveu as seguintes atividades:

1. Manutenção de assento permanente no Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e de Proteção do Trabalhador Adolescente (FECTIPA).
2. Participação no Fórum Municipal sobre Trabalho Infantil em Betim.
3. Apresentação de Palestra Saúde do Trabalhador e Trabalho Infantil no FECTIPA/MG.
4. Participação na oficina Definindo Fluxos Operacionais para a Garantia de Direitos de Crianças e Adolescente/Oficina Direito à Profissionalização e à Proteção Contra o Trabalho Infantil. Identificação dos Fluxos Reais e Ideais realizada pelo Fórum Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil.
5. Participação no I Simpósio Nacional – Trabalho Infantil.
6. Apresentação da Palestra sobre Trabalho Infantil em Ubá.
7. Introdução do Tema do Trabalho Infantil no II Fórum de Segurança, Medicina do Trabalho e Previdência de São João del Rey.
8. Apresentação da palestra sobre Trabalho Infantil em Frutal e Iturama.
9. Participação em Ipatinga no Fórum: O papel do SUS na Erradicação do Trabalho Infantil.
10. Colaboração para a Construção do Plano Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil do Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente (CEDECA). A partir dos diagnósticos sobre o trabalho infantil no Estado, o CEDECA convocou uma oficina de trabalho ampliada, na qual foram sugeridas ao Conselho linhas de ação para o Plano Estadual de Enfrentamento ao Trabalho Infantil. A oficina contou com a participação de representantes de setores governamentais e não-governamentais envolvidos com o tema
11. Participação no Seminário Trabalho Infantil em Betim, realizado pela parceria entre a CASMCA – Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente – e a CAIST.
12. Realização de reuniões com a referência técnica da CASMCA – Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente – para estruturação do tema trabalho nas ações de saúde voltadas para este grupo populacional.
13. Implementação da notificação dos agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho envolvendo crianças e adolescentes.
14. Sensibilização do SUS e criação dos fluxos de notificação de acordo com as unidades notificadoras e com os agravos. O tema trabalho infantil está sendo introduzido nas diversas capacitações e sensibilizações sobre notificações no SINAN-NET.
15. Elaboração de propostas para a atenção das crianças e dos adolescentes economicamente ativos pela Atenção Básica (UBS e Equipes de PSF).
16. Disponibilização de material sobre Trabalho Infantil (dados, palestras) para as referências técnicas em Saúde do Trabalhador das Gerências Regionais de Saúde e para os CERESTs, quando solicitado.
17. Reuniões com a referência técnica da CASMCA para discutir a contribuição da CAIST na capacitação e qualificação das equipes de Saúde da Família da região do Semi-Árido Mineiro (microrregião de Janaúba, contendo 85 municípios).

Espera-se para o período 2008/2010 a realização de avaliação do impacto das ações realizadas pela CAIST, com especial atenção ao projeto-piloto organizado na região de Betim, assim como das demais ações realizadas por outros CERESTs em todo o Estado. Além disso, a CAIST objetiva realizar os seguintes passos futuros:

1. Efetivar a participação da Saúde do Trabalhador no Comitê do Semi-Árido Mineiro com a temática: Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes.
2. Multiplicar as capacitações no Estado, por macro ou microrregiões, trabalhando com as Referências Técnicas das Gerências Regionais de Saúde e com os CERESTs.
3. Efetivar a atenção das crianças e dos adolescentes economicamente ativos pela Atenção Básica (UBS e Equipes de PSF), de acordo com as diretrizes elaboradas, através de sensibilizações/capacitações e da inclusão nas linhas guias de Atenção à Saúde da Criança e Atenção à Saúde do Adolescente.
4. Organizar para profissionais do SUS a *1ª Oficina sobre Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos – Construindo Fluxos na Rede SUS*.
5. Organizar a *1ª Oficina sobre Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos – Construindo Fluxos Interinstitucionais*, de acordo com a Rede de Combate ao Trabalho Infantil e Proteção do Adolescente Trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção de crianças e adolescentes em atividades laborativas e suas possíveis conseqüências à saúde constituem aspectos de grande importância na luta pela erradicação do trabalho infantil. Dado que as interpretações do tema abrangem aspectos morais, políticos, ideológicos, controversos e datados historicamente, o direito à saúde, como um bem concreto, não permite contestações nem “flexibilizações” sobre a impropriedade do trabalho na infância.

Assim, o sistema de saúde é uma importante porta de entrada para o serviço público, uma vez que apresenta as condições necessárias para: (1) apoiar a prevenção do trabalho infantil; (2) construir intersetorialmente ações de identificação e de erradicação do trabalho infantil; e (3) prestar, fundamentalmente, assistência integral à saúde deste grupo populacional. Neste contexto, a estruturação das ações de assistência integral à saúde pode permitir a detecção precoce dos agravos à saúde de origem ocupacional e a sua conseqüente notificação.

A proposta construída pela CAIST coaduna-se com os pressupostos básicos do SUS, que almejam o atendimento universal para este grupo, assim como a equidade, com a necessária integralidade das ações. Inclui ainda a necessária intersetorialidade das ações e o entendimento da família como parceira na construção das ações de prevenção e de retirada do trabalho infantil e do trabalho perigoso para o adolescente. Não obstante, busca inserir as questões referentes ao trabalho infanto-juvenil na organização das ações de saúde do trabalhador no SUS e nas demais políticas de saúde relacionadas às crianças e aos adolescentes.

A organização da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos é ainda muito recente no país. Neste sentido, essa proposta vem sendo, cotidianamente, uma conquista a ser reafirmada no interior dos serviços de saúde no Brasil.

Sem dúvida, ainda existem inúmeros desafios a serem enfrentados. Entre eles podem-se citar: (1) a ampliação das ações para atenção integral, com vista a atingir a totalidade dos municípios brasileiros; (2) a garantia de ações integrais de atenção em todo o SUS; e (3) o fomento das ações de promoção à saúde e de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, efetuadas através de articulação intersetorial, em que a atenção básica constitui-se numa interface importantíssima.

Reconhecem-se os grandes avanços que se têm obtido nos últimos anos. Entretanto, faz-se necessária a continuidade da escala ascendente, tanto de ampliação das ações assistenciais, das ações assistenciais, do processo de sensibilização e educação continuada dos profissionais de saúde para a temática, quanto da capacidade do SUS de atuação intersetorial e de participação nas definições das políticas públicas.

Tem-se aprendido com a história do Brasil, na qualidade de um dos países mais progressistas do ponto de vista legal para a erradicação do trabalho infantil, que não basta um arcabouço normativo para instituir os direitos dos cidadãos. O que realmente legitima a efetivação da cidadania é um processo oriundo da mobilização social, que acontece a partir da combinação entre a aquisição de conhecimento e o processo de reflexão para a ação. Assim, no que se refere à inclusão do Setor Saúde nas ações de erradicação do trabalho infantil, a combinação da publicação de diretrizes para a atenção integral e de portaria para a notificação compulsória de acidentes e agravos relacionados ao trabalho, com um processo continuado de capacitação profissional tem favorecido a efetivação dessas normas instituídas.

Dentre as boas práticas compiladas neste documento vale ressaltar a significativa sensibilização dos profissionais de saúde para a relevância da temática. Tal fato é demonstrado pela disponibilidade das equipes para a construção conjunta de ações, tanto para as que já identificavam o trabalho infantil em seu cotidiano profissional, mas desconheciam os fluxos e a rede intersetorial, quanto para aquelas que apresentavam dúvidas sobre as implicações do trabalho na saúde de crianças e adolescentes. Pode-se assim afirmar que a metodologia empregada nas atividades de capacitação foi eficaz ao valorizar a experiência dos profissionais e, ao mesmo tempo, estimular a busca de novos conhecimentos e de soluções adequadas às suas realidades locais.

Outro aspecto que convém destacar refere-se à participação das redes intersetoriais e interinstitucionais, estimulada durante toda a implementação da 1ª Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil, que propiciou como riqueza maior a potencialização de cada instância do SUS diante da complexidade da temática. Como exemplos desse processo podem-se citar:

- (1) a importância da Atenção Básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, na medida em que os agentes comunitários de saúde desenvolvem um trabalho que lhes dá acesso aos domicílios e, portanto, às famílias inseridas no setor informal da economia;
- (2) a relevância da construção de redes intersetoriais pelos CERESTs para a identificação de crianças e adolescentes trabalhadores, bem como para a elaboração de alternativas viáveis para a erradicação do trabalho infantil e para a proteção do trabalhador adolescente;
- (3) a pertinência da estruturação de um sistema de informação em saúde que possa dar visibilidade aos acidentes e aos agravos à saúde referentes ao universo infanto-juvenil.

Destacam-se também como de fundamental importância o sistema de financiamento e o suporte técnico-científico que vêm sendo oferecidos pelo Ministério da Saúde para que Estados e Municípios instalem os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs). A participação dos CERESTs, tanto na organização de capacitações sobre as diretrizes e sobre o SINAN NET ST (sistema, protocolos e fichas de investigação) em parceria com as coordenações estaduais e vigilância epidemiológica, configura-se como de suma importância para a efetivação desse processo. Observa-se que os Estados que já apresentam resultados de impacto contaram com a participação efetiva dos Centros de Referência, na qualidade de pólos irradiadores das ações.

Portanto, entende-se que as dificuldades, bem como os desafios para a erradicação do trabalho infantil no Brasil, ainda são de grande ordem e exigem a organização de ações intersetoriais e interinstitucionais ainda mais abrangentes. Em relação ao setor saúde destacam-se as seguintes ações:

- Publicação da Portaria GM/MS 777/2004;
- Publicação das *Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos*;
- O financiamento dos CERESTs;
- A implementação de um processo de educação continuada dos profissionais de saúde.

Essas ações constituíram as bases necessárias para a definição das seguintes boas práticas do setor saúde para a erradicação do trabalho infantil:

1. Implementação de um sistema de notificação de acidentes e doenças relacionados ao trabalho infantil;
2. Elaboração de diretrizes e Norma Técnica de operacionalização do fluxo de atendimento e encaminhamento dos casos de trabalho infantil que foram identificados no setor saúde;
3. Certificação de profissionais multiplicadores em cursos presenciais e à distância;
4. Construção de redes intersetoriais para o enfrentamento do trabalho infantil no país.

No entanto, essa história está apenas começando... A caminhada pioneira que vem sendo trilhada pelo setor Saúde no Brasil tem sido possível tanto pelo uso do aparato governamental, como pelo apoio obtido de organismos internacionais, em especial a OIT através do IPEC. Assim, muito ainda está sendo construído... Esta publicação não esgota as inúmeras iniciativas igualmente exitosas que, neste momento, são desenvolvidas em todo o país, mas demonstra a relevância da inclusão do setor saúde para o fortalecimento das redes que buscam erradicar uma das piores formas de privar as pessoas de um futuro digno, ou seja, a exploração da mão-de-obra de crianças e adolescentes.