



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISAS E ESTUDOS SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A POLÍTICA DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO AO TRABALHO PRECOCE

GABRIELA FERNANDES ROCHA

PARAÍBA
Junho de 2017

GABRIELA FERNANDES ROCHA

A POLÍTICA DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO AO TRABALHO PRECOCE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba,
como parte do requisito para obtenção do grau de
Doutora em Psicologia Social.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria de Fátima Pereira Alberto

João Pessoa/PB

Junho de 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Para o desenvolvimento desta pesquisa a doutoranda teve o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de bolsa de estudo.

A POLÍTICA DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO AO TRABALHO PRECOCE

GABRIELA FERNANDES ROCHA

Banca Avaliadora:

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Pereira Alberto (UFPB - Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Alayde Saldanha (UFPB – Membro Interno)

Prof. Dr. Edil Ferreira (UEPB - Membro Externo)

Prof. Dr^ª Thaís Augusta Máximo (UFPB - Membro Interno)

Prof^ª Dr^ª Isabel Fernandes de Oliveira (UFRN–Membro Externo)

João Pessoa/PB

Junho de 2017

Dedico esse trabalho aos meus pais Gabriel e Roseane, que sempre acreditaram no meu potencial e nunca mediram esforços para propiciar o melhor para mim e para minha irmã.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o Autor da minha vida e da minha fé. O Senhor dos meus sonhos e planos. Só Ele poderia me fortalecer para que esse trabalho fosse concluído em meio a tantos problemas e dificuldades. Obrigada meu Deus.

Agradeço aos meus filhos amados, Milena e Davi, razão da minha luta diária para ser uma boa mãe e principalmente um bom exemplo. Eles são a razão de eu querer fazer melhor e de ser quem sou hoje. Eles me apoiaram sem perceber quando ficavam brincando quietinhos para mamãe trabalhar, ou quando deixamos de sair e brincar porque mamãe tinha que trabalhar na tese. Obrigada amores da mamãe.

Agradeço aos meus pais, Gabriel e Roseane e minha irmã, Kaline, essa família que é minha base e que me apoia sempre em tudo. Sem o apoio deles não seria possível ter vindo até aqui. Agradeço todo apoio, confiança e amor de vocês. Obrigada meus amores.

Agradeço à minha orientadora Prof^a Maria de Fátima Pereira Alberto, sem sua paciência, compreensão e força não seria possível a conclusão dessa tese. Sua orientação foi realmente a base de sustentação da minha trajetória nesses oito anos de pós-graduação e amizade. Seu olhar sempre cuidadoso e ao mesmo tempo firme me fizeram crescer e avançar. Várias vezes pensei em desistir, mas você sempre visualizava uma “luz no fim do túnel” com muita firmeza. Obrigada Profi.

Agradeço à prof^a Ana Alayde e ao prof. Edil pelas contribuições e pela leitura cuidadosa do meu trabalho durante os processos de jornadas e de qualificação. A contribuição de vocês foi de extrema importância para o meu crescimento como pesquisadora e para a evolução do trabalho. Obrigada.

Agradeço à professora Thaís Augusta, que também é uma grande amiga e à professora Isabel Fernandes pela disponibilidade em participar da banca de defesa e dividir comigo seus saberes, somando e auxiliando na tarefa de concluir essa Tese. Obrigada.

Agradeço aos meus colegas da pós graduação, que seguraram na minha mão por toda a caminhada, dividindo as lutas e alegrias. Estudando também juntos quando os textos nos desafiavam e ficávamos discutindo as teorias e ideias, possibilitando trocas riquíssimas e muito aprendizado. Muitas risadas e muita amizade traçou nosso caminho. Manu, Denise, Tâmara, Gabriel, Leilane, Mayara, que desde meu ingresso no NUPEDIA na época do meu mestrado foram ombros verdadeiramente amigos que compartilharam momentos muito importantes da minha vida. Cibele e Erlayne, que compartilharam comigo tantas risadas e tantas lutas, vocês são demais meninas. Edneia que ingressou no mesmo período que eu e que dividiu conhecimentos e afetos. Noêmia e Renata que conheci mais recentemente, e já compartilhamos tanto carinho. Obrigada pessoas lindas do meu coração.

Agradeço a todos os alunos do estágio de docência e da pesquisa PIBIC, que contribuíram muito para o meu processo de formação.

Agradeço aos meus amigos e irmãos da Família IBB, que sempre torceram por mim, me apoiaram, oraram, deram força nessa caminhada. Nossa convivência me fortaleceu bastante para passar por tudo, vocês também fazem parte dessa conquista. Obrigada de coração pela torcida, carinho e apoio.

Agradeço aos participantes da pesquisa, os profissionais de saúde que se dispuseram a participar e enriquecer essa pesquisa com seus saberes e vivências.

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, que através de bolsa de estudo tornou possível a realização desse Doutorado.

RESUMO

A presente tese tem como objetivo geral analisar a política de saúde no enfrentamento ao trabalho infantil como garantia de direitos. A tese é a de que não há enfrentamento ao trabalho precoce no âmbito da política de saúde, visto que inexistente política de atenção integral à criança e ao adolescente oriundos do trabalho infantil. O aporte teórico é Políticas Sociais e Teoria Histórico-Cultural. Como procedimentos metodológicos foi realizada uma pesquisa documental, na qual foram analisadas fichas de notificação de acidentes de trabalho, disponibilizadas pelo CEREST, entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais de saúde das UBS e o Diário de Campo. As fichas foram analisadas por meio das frequências extraídas no SPSS e as entrevistas foram analisadas por meio de Análise de Conteúdo com o auxílio do QDA Miner. As fichas de acidente de trabalho revelam que as crianças e adolescentes acidentados tinham entre 9 e 17 anos e realizavam atividades no comércio e serviços, auxiliares de ramos diversos, construção civil, agricultura e indústria. Os sentidos que os profissionais de saúde das UBS dão ao trabalho infantil é de que é bom para se ocupar, bom para ser responsável, necessário, importante ajudar os pais, não é errado se não for forçado e que criança não deve ter responsabilidade de adulto. Em relação à existência de trabalho precoce a grande maioria afirma que não há. Os profissionais afirmam que a atuação é (ou deveria ser) pautada em ações como: orientar as famílias, acionar o CRAS, acionar a equipe, apoiar a permanência no trabalho, não fazer nada porque é um problema social. Os atendimentos que realizam são relacionados à puericultura, educação em saúde, programa saúde na escola, pré-natal, saúde bucal, saúde da mulher, vacinação HPV, vida sexual. As demandas sociais relatadas são: uso/tráfico de drogas, falta de cuidado e higiene, falta de lazer, gravidez na adolescência, não frequentam a escola, pobreza, alcoolismo, abandono de idoso. Os profissionais não têm formação específica para atuar contra o trabalho infantil. Quando indagados acerca da notificação, eles reafirmavam que não havia trabalho precoce para notificar, então foram questionados sobre como procederiam a notificação se encontrassem crianças e adolescentes trabalhando; as respostas foram: desconhecem instrumento de notificação, não notificam, a responsabilidade é da enfermeira, notificam (ou deveriam notificar) ao conselho tutelar, ao CRAS, ao distrito e não notificam por medo da falta de sigilo. Considera-se que não há enfrentamento ao trabalho precoce no âmbito da política de saúde, pelo menos não no âmbito da atenção básica, visto que não há preparo e capacitação dos profissionais das unidades básicas de saúde, nem política de atenção integral às crianças e adolescentes oriundos do trabalho infantil, pois a política se constitui como mantenedora do processo de desigualdade social.

Palavras-chave: trabalho precoce, profissionais de saúde, política de saúde, enfrentamento

ABSTRACT

The present thesis has as general objective to analyze health policy as a guarantee of rights when coping with child labor. The thesis is that there is no confrontation with early work in the field of health policy, since there is no policy of full care for children and adolescents that come from child labor. The theoretical contribution is Social Policies and Historical-Cultural Theory. As methodological procedures a documentary research was carried out, in which were analyzed work accidents datasheets, made available by CEREST, semi-structured interviews with health professionals from UBS and the field journal. The datasheets were analyzed through frequency extracted from SPSS and the interviews were analyzed through content analysis with the QDA Miner assistance. The work accidents datasheets show that children and adolescents who got injured had between 9 and 17 years old and performed activities in commerce and service, auxiliaries of various work branches, construction, agriculture and industry. The means that health professionals from UBS give to child labor is that is good to occupy, good to be responsible, necessary, important to help parents, it is not wrong if it is not forced and that a child should not have an adult responsibility. In relation to the existence of precocious work the great majority affirms that it does not exist. Professionals affirm that the procedure is (or should be) based in actions such as: family guidance, contact CRAS, contact the team, support the permanence in work, do nothing because it is a social problem. The care they perform is related to childcare, health education, health in school program, prenatal, oral health, women's health, HPV vaccination, sexual life. The social demand related are: drug use/traffic, lack of care and hygiene, lack of leisure, teenage pregnancy, do not go to school, poverty, alcoholism, elderly abandonment. Professionals do not have specific formation to act against child labor. When asked about the notification, they reaffirmed that there was no child labor, so they were asked how they would report if they found children and adolescents working; the answers were: are unaware of notification, do not notify, the responsibility belongs to the nurse, notify (or should notify) the tutelary council, CRAS, the district and do not notify for fear of lack of confidentiality. It is considered that there is no confrontation against early work in health policy, at least not in basic care range, since there is no preparation and qualification for the basic health units professionals, nor full care policy for children and teenagers that come from child labor, since politics constitutes itself as a supporter of the process of social inequality.

Keywords: early work, health professionals, health policy, confrontation

RESUMEN

Esta tesis tiene como objetivo general analizar la política de salud en el enfrentamiento al trabajo infantil como garantía de los derechos. La tesis defendida es que no hay enfrentamiento al trabajo precoz en el ámbito de la política de salud, una vez que no existe una política de atención integral a los niños-as y adolescentes egresos del trabajo infantil. La política social y la teoría histórico-cultural fueron utilizados como soporte teórico. Como procedimientos metodológicos se llevó a cabo una investigación documental, donde fueron analizados formularios de notificación de accidentes de trabajo, proporcionados por el CEREST; fueron realizadas también entrevistas semiestructuradas con profesionales de la salud de las UBS y Diario de campo. Los formularios fueron analizados mediante frecuencias por medio del SPSS y las entrevistas se analizaron mediante análisis de contenido con la ayuda del QDA Miner. Los registros de accidentes de trabajo muestran que los niños y adolescentes heridos tenían entre los 9 y 17 años y realizaban actividades en el comercio y en la prestación de servicios en diversas ramas como: en la construcción, la agricultura y la industria. Los sentidos que los profesionales de la salud atribuyen al trabajo infantil es que este es bueno para ocupar, para tornarlos responsable, que es necesario e importante para ayudar a los padres, que no está mal si no es forzado y que los niños deben tener la responsabilidad de un adulto. En relación a la existencia de trabajo precoz, la mayoría de ellos afirma que no hay. Los profesionales afirman que la actuación es (o debería ser) basada en acciones tales como: orientación con familias, compartir las demandas con el CRAS, movilizar el equipo, apoyar la permanencia en el trabajo, y no hacer nada ya que es un problema social. Los atendimientos son realizados en el ámbito del cuidado de niños, educación para la salud, programa de salud en la escuela, la atención prenatal, salud oral, salud de la mujer, la vacunación contra el VPH, la vida sexual. Las demandas sociales reportadas son: el uso de drogas / tráfico, la falta de cuidado e higiene, la falta de ocio, el embarazo adolescente, la frecuencia a la escuela, la pobreza, el alcoholismo, el abandono de ancianos. Los profesionales tampoco tienen una formación específica para actuar contra el trabajo infantil. Cuando se les preguntó acerca de la notificación, él reafirma que no había trabajo precoz para notificar, entonces se les preguntó sobre cómo proceder a la notificación si encontraban niños y adolescentes trabajando; las respuestas fueron: no conocen el sistema de notificación; que no notifica; que es responsabilidad de la enfermera; que notifican (o debería notificar) al Consejo Tutelar, al CRAS y al distrito; y los que no reportan por temor a la falta de confidencialidad. Así, se considera que no existe un enfrentamiento al trabajo precoz en el campo de la política de salud, al menos no en el contexto de la atención primaria, ya que no hay preparación y formación de los profesionales de las unidades básicas de salud, tampoco una política de atención integral a niños-as y adolescentes egresos del trabajo infantil, porque la política se constituye como uno de los mantenedores del proceso de la desigualdad social.

Palabras clave: trabajo precoz, profesionales de la salud, políticas de salud, enfrentamiento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Atribuições e Responsabilidades pertinentes às Proteções Sociais

Figura 2: Quantidade de acidentes de trabalho por idade

Figura 3: Quadro de distribuição das categorias e subcategorias

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Atuação contra o Trabalho Infantil”

Tabela 2: Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Sentido de Trabalho Infantil”

Tabela 3: Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Atendimento”

Tabela 4: Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Demandas Sociais”

Tabela 5: Distribuição dos Códigos por Função dos Profissionais dentro da Categoria “Demandas Sociais”

Tabela 6: Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Formação”

Tabela 7: Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Notificação”

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CONAETI – Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

DRT – Delegacia Regional do Trabalho

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FNPETI – Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEC – Programa Internacional para Eliminação do Trabalho Infantil

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos

PAIF – Programa de Atenção Integral à Família

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSB – Proteção Social Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SEDEST – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda

SINAN – Sistema Nacional de Notificação

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1 - O Enfrentamento ao Trabalho Precoce e a Política de Saúde: um olhar sobre outros estudos	29
1.1 Contextualização do Trabalho Precoce e seu Enfrentamento	30
1.1.1 Trabalho Precoce: Uma Violação de Direitos	30
1.1.2 O Enfrentamento ao Trabalho Precoce	44
1.2. A atuação dos Profissionais de Saúde	51
1.3 A Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde	55
CAPÍTULO 2 – Fundamentando o estudo: Políticas Públicas e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente Trabalhador	63
2.1 Estado e Políticas Sociais	64
2.2 A Política Pública de Saúde	71
2.3 O desenvolvimento da criança e do adolescente oportunizado pela Política Pública de Saúde	76
2.4. A categoria Sentido na Teoria Histórico-Cultural	82
CAPÍTULO 3 – Método: Caminhos traçados para a investigação do Enfrentamento ao Trabalho Precoce pela Política de Saúde no município de João Pessoa	86
3.1 Participantes	88
3.2 Instrumentos	89
3.3 Procedimentos	90
3.4 Análise dos dados	92
CAPÍTULO 4 – Enfrentamento ao Trabalho Precoce pela Política Pública de Saúde no município de João Pessoa: resultados encontrados	94

4.1. Ações da Política de Saúde no enfrentamento ao Trabalho Precoce	95
4.2. Ações da Atenção Básica na Promoção de Saúde e no Desenvolvimento da Criança e Adolescente Trabalhador	103
4.3. Caracterização do sentido de “Trabalho Infantil” para os Profissionais de Saúde	112
4.4. Práticas quando se deparam com a existência de Trabalho Infantil nas famílias ou comunidades onde atuam	118
4.5. De que forma a atuação dos Profissionais de Saúde está relacionada à Proteção e Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes	123
4.6. Dificuldades enfrentadas pelos Profissionais de Saúde no Processo de Registro dos casos de Trabalho Infantil	137
4.7. A ausência da Política de Saúde no Enfrentamento ao Trabalho Precoce	147
CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
REFERÊNCIAS	162
ANEXOS	172

INTRODUÇÃO

O trabalho precoce é um tema bastante complexo e que envolve diversos fatores. Apesar da luta mundial para erradicá-lo, esse objetivo ainda está longe de ser alcançado porque é um problema que envolve diversas questões da estrutura social capitalista e concepções acerca do trabalho. Além disso, tem uma questão cultural que sustenta o trabalho precoce, uma vez que naturaliza e até apoia sua existência por considerar algo positivo e formador, ou mesmo de continuação da vida familiar, quando os pais “passam” seu ofício para os filhos.

Todas essas causas têm mobilizado diversos segmentos governamentais e da sociedade, de tal modo que em 2013 aconteceu aqui no Brasil a III Conferência Global sobre Trabalho Infantil, na qual representantes de 154 países se reuniram para discutir possibilidades de enfrentamento do Trabalho Precoce e possíveis pactos na luta pela erradicação.

No Brasil, no ano de 2014, o número de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos trabalhando foi de 3,3 milhões, sendo 554 mil na faixa etária de 5 a 13 anos. O IBGE afirmou que esse número cresceu 9% em relação ao ano de 2013. Acredita-se que esse aumento ocorreu porque as crianças precisaram “ajudar” mais os adultos no sustento do domicílio, uma vez que o desemprego aumentou e a crise econômica afeta as famílias (IBGE, 2015). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), na faixa etária de 5 a 13 anos, na qual o trabalho é proibido, foi registrado o maior aumento no número de trabalhadores: 15% na faixa dos 5 aos 9 anos e 8,5% na faixa dos 10 aos 13 anos. Em números absolutos, a quantidade de crianças e adolescentes trabalhando cresceu de 61 mil para 70 mil (PNAD, 2014).

Apesar das lutas e das leis para erradicar o trabalho precoce, ainda se observam diversas atividades de trabalho realizadas por crianças e adolescentes (trabalho doméstico, trabalho em feiras livres, trabalho nas ruas, trabalho na zona rural em plantações e pequenas fábricas, entre outros). Como atuar na erradicação do trabalho precoce? De que maneira as políticas públicas e os profissionais nelas inseridos estão atuando para efetivar os direitos das crianças e adolescentes? De que forma esses profissionais estão atuando nesses contextos e na

garantia dos direitos de crianças e adolescentes? Como a Política de Saúde efetiva o direito das crianças e adolescentes de não trabalhar?

De conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente no artigo 3º, a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Além disso, nos artigos 5º e 7º pode-se ler que, nenhuma criança ou adolescente pode ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão e têm direito à proteção da vida e da saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio em condições dignas de existência. No que diz respeito ao trabalho precoce, no artigo 60º observa-se que “é proibido qualquer trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz” (Brasil, 1990).

Além do Estatuto, existe um Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador, que surge em meio às lutas de combate ao trabalho precoce e foi elaborado para orientar a atuação dos profissionais das diversas políticas na meta de combater e erradicar a ocorrência de trabalho precoce, visto que ainda havia muito o que se caminhar nesse propósito. Esse Plano visa desenvolver e inserir novas ações que proporcionem a prevenção e a eliminação do trabalho precoce, como também nortear as intervenções realizadas pelas diversas instâncias sociais envolvidas. (Brasil, 2011).

Políticas foram elaboradas para o combate ao trabalho precoce, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) que articulou um conjunto de ações para retirar crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos da prática do trabalho. O programa compreendia transferência de renda, acompanhamento familiar e oferta de serviços sócio assistenciais, atuando de forma articulada com Estados e Municípios e com a participação da

sociedade civil. Porém, atualmente em alguns municípios não existe mais o PETI, pois esse programa foi incorporado ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (SCFV). Segundo a resolução 008 de 2013 do CNAS no artigo 4º, “A adesão dos Estados às ações estratégicas do PETI permanecerá enquanto houver Município de seu território considerado com maior incidência de trabalho infantil”, ou seja, alguns municípios ainda contam com as estratégias do PETI para erradicação do trabalho infantil. João Pessoa é um desses municípios que mantém ações estratégicas do Programa. Os municípios abrangidos pelo programa terão o prazo de três anos para o atingimento das metas pactuadas a partir da adesão ao cofinanciamento federal. Os municípios que atingirem as metas pactuadas permanecerão sendo cofinanciados e acompanhados pelo Governo Federal pelo período adicional de um ano, com vistas ao fortalecimento das ações de vigilância e de prevenção de trabalho infantil nos territórios (CNAS, 2013).

No artigo 13º, observa-se que uma das atribuições do Estado é “definição de técnicos de referência da Proteção Social Especial - PSE para monitoramento e acompanhamento do PETI nos Municípios” e o “estabelecimento de corresponsabilidade com órgãos de Estado que desenvolvam ações de erradicação do trabalho infantil”, o que explica de certa forma como o PETI continua funcionando nos municípios abrangidos pelo programa. O técnico de referência é responsável por fazer o vínculo entre o PETI, o SCFV e os usuários. Segundo as orientações da resolução, as ações estratégicas do PETI compreendem as ações desenvolvidas no âmbito do SUAS, na rede socioassistencial, e em caráter intersetorial com as demais políticas. Entende-se por rede socioassistencial o conjunto dos serviços, programas, projetos e benefícios ofertados pelos entes públicos e pelas entidades e organizações de assistência social (CNAS, 2013).

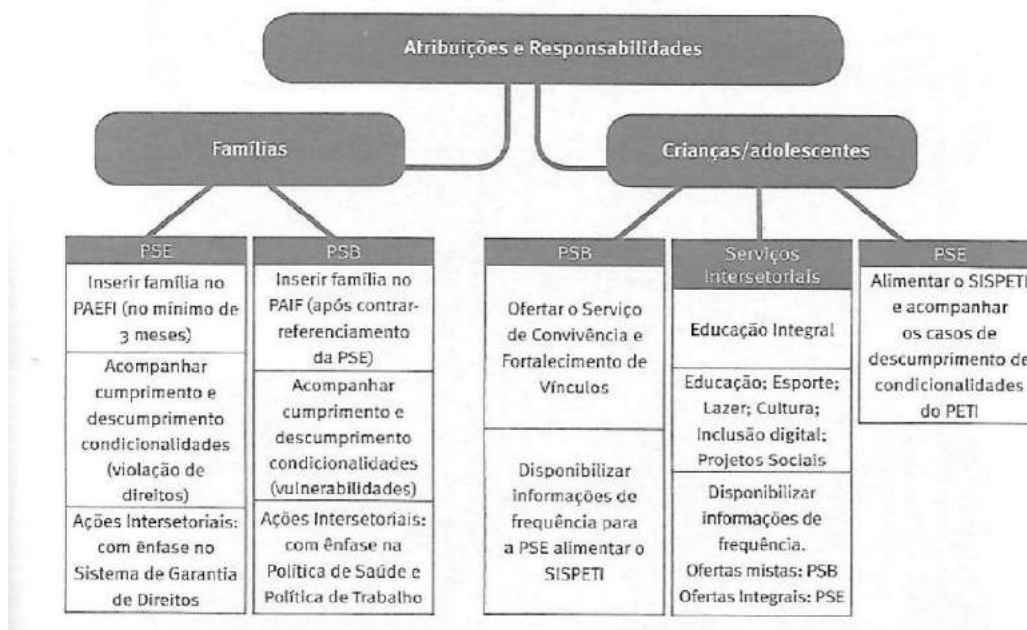
O SCFV é um serviço da Proteção Social Básica do SUAS que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento

Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI). O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos realiza atendimentos em grupo. São atividades artísticas, culturais, de lazer e esportivas, dentre outras, de acordo com a idade dos usuários.

O SCFV não é exclusivo para crianças e adolescentes retirados do trabalho precoce, mas deve incluí-los como prioridade absoluta (Brasil, 2010). A principal característica do Serviço é a Convivência Social. Segundo as orientações técnicas, “convívio é a parte da dinâmica social na qual se desenvolve o sentimento de pertença, a construção da identidade e a afirmação da individualidade. Por meio dele se realiza a transmissão dos códigos sociais e culturais” (Brasil, 2010). Porém, esse convívio social muitas vezes não é a realidade dos trabalhadores precoces, visto que são privados desses momentos de convívio para realização das atividades de trabalho.

A imagem a seguir é o fluxograma das atribuições e responsabilidades pertinentes às Proteções Sociais, disponível nas Orientações Técnicas sobre o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos, com prioridade para crianças e adolescentes integrantes do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Brasil, 2010):

Figura 1
Atribuições e Responsabilidades pertinentes às Proteções Sociais



A política de saúde no Brasil, aborda na Constituição Federal no art. 196 a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado (Brasil, 1988). A reforma no setor da saúde foi possível através das transformações políticas e mudanças administrativas ocorridas durante o processo de luta pela redemocratização do Brasil, após o regime militar, e foi liderada por membros da sociedade civil, movimentos sociais, profissionais da saúde e organizações civis (Paim et al, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela lei nº 8.080 (Brasil, 1990), sendo constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, sendo estas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Diante do contexto brasileiro, caracterizado pela diversidade de demandas de cada região e marcante desigualdade social, o SUS tem como princípios: a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras

características sociais ou pessoais. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo nos três níveis: Municipal, Estadual e Federal. A integralidade quer dizer que as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas, sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer na prática que: se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser compartimentalizadas, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral. E a equidade é a diminuição das desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônima de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema.

Garantindo, assim, que os serviços de promoção, prevenção ou recuperação da saúde sejam direitos de todos os brasileiros, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. O sistema de saúde pública é descentralizado, portanto provido pelo Estado. Havendo um acordo entre federação e município, no qual os municípios possuem autonomia, no entanto os recursos são providos pelo nível federal. A assistência à saúde organiza-se em uma rede articulada em três planos: a atenção básica; atenção secundária, considerada como média complexidade; e atenção terciária e hospitalar, alta complexidade (Paim et al, 2011).

No que se refere à atenção básica de saúde, são desenvolvidas ações estratégicas a fim de prevenção e promoção da saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia da atenção básica e porta de entrada do Sistema. Dentro da ESF, o vínculo e as ações relacionadas à comunidade são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O Sistema atua com equipes multidisciplinares, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários e equipe de saúde bucal.

Sob a alegação de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços ofertados na atenção básica, em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que consiste em equipes multiprofissionais que se associam ao ESF, formadas por assistentes sociais, psicólogos, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, dentre outros.

Em relação ao enfrentamento ao trabalho precoce pela política de saúde, existe a Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador que envolve ações educativas, de vigilância e de assistência, que contribuem para a prevenção e identificação do trabalho precoce, apontando prioridades e prestando atenção integral à saúde de crianças e adolescentes. Dentre essas ações estão: (a) promover o conhecimento acerca do impacto do trabalho infantil sobre a saúde; (b) monitorar a ocorrência do trabalho infantil e o impacto sobre a saúde; (c) organizar a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos; (d) capacitar recursos humanos da área da saúde.

Cabe aos profissionais de saúde notificar as autoridades competentes quando ocorrer violação dos direitos das crianças que estão em situação de trabalho, ocasionando a retirada imediata de toda criança e adolescente que chegar ao atendimento de saúde e encontrar-se nesta situação. (Ministério da Saúde 2009; Ministério da Saúde, 2005; Brasil, 1990).

A Portaria 204/2016 do Ministério da Saúde regulamenta a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador - acidentes e doenças relacionados ao trabalho – em rede de serviços sentinela específica. E as Diretrizes do Ministério da Saúde determinam que toda criança ou adolescente que procure um Serviço de Saúde deve ter sua situação de trabalho mapeada e identificada (Brasil, 2016).

Além de todas essas questões, a pesquisadora tem interesse pessoal e uma trajetória investigando o trabalho precoce. Na pesquisa da dissertação, foi investigado o trabalho precoce doméstico e sua relação com o processo escolar. Buscando visualizar como está o

enfrentamento ao trabalho precoce, não apenas o doméstico, a pesquisadora teve interesse de investigar, no presente trabalho, como se dá esse enfrentamento pela política de saúde, tema que é pouco visualizado e discutido. Muitas vezes nem sequer é associado a política de saúde com o enfrentamento ao trabalho precoce, no entanto, deve haver o envolvimento de todas as políticas nessa luta pela erradicação.

Diante do exposto, o objetivo geral dessa tese é analisar como a política de saúde atua no enfrentamento ao trabalho precoce como garantia de direitos. Os objetivos específicos são: identificar as ações da política de saúde no enfrentamento ao trabalho precoce; identificar as ações da atenção básica na promoção de saúde e no desenvolvimento da criança e adolescente trabalhador; caracterizar o sentido de “trabalho infantil” para os profissionais de saúde; investigar as práticas quando se deparam com a existência de trabalho precoce nas famílias ou comunidades onde atuam; compreender de que forma a atuação dos profissionais de saúde está relacionada à proteção e garantia dos direitos de crianças e adolescentes; identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no processo de registro dos casos de trabalho precoce.

Têm-se como pressupostos que:

✓ A Política de Saúde no que diz respeito ao enfrentamento ao trabalho precoce, se constitui como mantenedora do processo de exclusão e desigualdade social.

✓ A Política de Saúde não assegura as oportunidades e facilidades a fim de facultar o desenvolvimento de crianças e adolescentes trabalhadores.

✓ Os profissionais de saúde consideram o trabalho como educativo e formador, mesmo se realizado na infância.

✓ O enfrentamento ao trabalho precoce no âmbito da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes tem nos profissionais o elemento efetivador das ações.

✓ As formações e capacitações ofertadas pelo município não preparam o profissional para identificar o trabalho precoce como violação de direito e exploração.

✓ Os profissionais não notificam a ocorrência de trabalho precoce.

A partir desses pressupostos, têm-se como tese que não há enfrentamento ao trabalho precoce no âmbito da política de saúde, visto que inexistente política de atenção integral à criança e ao adolescente oriundos do trabalho infantil, apesar de estar positivado na lei. Os profissionais, que são os responsáveis pela efetivação da política de saúde para a população, desconhecem a existência das diretrizes e não possuem formação para atuar na identificação e enfrentamento, uma vez que a política se constitui como mantenedora do processo de desigualdade social. Além disso, o trabalho precoce é histórica e culturalmente aceito, o que prejudica o desenvolvimento dessas crianças e adolescentes e dificulta o enfrentamento.

Esta tese encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro, chamado “O Enfrentamento ao Trabalho Precoce e a Política de Saúde: um olhar sobre outros estudos” é uma revisão sobre as seguintes temáticas: o trabalho precoce enquanto violação de direitos; seu enfrentamento; a atuação dos profissionais de saúde; e a defesa dos direitos de crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde.

O segundo capítulo chamado “Fundamentando o estudo: Políticas Públicas e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente Trabalhador” diz respeito ao embasamento teórico da presente tese. Está dividido nos seguintes tópicos: Estado e Políticas Sociais; a Política Pública de Saúde; o desenvolvimento da criança e do adolescente oportunizado pela Política Pública de Saúde; a categoria Sentido na teoria histórico-cultural. Esse capítulo foi construído buscando entender o conceito de Política e como as Políticas Públicas se constituem

no Brasil, ancorado nos conceitos Marxistas; compreender a questão do desenvolvimento pela lente da teoria Histórico Cultural, além da categoria Sentido, buscando entender como os sentidos dados ao trabalho precoce foram construídos pelos profissionais de saúde.

O terceiro capítulo chamado “Método: Caminhos traçados para a investigação do Enfrentamento ao Trabalho Precoce pela Política de Saúde no município de João Pessoa” versa sobre os participantes da pesquisa, os instrumentos utilizados, os procedimentos seguidos e como foi feita a análise dos dados, esclarecendo ao leitor todo o percurso metodológico que foi adotado pela pesquisadora.

O quarto e último capítulo chamado “Enfrentamento ao Trabalho Precoce pela Política Pública de Saúde no município de João Pessoa: resultados encontrados” traz os resultados e a discussão, separados em blocos de acordo com os objetivos da pesquisa. Os blocos foram os seguintes: ações da Política de Saúde no enfrentamento ao Trabalho Precoce; ações da Atenção Básica na Promoção de Saúde e no Desenvolvimento da Criança e Adolescente Trabalhador; Caracterização do sentido de “Trabalho Infantil” para os Profissionais de Saúde; Práticas quando se deparam com a existência de Trabalho Infantil nas famílias ou comunidades onde atuam; De que forma a atuação dos Profissionais de Saúde está relacionada à Proteção e Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes; Dificuldades enfrentadas pelos Profissionais de Saúde no Processo de Registro dos casos de Trabalho Infantil e o último bloco denominado “A ausência da Política de Saúde no Enfrentamento ao Trabalho Precoce” não é um objetivo a ser respondido, mas sim um fechamento, buscando-se refletir e compreender de que forma a tese foi comprovada mediante os dados da pesquisa realizada, embasados na teoria utilizada.

Por fim, temos as Considerações Finais que visa dar um fechamento ao trabalho e algumas perspectivas de aplicação do mesmo.

CAPÍTULO 1

O Enfrentamento ao Trabalho Precoce e a Política de Saúde: um olhar sobre outros estudos

1.1 Contextualização do Trabalho Precoce e seu Enfrentamento

1.1.1 Trabalho Precoce: Uma Violação de Direitos

Segundo Nogueira (1993), o trabalho está presente no cotidiano de crianças e adolescentes desde a antiguidade. Historicamente, o trabalho em idade precoce é observado em diversas civilizações e épocas distintas. A autora afirma que no século XIX, devido ao surgimento das fábricas, as crianças eram utilizadas como força de trabalho. Porém, seria um erro pensar que o trabalho precoce surgiu somente nessa época, pois já se fazia uso das crianças como força de trabalho anteriormente.

No país, segundo Del Priore (2002), desde as primeiras vindas de portugueses ao Brasil haviam crianças nas embarcações, e eram as que mais sofriam no cotidiano dos navios, sofriam abusos e eram obrigadas a trabalhar. A expectativa de vida das crianças portuguesas era muito baixa. Outra prática comum daquela época era o rapto de crianças judias para servirem a bordo das embarcações. As crianças que trabalhavam nesses navios faziam as mesmas tarefas de adultos, inclusive trabalhos pesados e perigosos; e, quando recebiam pagamento, era bem inferior ao que os marujos recebiam. Devido a esse cotidiano de privações como fome, doenças, abusos e trabalho pesado, as crianças rapidamente abandonavam o universo infantil para aprender a sobreviver.

Já em terras brasileiras, as crianças eram ensinadas por padres jesuítas a ler e a orar. E as crianças “nativas” eram evangelizadas como forma também de alcançar seus pais, que, segundo os padres, eram mais rebeldes e não se convertiam facilmente. Ensinava-se a cantar e tocar instrumentos como forma de aprender a doutrina cristã e os “bons costumes”.

Entre os séculos XVI e XVIII, havia a seguinte divisão: do nascimento aos 14 anos de idade era o período chamado de *puerícia*; o período de 14 aos 25 anos era chamado de adolescência. A partir dos sete anos as crianças iam trabalhar, desenvolvendo pequenas atividades; ou estudavam em suas próprias casas ou em escolas régias; ou ainda, aprendiam

algum ofício. As crianças filhas de escravos, quando sobreviviam às grandes pestes, iniciavam muito cedo no trabalho escravo, principalmente auxiliando no trabalho das mães. Era comum realizarem atividades do tipo: passar, engomar, remendar roupas, reparar sapatos, pastorear. Aos 14 anos de idade, já realizavam as mesmas atividades dos escravos adultos (Del Priore, 2002).

No contexto mundial do século XIX, onde ocorria a revolução industrial, as crianças passaram a serem exploradas nas fábricas, operando máquinas e fazendo outros trabalhos, pois não “precisavam” ser remuneradas como os adultos e as máquinas não exigiam muita força muscular. Nogueira (1993) destaca essa época da revolução industrial porque o trabalho precoce foi largamente explorado como estratégia dos fabricantes capitalistas para reduzir custos, pois os valores pagos às crianças eram simbólicos.

Nogueira (1993) acrescentou que nos primórdios da indústria, os fabricantes recorriam ao uso da mão-de-obra das crianças atendidas pela “assistência paroquial”, ou seja, crianças órfãs, abandonadas ou indigentes. Posteriormente, com o aumento da utilização da mão-de-obra de mulheres e crianças, os próprios trabalhadores homens das fábricas levam suas mulheres e filhos para o trabalho fabril. Várias razões levavam os pais a “colocar” toda a família no trabalho: primeiro, a dificuldade de cuidar das crianças quando os pais trabalhavam fora, pois não havia muitas creches; segundo, a própria renda que o trabalho gera; quanto mais membros da família trabalhando, maior a renda mensal. Segundo a autora, as tarefas confiadas às crianças estavam mais concentradas no setor têxtil das fábricas.

Apesar de o trabalho estar presente no cotidiano de crianças e adolescentes ao longo da história, há algum tempo ele é proibido. Segundo a Convenção 138 da Organização Internacional do Trabalho, a idade mínima para realização de atividades de trabalho que possam colocar em risco a saúde, a segurança ou a moralidade do menor é de 18 anos. E sugere a idade mínima de 16 anos para realização de atividades de trabalho que não coloque em risco o

adolescente e que essa atividade tenha a finalidade de aprendizagem e instrução. Porém, a idade mínima para inserção em atividades de trabalho varia de acordo com a legislação de cada país (OIT, 1973).

A legislação brasileira orienta-se pelos princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988. O art. 227 determina que são deveres da família, da sociedade e do Estado:

Assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Já o art. 7º, inciso XXXIII (alterado pela Emenda nº 20, de 15 de dezembro de 1998) estabelece como idade mínima de 16 anos para o ingresso no mercado de trabalho, exceto na condição de aprendiz a partir dos 14 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente regulamenta os direitos destes, inclusive o direito a não trabalhar. Nos artigos 60 e 61 observa-se a seguinte orientação: “É proibido qualquer trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz. A proteção ao trabalho dos adolescentes é regulada por legislação especial, sem prejuízo ao disposto nesta Lei” (Brasil, 1990).

Segundo o Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, o termo “trabalho infantil” refere-se às atividades econômicas e/ou atividades de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não, realizadas por crianças ou adolescentes em idade inferior a 16 anos, ressalvada a condição de aprendiz a partir dos 14 anos, independentemente da sua condição ocupacional (Brasil, 2011).

Segundo Alberto (2002), trabalho precoce (a autora utiliza *precoce* ao invés de *infantil* por entender que o termo *infantil* pode remeter apenas a crianças e o termo *precoce* dá ideia de precocidade, independentemente de ser na infância ou adolescência) compreende tanto

atividades socialmente úteis como esquemas de profissionalização divergentes. Em outros termos, o que o trabalhador precoce faz, são atividades variadas, a cuja ação objetiva está inerente a intenção de obter pagamento (que pode ser em espécie ou em gênero) ou complementar as atividades dos adultos.

Adota-se esse conceito na presente tese por acreditar que o termo precoce se adequa melhor a situação de trabalho de crianças e adolescentes do que o termo infantil. Além disso, esse conceito de “trabalho precoce” tem sido trabalhado no núcleo de pesquisa do qual o presente estudo faz parte, buscando estudar a temática pela ótica e pela vivência de diversos atores sociais de várias políticas públicas.

Fonseca (2010) analisou as concepções e práticas sobre trabalho infanto-juvenil. Segundo a autora, o trabalho infanto-juvenil compõe e reproduz a acumulação capitalista, constituindo, a composição orgânica do capital. No contexto da revolução industrial, a luta de classes faz avançar a organização dos trabalhadores conquistando o direito à sindicalização, redução da jornada de trabalho, momento em que se institui a condenação do trabalho noturno e outras formas prejudiciais de trabalho para crianças e mulheres.

A autora conceitua como

Toda prática laboral – formal ou informal – realizada por crianças e adolescentes, menores de 18 anos, sem caráter educativo, desrespeitando os limites do sujeito, com riscos diretos ou indiretos, como estratégia de sobrevivência, remunerada direta ou indiretamente, desenvolvida em casa ou na rua, caracterizando exploração da força de trabalho. E, mesmo quando travestido de ajuda, a forma de trabalho explícita marcas de classe, etnia e gênero. Compreendendo que a contradição principal do fenômeno crianças e adolescentes inseridos de forma precoce e/ou desprotegida no mundo do trabalho está no enfraquecimento da potencialidade ontológica dessa forma de trabalho, isto é, quando fazemos o corte geracional, o trabalho, categoria fundante do ser social e cuja centralidade determina a vida humana, torna-se mutilador do presente e do futuro; não raro, reproduzindo vivências familiares. (Fonseca, 2010, pp. 149).

A autora argumenta que, apesar de haver políticas protetivas para essas crianças e adolescentes trabalhadoras, essas políticas são assistencialistas e mantêm o “círculo transgeracional da pobreza”, não permitindo a autonomia do sujeito. Esses trabalhadores precoces são considerados como um “ser social que tem no trabalho e nas políticas protetivas formas de reificar a mutilação de sua vida, de organizá-la na e para a precariedade”. (Fonseca, 2010). A autora discute sua concepção política sobre trabalho precoce, porém, outros autores discutem a concepção de trabalho precoce pautada por atores da atividade de trabalho, as famílias e os trabalhadores precoces.

Lima e Almeida (2010) fizeram uma pesquisa acerca das concepções de “trabalho infantil” para as crianças e suas famílias, buscando entender porque essas situações de trabalho precoce vão passando de geração em geração. As autoras encontram que a noção de “trabalho” não remete a um universo absolutamente homogêneo de práticas, mas se define fundamentalmente por oposição a uma categoria muito frequente nas entrevistas: a “ajuda”. O significado prático, concreto do que significa trabalho é atravessado de concepções familiares e sociais. Segundo as autoras, as crianças tendem a definir trabalho apenas como as atividades remuneradas, ou seja, as atividades em que elas recebem algum tipo de pagamento em dinheiro, por exemplo, se uma criança vende roupas na loja da tia e no final a tia lhe dá roupas, ela não considera trabalho, mas sim uma ajuda. Em relação aos adultos, alguns afirmam que as crianças não devem receber remuneração porque não trabalham, mesmo que realizem as atividades domésticas, por exemplo, estão fazendo para ajudar a mãe e para aprender como ser dona de casa um dia, porém, não é considerado trabalho. Outras mulheres adultas relacionam essas atividades como sendo de trabalho, e afirmam que começaram bem novas (por volta de seis anos) a trabalhar tomando conta de crianças menores para receber roupas e calçados como pagamento.

Ferraz e Gomes (2012) realizaram um estudo acerca do trabalho infantil na catação de lixo. As autoras entrevistaram os pais (também catadores) e perceberam que para a maioria dos pais, *proteger* constituiu o principal motivo para inserir seus filhos, ainda crianças, no mundo do trabalho. Esses pais consideram essa atribuição de proteção uma responsabilidade sua, antes que do Estado. Em seu entendimento, quando a criança ou o adolescente trabalha fica menos exposto a drogas e a cometer contravenções. Para esses pais, a condução de seus filhos ao trabalho em idade ainda precoce é uma tentativa, uma possibilidade, de controlar e protegê-los da violência.

Segundo as autoras, para algumas mães, além de promover a proteção, seus filhos acompanham-nas na catação porque esse é um momento de cuidado, de diálogo e afeto. As mães preferem levá-los junto do que deixar sozinho ou com outras pessoas. Para essas mães, o lugar do perigo é a casa, pois a rua não significa abandono, uma vez que estão junto com eles para protegê-los. As autoras afirmam que os entrevistados mencionam que o ambiente do labor é um espaço de ensinamento aos filhos. Para eles, não é um ambiente de ensino como a escola, mas um momento de ensinamento, no qual eles passam para os filhos a importância do trabalho (Ferraz & Gomes, 2012). Pela ausência do Estado em prover condições para os pais deixarem seus filhos em segurança (creches e escolas de qualidade), estes pais precisam levar os filhos para o trabalho para mantê-los “seguros”, fazendo com que essas crianças sejam inseridas precocemente no trabalho.

Nessa mesma linha do trabalho precoce como ajuda aos pais, Marchi (2013) fez uma pesquisa acerca das representações sociais sobre “escola”, “trabalho infantil” e os significados de “criança” e “infância” junto a crianças e adolescentes do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) na cidade de Blumenau-SC. A autora observou que as crianças justificam o trabalho pela necessidade de ajudar os pais. Um garoto de 11 anos, que fazia trabalho doméstico, considera que é importante uma criança “acima de 10 anos” trabalhar “[...]”

para ajudar o pai e a mãe a pagar a luz, para comprar as coisas para a casa”. E também para ajudar a “comprar comida”. Uma menina de 12 anos, que não tinha luz nem água encanada em casa, afirmou que, se pudesse, trabalharia para “ajudar mais a família” e “[...] para colocar luz e água [em casa] [...]”. Segundo a autora, percebe-se que o trabalho infantil foi representado como “natural” e como “necessidade” que faz parte do sistema relacional de ajuda e troca intrafamiliar. O trabalho infantil surge nesta pesquisa como uma das formas da desigualdade social e, para as famílias, surge como “necessidade” que cumpre duplo papel: auxilia no sustento do grupo familiar e “educa” para a vida adulta. Diante disso, percebe-se a necessidade de enfrentar o trabalho infantil considerando tanto os meios legais como as condições objetivas de vida que fazem com que as famílias justifiquem esse tipo de trabalho.

Nesse aspecto da “necessidade financeira” outros autores, como Silveira, Ribeiro, Secco e Robazzi (2012), observaram que “El trabajo del niño y del adolescente esta diretamente vinculado a la pobreza del brasileño. En general, una familia con bajos ingresos no puede disponer de los médios suficientes para garantizar la educación de los niños”. Segundo os autores, as famílias dependem da contribuição financeira dos filhos trabalhadores para completar a renda necessária à sobrevivência da família, e por isso, esses pais consideram a contribuição financeira mais importante do que a escola.

Como consequência dessa situação de pobreza, o trabalho realizado por crianças e adolescentes acaba perpetuando a situação de exclusão social, uma vez que atrapalha ou atrasa a escolarização dessas crianças, fazendo com que continuem exercendo funções que não exigem escolaridade e as mantém na pobreza (Silveira et al. 2012). Além da questão financeira, os autores também colocam a questão da naturalização do trabalho infantil:

Al observar la posición de la sociedad brasileña en relación al trabajo de los niños, se percibe que existe un apoyo de las familias, habiendo consecuentemente una naturalización del trabajo infantil, considerándolo como

una solución a las carencias del sistema educativo, la pobreza y la violencia en las calles (pp. 282).

Em relação aos resultados da pesquisa realizada por Silveira et al. 2012, os autores observaram que das 36 crianças e adolescentes entrevistadas que afirmaram trabalhar fora de casa, a idade média foi de 11,9 anos e realizavam atividades consideradas de menor valor social. Com o dinheiro que recebiam auxiliavam na renda familiar ou com gastos pessoais. Para os autores, a erradicação do trabalho infantil exige a melhoria das condições sociais das crianças e adolescentes a curto e médio prazo. É preciso um processo de conscientização para romper as barreiras culturais de naturalização do trabalho infantil (Silveira et al. 2012).

Ainda na concepção do trabalho precoce como “ajuda” aos pais, (Ayala-Carrillo, Lázaro-Castellanos, Zapata-Martelo, Suárez-San Román & Nazar-Beutelspacher, 2013) observaram que o trabalho de crianças e adolescentes nas plantações de café em Chiapas, no México também é atravessado por essa concepção. As autoras observaram que o trabalho infantil é praticamente invisível, uma vez que não é tido como trabalho, mas como uma “ajuda” aos pais que trabalham legalmente nos cafezais. “La mano de obra infantil es parte importante del proceso migratorio porque la labor que realizan es estratégica para la sobrevivencia de la familia, lo que permite recolectar más producto para obtener mayores ingresos”. Segundo as autoras, as crianças e adolescentes trabalhadores também se encarregam do trabalho doméstico e do cuidado das crianças menores enquanto os pais trabalham nas plantações, o que torna o trabalho ainda mais invisível, uma vez que estão apenas “ajudando” em casa (Ayala-Carrillo et al. 2013).

Como visto, a literatura (Lima & Almeida, 2010; Ferraz & Gomes, 2012; Silveira et al. 2012; Ayala-Carrillo et al. 2013) revela as concepções das famílias, que são reproduzidas pelos filhos. Mas, as crianças e adolescentes, o que pensam sobre o trabalho infantil? Lima, Ribeiro e Andrade (2011) fizeram um estudo sobre as percepções de crianças e adolescentes

sobre seu trabalho. Os participantes tinham entre 6 e 15 anos e realizavam atividade de costurar sapatos e trabalho doméstico. Em relação às concepções acerca do trabalho, percebe-se a visão do trabalho como educativo e formador, além da necessidade financeira de “ajudar os pais”. Uma criança de 10 anos fala: “[...] porque tem muita criança que fica na rua e não ajuda, aí é melhor ajudar”. Outra de 12 anos fala: “tem que ajudar. Porque tem que comprar as coisas”.

Os autores afirmam que o trabalho de costurar sapatos era realizado na própria residência, e nessa esfera de trabalho, os dois tipos de serviço, doméstico e com sapato, parecem não se diferenciarem na percepção das crianças e adolescentes, que se referiam a ambos como “ajuda aos pais”. Aparentemente o trabalho com calçado, quando é realizado dentro de casa, é vivenciado como qualquer outro tipo de serviço doméstico. (Lima et al. 2011).

Diante do exposto, percebe-se que o trabalho precoce ainda ocorre de diversas formas e apesar das leis para erradicá-lo, muitas vezes ele é socialmente aceito devido à fatores como a necessidade da família, o processo de formação e o sistema de produção capitalista, que absorve essa mão de obra por ser mais barata e “moldável”. Porém, as leis fundamentam a proibição e visam a erradicação devido as consequências negativas que o trabalho pode trazer para o desenvolvimento dessas crianças e adolescentes.

Os profissionais de saúde estão inseridos no contexto das políticas públicas que visam efetivar direitos. Apesar da visão positiva da família de inserção no trabalho precoce, é preciso discutir essas questões com toda a sociedade, inclusive os profissionais, que muitas vezes tem a mesma visão da família e apoiam a existência do trabalho precoce. Porém, este é proibido por causar danos ao desenvolvimento físico, emocional e moral das crianças e adolescentes.

A cartilha “Trabalho precoce: saúde em risco” do Ministério do Trabalho e Emprego lista as consequências do trabalho precoce não só para as crianças e adolescentes, mas também para a família e a sociedade, tais como: fracasso ou evasão escolar; baixa escolaridade; falta de perspectivas futuras; redução de postos de trabalho para adultos; força de trabalho

desqualificada e comprometida no futuro; aumento da marginalização e criminalidade pela falta de oportunidades; desagregação do núcleo familiar (Brasília, 2000). O que contradiz a concepção de que o trabalho precoce retira as crianças e adolescentes da marginalidade, argumento de famílias e profissionais de diversos setores.

Ieno, Nascimento, Medeiros e Kulesza (2003) chamam atenção para a maior sensibilidade das crianças e adolescentes aos riscos do trabalho. As autoras colocam que crianças e adolescentes que trabalham na zona rural por exemplo, absorvem mais as substâncias tóxicas utilizadas nas plantações do que os adultos, porque o sistema gastrointestinal, o sistema nervoso e a pele ainda estão, em parte, em desenvolvimento. Crianças e adolescentes que são responsabilizados pelo cuidado da casa estão expostos aos riscos de queimaduras e acidentes domésticos, além dos riscos relacionados ao desenvolvimento ósseo e da coluna vertebral que podem ser prejudicados pelos serviços de limpeza da casa ou do cuidado de crianças menores. Mas, independentemente do tipo, as autoras colocam que qualquer que seja a forma de inserção no trabalho precoce, este impossibilita ou limita o convívio com a família e as atividades lúdicas com outras crianças, o que compromete o desenvolvimento humano (Ieno et al. 2003).

Os riscos do trabalho precoce são muitos. Maiores riscos do trabalho precoce na agricultura: (a) uso de ferramentas cortantes; (b) transporte em veículos sem segurança; (c) possibilidade de picada de animais peçonhentos; (d) manuseio de máquinas e equipamentos em más condições; (e) manipulação de agrotóxicos; (f) esforços físicos excessivos e inadequados; (g) excesso de jornada de trabalho. Maiores riscos do trabalho precoce na indústria: (a) exposição a temperaturas extremas de calor e frio; (b) ambientes mal iluminados e sem ventilação; (c) mobiliário inadequado; (d) exposição a ruído intenso e à umidade excessiva; (e) manuseio de máquinas sem proteção; (f) jornada de trabalho excessiva; (g) realização de trabalhos em horário noturno; (h) exposição a contaminantes atmosféricos, como gases, vapores, poeiras. Maiores riscos do trabalho precoce no comércio e na prestação de serviços:

(a) tarefas repetitivas; (b) excesso de jornada de trabalho; (c) realização de trabalho em horário noturno; (d) mobiliário inadequado; (e) ambientes mal iluminados e mal ventilados; (f) atropelamento por exercício de atividades em vias de trânsito de veículos (Brasília, 2000).

Além disso, são destacados os principais problemas de saúde que podem ser causados pelo trabalho precoce, tais como: fadiga excessiva provocada pelas longas jornadas de trabalho e esforço físico; distúrbios do sono e irritabilidade em função dos horários inadequados de trabalho; perda auditiva devido à exposição a ruídos excessivos; irritação nos olhos causada pela iluminação inadequada; contraturas musculares e distensões por má postura, esforços excessivos e movimentos repetitivos; deformações ósseas por carregamento de peso excessivo e posturas inadequadas; dores na coluna, dores de cabeça e dores musculares devido mobiliário e equipamentos inadequados; inflamações nos tendões (LER) devido esforço excessivo e repetitivo dos dedos, mãos e braços (Brasília, 2000).

O trabalho precoce é culturalmente aceito porque é visto como disciplinador e formador, porém, isso só é considerado quando se trata de crianças e adolescentes pobres. Segundo Dantas (2007), o trabalho sempre foi visto pela sociedade como um tipo de “remédio”, que combate o comportamento desviante da população infanto-juvenil pobre. A autora coloca que o desenvolvimento de alguma atividade laborativa por parte destes “menores”, geralmente, é vista como o melhor meio de aprendizagem para sobreviver na escola da vida, em detrimento da formação escolar, prevalecendo a ideia de que o trabalho infanto-juvenil é uma alternativa eficaz para se evitar o envolvimento destes com roubos, com tráfico de drogas e com a prostituição. Porém, a precarização do trabalho muitas vezes os aproxima da marginalidade, ao invés de afastar.

Segundo Moreira, Targino e Alberto (2003), as diferentes formas de conceber o trabalho precoce, seja como estratégia de sobrevivência no sustento da família, seja como instrumento disciplinador e educativo, seja como necessidade de levar os filhos ao local de

trabalho, o trabalho precoce é uma violação de direitos. E essas concepções podem mascarar sua dimensão e sua gravidade. Segundo os autores, ele pode se tornar “invisível” em alguns casos e, em outros, desconsiderar os agravos ao pleno desenvolvimento físico, mental e social dessas crianças e adolescentes. Além disso, o trabalho precoce é discriminatório, na medida em que é um instrumento de agregação de renda, ele não é comum a todas as classes sociais (Moreira et al. 2003). É educativo e formador para as crianças pobres, que parecem não ter outra possibilidade além de trabalhar ou “entrar na marginalidade”.

O trabalho precoce é prejudicial para qualquer classe social, afetando a saúde das crianças e adolescentes e conseqüentemente seu desenvolvimento saudável. Além de todos os riscos e danos físicos e psíquicos, discutidos aqui, a perspectiva de futuro e a vida profissional também ficam comprometidas, visto que a inserção das crianças e adolescentes pobres no mercado de trabalho informal só perpetua a precarização da sua situação, pois mantém o ciclo da mão de obra barata e sem capacitação, uma vez que estes abandonam a escola para trabalhar, mantendo a dificuldade de ascensão profissional. Essas conseqüências também são discutidas por autores de outros países.

Forastieri (1997) destaca os riscos psicossociais do trabalho precoce que prejudicam a saúde física e mental das crianças e adolescentes. As crianças se inserem no mercado de trabalho e muitas vezes precisam realizar atividades que não são adequadas às suas capacidades físicas e mentais, conforme explicitado anteriormente. Porém, a autora destaca que as crianças que trabalham são mais vulneráveis, e essa vulnerabilidade não se deve só por razões fisiológicas, mas também por uma combinação de razões psicológicas e sociais. Segundo ela, “Some children at work are under psychological stress” porém, continuam no trabalho pela necessidade de contribuir para o sustento da família, o que a autora coloca como “heavy responsibility” para crianças e adolescentes. Essa responsabilidade precoce atrapalha o desenvolvimento dessas crianças e adolescentes precoces. Forastieri (1997) destaca que

“Regular employment or work deprives children of the time and opportunity to go through normal development at the most critical stage of life due to pressure for survival”, ou seja, o trabalho priva as crianças e adolescentes de um desenvolvimento “normal”. As crianças e adolescentes que estão cansadas e ansiosas por conta do trabalho, estariam em desvantagem na escola em comparação com seus colegas que não trabalham. Na maioria das vezes os trabalhadores precoces trabalham mais horas diárias do que os adultos, devido à clandestinidade da atividade em que estão inseridos.

Além disso, o trabalho pode ter um impacto negativo a longo prazo, se pensar no futuro profissional desses trabalhadores, por exemplo, pois o trabalho precoce leva a uma “não educação” ou educação deficiente que acarretará em empregos de baixa renda, mantendo assim o ciclo da pobreza, degradando os recursos humanos necessários ao desenvolvimento econômico e social (Forastieri, 1997).

Paone (2007) investiga o trabalho precoce na Europa e destaca que o senso comum acredita muitas vezes que nos países desenvolvidos o trabalho precoce foi erradicado, porém, não é essa a verdade. Em vários países europeus existe trabalho precoce, principalmente relacionado à questão cultural de “passar” um ofício de pai para filho, com isso, os próprios pais inserem seus filhos no mercado de trabalho logo cedo. Segundo o autor, pode-se encontrar crianças trabalhando nas casas e no comércio, “trabajos urbanos de venta de ropa, en el comercio ambulante, y en particular como trabajadores por temporada” e, conforme explicitado, os próprios pais que inserem seus filhos. “El trabajo de menores está relacionado con la ocupación de los mismos padres: la tasa de menores que trabaja aumenta pues considerablemente cuando los padres están empleados en actividades comerciales o artesanales” (Paone, 2007).

Segundo o autor, a dificuldade de permanência na escola se deve pelo trabalho e pela “não adaptação” dessas crianças e adolescentes trabalhadores na escola, pois o grande número

de dificuldade e “fracasso” escolar desmotiva para continuar na educação formal e dá margem para envolvimento em outras atividades educativas, como o trabalho realizado pelos pais.

Pero la influencia de la familia no se refiere solo al factor económico. La presencia del trabajo de menores puede ser también señal de una estrategia familiar dirigida a dar a los chicos una experiencia y una inserción profesional no garantizada hoy en día por la formación escolar y la posesión de un título de estudio (Paone, 2007, pp. 31).

O autor afirma que os trabalhadores precoces desenvolvem uma relação negativa com a escola, devido à visão da própria família, que acha esse tipo de conhecimento muitas vezes supérfluo, além disso, como dito anteriormente, eles apresentam muitas dificuldades no cotidiano escolar, tanto na questão da aprendizagem como na questão das relações com os pares, o que dificulta sua permanência. O autor destaca a “adulterização precoce” como uma das causas da dificuldade de se relacionar com os pares. Essas crianças e adolescentes vivenciam as experiências de forma muito superficial e dolorosa, sem perceber a estreita relação entre aprendizagem e socialização (Paone, 2007).

Si por un lado es verdad que la socialización es el resultado de procesos de aprendizaje, de lenguajes, de noticias, de proyectos, la escuela representa el medio que, entre todos, favorece tal recorrido. Las dos funciones al contrario vienen vividas, o hechas vivir (impuestas, NT), como separadas, y se identifica por un lado el aprendizaje como contexto no gratificante, y por el otro la escuela como lugar pobre de socialización, al cual se prefiere el contexto extra-escolar (Paone, 2007, pp. 41).

Diante do exposto, entende-se todos os riscos e as consequências negativas do trabalho precoce. Para investigar esse fenômeno social é importante considerar vários aspectos: escola, família, mercado de trabalho, falta de recursos, desenvolvimento humano, cultura do trabalho

como educativo e formador, condições de vida, contexto social. Tudo que envolve a vida dos sujeitos deve ser considerado, buscando entender como o trabalho precoce se constitui na vida desses sujeitos.

1.1.2 O Enfrentamento ao Trabalho Precoce

Como visto anteriormente (Alberto 2002; Fonseca 2010; Lima & Almeida 2010; Ferraz & Gomes 2012; Marchi 2013; Silveira et al. 2012; Carrillo et al. 2013; Lima et al. 2011), o trabalho precoce pode ser conceituado de várias formas e apresentar vários sentidos. Para efeito dessa tese, será considerado o que Alberto (2002) nos traz sobre trabalho precoce, que compreende tanto atividades socialmente úteis como esquemas de profissionalização divergentes. O que o trabalhador precoce faz, são atividades variadas, a cuja ação objetiva está inerente a intenção de obter pagamento (que pode ser em espécie ou em gênero) ou complementar as atividades dos adultos.

Desde a luta para a implementação de políticas referentes à garantia dos direitos sociais, que foram alcançados em parte com a Constituição Federal de 1988, parte da sociedade se preocupa com questões sociais como o trabalho precoce e com seu enfrentamento, porém, a implementação de políticas sociais no Brasil não foi fácil, pelo contrário, o sistema capitalista visa manter as desigualdades e não saná-las, pois é necessário que haja mão de obra barata para funcionamento do sistema. Segundo Almeida (2011), as políticas sociais são consideradas pela sociedade capitalista um dos maiores entraves ao desenvolvimento e responsáveis, em grande medida, pela crise que atravessa a sociedade, por ser uma ameaça aos interesses e liberdades individuais numa sociedade regulada pelo mercado. No Brasil, se convive com a contradição posta por uma legislação constitucional de cunho universalizante e adoção pelos governos de políticas sociais focalizadas, o que dificulta o funcionamento destas (Almeida, 2011).

Uma das Políticas Sociais idealizadas para o enfrentamento ao Trabalho Precoce foi o PETI, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil que atuava em três eixos básicos: a transferência direta de renda; serviço de convivência familiar; e o acompanhamento da família.

O PETI foi instituído pela Portaria nº 458/2001, cujo objetivo geral é

erradicar, em parceria com os diversos setores governamentais e da sociedade civil, o trabalho infantil nas atividades perigosas, insalubres, penosas ou degradantes nas zonas urbana e rural'. Como objetivos específicos, esse documento lista: - Possibilitar o acesso, a permanência e o bom desempenho de crianças e adolescentes na escola. - Implantar atividades complementares à escola Jornada Ampliada. - Conceder uma complementação mensal de renda Bolsa Criança Cidadã, às famílias. - Proporcionar apoio e orientação às famílias beneficiadas; e - Promover programas e projetos de qualificação profissional e de geração de trabalho e renda junto às famílias (Brasil, 2001).

Segundo Dantas (2007), o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), surgiu devido a junção de forças de vários segmentos da sociedade civil organizada (sindicatos, Organizações Não Governamentais de âmbito nacional e internacional, Pastorais, entidades patronais, etc.) e de setores do Estado (Ministério Público, Delegacia Regional do Trabalho, entre outros), na tentativa de se erradicar o estigma da exploração do trabalho precoce no Brasil. O Programa tem uma trajetória realizada a partir da mobilização feita pelos movimentos sociais, em especial, a Frente Nacional de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes, o Movimento Nacional Meninos e Meninas de Rua, entre outros, que se mobilizaram para que os direitos da criança e do adolescente fossem ratificados pela Constituição Federal de 1988, a qual abriu espaço para a elaboração e promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, revogando o Código do Menor.

Em uma de suas raízes, encontra-se, em 1990, a ratificação da Convenção Internacional dos Direitos da Criança pelo governo brasileiro, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em novembro de 1989. No entanto, as ações concernentes à prevenção e erradicação do trabalho precoce não tiveram prioridade na época. Mas, sob a ameaça de o país sofrer sanções internacionais, em junho de 1992, com a assinatura do Memorando de Entendimento entre o governo brasileiro e a Organização Internacional do Trabalho, o Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil – IPEC é implantado no Brasil. O país, então, passa a integrar a rede de 25 países assistidos pelo IPEC, porém, o governo brasileiro ainda se comportava como um “participante-espectador” e, somente depois de 1995, mais particularmente em 1996, é que assume uma postura ativa e de protagonista (Dantas, 2007).

O Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI), criado em novembro de 1994, sob a coordenação do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF e Organização Internacional do Trabalho - OIT, foi outra instância aglutinadora de extrema importância para a implantação do PETI:

[...] O Fórum surgiu da necessidade de que fosse promovida uma melhor articulação entre as diversas organizações governamentais e não governamentais capazes de atuar na área da eliminação do trabalho infantil, em decorrência de um número significativo de denúncias sobre a exploração do trabalho infantil em situações degradantes (Brasil, 1998, p. 54).

Dentre os objetivos de criação do Fórum estavam o fortalecimento das organizações representativas da sociedade civil e, o fortalecimento da escola pública e da atenção às famílias mais pobres, cujos filhos são levados ao trabalho precoce em função de suas precárias condições de vida.

Na busca da erradicação do trabalho precoce no país, no que concerne às Delegacias Regionais do Trabalho – DRTs, a partir de 1995, foram criadas, em todos os estados, as Comissões Estaduais de Combate ao Trabalho Infantil, que tinham, a priori, a função de elaborar um “Diagnóstico preliminar dos focos de trabalho da criança e do adolescente”, sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego, que foi divulgado no ano de 1996 (Brasil, 1998).

Baseado nesses diagnósticos, começou a ser elaborado e implementado o Programa no estado do Mato Grosso do Sul, devido ao alto número de crianças e adolescentes trabalhando nas carvoarias. No ano de 1998, o Programa se expandiu e passou a atender às regiões citrícolas de estado do Sergipe e canaviais do Rio de Janeiro. Em 1999, este Programa estende suas ações a outros estados da região nordeste como Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte, contemplando, ainda, o estado do Espírito Santo e de Santa Catarina, conforme documento da Organização Internacional do Trabalho (Dantas, 2007).

Segundo Vier (2014), com o surgimento de novos contextos na Política Nacional de Assistência Social a partir do ano de 2005, ocorreram mudanças significativas na execução do Programa, englobando ações já realizadas no âmbito municipal. A autora identifica que a mudança mais significativa foi a instituição da Portaria nº 666/2005, que disciplina a integração do PETI ao Programa Bolsa Família. Porém, isso dificultou o registro de dados, causando diversos prejuízos no controle sobre a erradicação do trabalho precoce no Brasil, visto que após a integração dos programas, não é mais obrigatória a comprovação de retirada da criança ou do adolescente da situação de trabalho (Vier, 2014).

Vier (2014) afirma que apesar das críticas severas quanto ao programa, o Bolsa Família possibilitou às famílias atendidas a emancipação por meio da produção da própria renda, minimizando os riscos de retorno à condição de miséria da qual só pode sair por meio das políticas públicas das quais são beneficiárias.

Atualmente a Política de enfrentamento do trabalho precoce é o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos/SCFV, que é resultante do reordenamento disposto na Resolução CIT nº 01, de 21 de fevereiro de 2013, que unificou os Programas de Erradicação do Trabalho Infantil, Programa Projovem Adolescente e Programa de atendimento em Grupos para Pessoa Idosa. Trata-se de um Serviço sócio assistencial e socioeducativo da Rede de Proteção Social, em que se propõe prestar apoio efetivo prestado à família, através da inclusão em programas de transferência de renda e na rede de serviços para acessar os direitos básicos de cidadania. Alguns municípios ainda tem o PETI, pois segundo a resolução 008 de 2013 do CNAS no artigo 4º, “A adesão dos Estados às ações estratégicas do PETI permanecerá enquanto houver Município de seu território considerado com maior incidência de trabalho infantil”. No artigo 13º, observa-se que uma das atribuições do Estado é “definição de técnicos de referência da Proteção Social Especial - PSE para monitoramento e acompanhamento do PETI nos Municípios” e o “estabelecimento de corresponsabilidade com órgãos de Estado que desenvolvam ações de erradicação do trabalho infantil”, o que explica de certa forma como o PETI continua funcionando nos municípios abrangidos pelo programa. O técnico de referência é responsável por fazer o vínculo entre o PETI, o SCFV e os usuários (CNAS, 2013).

Outras políticas voltadas às crianças e aos adolescentes funcionam como um arcabouço de proteção à vulnerabilidade, mesmo não tratando da questão do trabalho precoce diretamente. É o caso, por exemplo, do Projeto Sentinela, que atende vítimas da violência e exploração sexual e contribui na retirada das crianças e adolescentes da situação de trabalho. Outro exemplo é o Programa Jovem Aprendiz, que é um projeto do Governo Federal criado a partir da Lei da Aprendizagem (Lei 10.097/00) que tem como objetivo desenvolver programas de aprendizagem que visam a capacitação profissional de adolescentes e jovens em todo o país. No caso dos adolescentes, a jornada e as atividades de trabalho são

diferenciadas e controladas por legislação específica, como o Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador.

O “Plano Distrital de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil” elaborado pela SEDEST (Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda) do Estado de Goiás tem a Atenção à Saúde como eixo de trabalho na erradicação do trabalho precoce, visando a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes oriundos do trabalho. Para alcançar a erradicação, as atividades propostas são: (a) implementar o programa de atenção à saúde da criança e adolescente em situação de trabalho; (b) capacitar e sensibilizar os profissionais da rede de saúde para implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes em situação de trabalho; (c) articular a formação de uma rede intersetorial e interinstitucional para a implementação da Política de Saúde no combate ao trabalho infantil (SEDEST, 2008).

Apesar desse Plano ter sido elaborado para o estado de Goiás, é importante observar que as diretrizes orientam em relação ao enfrentamento pela Política de Saúde. São orientações importantes para os atores da política, visto que a maioria dos profissionais desconhece a responsabilidade da Política de Saúde no enfrentamento ao trabalho precoce, acreditando que essa responsabilidade seria apenas da política de assistência social. Os demais estados também devem adotar orientações desta ordem, envolvendo todas as Políticas no enfrentamento.

Conforme visto na literatura (Almeida, 2011; Dantas, 2007; Brasil, 1998; Vier, 2014; SEDEST, 2008), o enfrentamento ao trabalho precoce foi aos poucos sendo adotado como necessidade no Brasil e está pautado pelos documentos nacionais, orientado por meio de ações pelas diretrizes das Políticas. Internacionalmente, temos as orientações da OIT. Forastieri (1997) afirma que a experiência da Organização sugere que é mais vantajoso prevenir o trabalho precoce do que “curá-lo”, pois ele está enraizado na maioria das culturas do mundo, envolvendo diversas questões que precisam ser enfrentadas para prevenir que ele ocorra nas gerações

futuras. Como o trabalho precoce não pode ser eliminado do dia para a noite, a autora sugere que se pense primeiramente nas situações emergenciais. Segundo ela,

“The top priority should be to prevent and eliminate the participation of children in those economic activities which are most detrimental to them, such as those conducted under slavery and those involving particularly hazardous or abusive conditions” (Forastieri, 1997, pp. 35).

As crianças que estão em maior risco são as mais difíceis de serem alcançadas, por estarem na informalidade, além de correrem graves riscos, por isso devem ser priorizadas. A autora coloca que a eliminação do trabalho precoce deve ser entendida como algo processual que deve envolver toda a sociedade, através da melhoria na educação, luta contra a pobreza, aumento do nível de vida e também a nível individual, deve-se pensar na assistência às crianças e adolescentes oriundos do trabalho precoce, que provavelmente trarão marcas e dificuldades relacionadas ao trabalho precoce.

Forastieri (1997) coloca que a abordagem global para o enfrentamento ao trabalho precoce deve ser orientada para os seguintes objetivos: (a) acessar a criança ou adolescente trabalhador; (b) informar e denunciar (criando consciência social); (c) prestar serviços de saúde para esses trabalhadores precoces; (d) promover saúde e segurança; (e) avaliar os resultados.

Essa orientação, conforme explicitada, é a nível global, é uma “proposta” da Organização Internacional do Trabalho discutida por Forastieri e que deveria ser adotada por todos os países. Fica notória nessa orientação a importância da Política de Saúde nesse enfrentamento, visto que além de prestar serviços para os trabalhadores precoces que podem ter danos à saúde causados pelas atividades de trabalho, deve promover saúde de forma geral, visando a uma consciência social mais ampla relacionada ao trabalho.

1.2. A atuação dos Profissionais de Saúde

A equipe multiprofissional da “Estratégia de Saúde da Família” é composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Todos os profissionais da equipe básica (médico, enfermeiro e agentes comunitários) realizam (ou devem realizar) visitas domiciliares, porém, os agentes comunitários de saúde realizam essas visitas direcionadas a “mapear” a situação das famílias e de orientar sobre o acesso aos serviços de saúde, por isso tem mais acesso ao cotidiano das famílias. Os agentes comunitários são membros da própria comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe (Ministério da Saúde, 2009).

França, Pessoto e Gomes (2006) afirmam que o Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família, tem por intenção mudar o foco da atenção à saúde centrada no médico e na cura das doenças, para uma atenção centrada na promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de uma equipe multidisciplinar. Os autores investigaram o conceito de “visita domiciliar” para três profissionais: médico, enfermeiro e agente comunitário.

Os autores observaram que, segundo os médicos, visita domiciliar diz respeito a “fazer consulta médica e assistência melhor no domicílio; anamnese social inicial”. Para os enfermeiros, visita domiciliar é “avaliação de paciente na sua casa e aproximação do profissional de saúde com o paciente e a família”. Segundo os agentes comunitários, a visita domiciliar diz respeito a “atender a dificuldade do paciente de saúde em controlar as doenças; elo de ligação da comunidade com o médico e o enfermeiro”. (França et al. 2006, p. 5).

É importante perceber que nenhum dos três profissionais remete as visitas domiciliares às questões sociais, como o trabalho precoce. Como se essas questões não fizessem parte da prevenção e promoção de saúde.

Malfitano e Lopes (2009) analisaram a intervenção dos agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família com relação a demandas sociais, tendo como base uma região do centro São Paulo, caracterizada pelo movimento popular de luta por moradia. Essa região contava com a atuação de cinco ACS, dos quais três eram lideranças do movimento social. As autoras observaram que no que diz respeito à promoção do acesso aos serviços de saúde, as intervenções priorizam as questões de saúde básica, naquilo que se configura nas ações cotidianas do trabalho. São investigadas as possibilidades de doenças, auxilia-se na detecção de problemas, encaminha-se para procedimentos de tratamentos.

Essas são tarefas importantes do ACS, uma vez que, através dessa intervenção, ele ajuda a melhorar os indicadores epidemiológicos de sua comunidade. Porém, as demandas que chegam ao ACS não se restringem às ações de saúde básica, nem sequer ao campo da saúde. As demandas que ultrapassam o âmbito da saúde básica são, muitas vezes, encaminhadas para outros serviços e não são reconhecidas como trabalho do ACS, como parte de sua função. No cotidiano concreto observado, não há a leitura do atendimento às demandas sociais como possibilidade de intervenção do âmbito do PSF. No entanto, o trabalho infantil é considerado como um fator epidemiológico. (Malfitano & Lopes, 2009).

As autoras acrescentam que o trabalho de acompanhamento das famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social, numa perspectiva de não se restringir ao controle de problemas de saúde específicos, busca apoiar a luta desses moradores pela vida, entendida de forma mais ampla. Tem-se, portanto, pautada a discussão da intersetorialidade como elemento potencializador das ações em políticas públicas, analisando uma política de saúde e almejando um desenho mais próximo às necessidades socialmente colocadas do PSF, o que poderia resultar em benefícios para a população atendida. Nessa discussão, o ACS pode ocupar um espaço fundamental como mediador entre a comunidade e o poder público, ampliando suas funções para um *agente comunitário social*, articulador de melhorias, contribuindo para a

eficácia das políticas sociais. (Malfitano & Lopes, 2009). Além dos agentes comunitários de saúde, outros profissionais estão inseridos no contexto do SUS, como médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas; alguns no contexto do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Boing e Crepaldi (2010) realizaram uma pesquisa documental acerca da inserção dos psicólogos na equipe de saúde da família. Observaram que o profissional de psicologia tem um grande potencial de contribuição, contudo, tem sido pouco mencionado nas políticas. A configuração das políticas de saúde não contempla efetivamente o profissional de psicologia na atenção básica, ou seja, com atuação de acordo com a ESF, exceto nas equipes de atenção básica que atuam nas unidades penitenciárias. O psicólogo é incluído, na quase totalidade dos documentos em que é citado, apenas nos níveis secundário e terciário de atenção. A relação que esse profissional estabelece com a atenção básica, segundo os documentos, se dá através da atribuição de apoio matricial às equipes de saúde da família. Com isso, pode-se presumir que o psicólogo é tido exclusivamente como *especialista*, e não como um profissional de saúde geral. (Boing & Crepaldi, 2010).

Koda, Silva, Machado e Naldos (2012) contam a experiência de um estágio em psicologia comunitária com agentes comunitários de saúde. Os autores colocam que a proposta do Programa de Saúde da Família traz avanços com relação à organização dos serviços de saúde, ao vínculo com a comunidade e à concepção de saúde, mas também apresenta problemas e contradições. Além da necessidade de articulação da rede de saúde para dar respostas adequadas aos problemas encontrados no território, há também a necessidade de articulação de ações intersetoriais, já que os problemas que emergem na comunidade decorrem de um contexto que vai além do setor da saúde.

Propostas como integralidade, intersetorialidade e humanização têm feito parte de discussões das ações na área da saúde. No entanto, no campo das práticas efetivas no território,

a implementação dessas propostas se dá com muita dificuldade. É difícil para o profissional de saúde, dentro do sistema mais amplo em que está inserido, sair do registro da doença, seja pela organização do serviço, seja pela pressão da população. Muitas vezes, esta demanda dos cuidados em saúde focados prioritariamente no modelo médico hegemônico que respondam a suas necessidades imediatas. Aí, o direito à saúde fica restrito ao “consumo” de consultas, de medicações e a outros procedimentos. Todo esse contexto acarreta frequentemente uma grande sobrecarga e sofrimento para os trabalhadores da área da saúde, que, muitas vezes, se veem sem retaguarda. (Koda et al. 2012).

Ainda discutindo a atuação dos profissionais de saúde, Sousa, Erdmann e Mochel (2010) realizaram uma pesquisa na qual entrevistaram profissionais de saúde buscando entender como se dá o cuidado à criança na atenção básica. Segundo os autores, o cuidado é atender a criança na sua multidimensionalidade e não somente a doença. É uma perspectiva de cuidado dirigida a problemas transversais que não podem ser tratados separadamente por uma disciplina ou por uma categoria profissional isoladamente, nem tampouco por um único serviço. Conduz ao trabalho em equipe, interdisciplinar e intersetorial.

Os participantes expressaram que no cuidado à criança buscam os demais membros da equipe e de outras equipes para trocar informações, visando ao esclarecimento de dúvidas e a resolução dos problemas. Nesse sentido, “a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva da integralidade, requerem modalidade de trabalho que traduza formas de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais em um coletivo de agentes presentes para atender as demandas em saúde” (Sousa et al. 2010).

Em alguns relatos dos participantes observa-se menção às questões sociais como infraestrutura, saneamento básico, estrutura escolar, necessidade de creches, entre outros (Sousa et al. 2010). Mas, nenhum dos profissionais entrevistados se referiu a questões relativas ao trabalho infantil na integralidade do cuidado de crianças. Parece difícil os profissionais de

saúde fazerem essa associação entre trabalho precoce e saúde, talvez por esse motivo não haja enfrentamento por parte desses profissionais.

1.3 A Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde

Como visto na literatura (França et al. 2006; Ministério da Saúde, 2009; Malfitano & Lopes, 2009; Boing & Crepaldi, 2010; Sousa et al. 2010; Koda et al. 2012) a atuação dos profissionais de saúde tem acontecido no sentido da promoção e do cuidado de doenças. Apesar do avanço do SUS em considerar a saúde como bem-estar biopsicossocial, a atuação dos profissionais ainda caminha pautada na ausência de doença, uma vez que estes afirmam atuar no controle das doenças (França et al. 2006; Malfitano & Lopes, 2009; Koda et al. 2012). Segundo o “Manual” referente ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, publicado pelo Ministério da Saúde (2009), ao identificar ou tomar conhecimento da situação-problema, o agente deve conversar com a pessoa e/ou familiares e depois encaminhá-los à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada. Caso a situação-problema seja difícil de ser abordada ou não encontre abertura das pessoas para falar sobre o assunto, o agente deve relatar a situação para a sua equipe. Segundo as instruções, ele deve identificar áreas e “situações de risco individual e coletivo”.

Essas “situações de risco” são definidas como: “aquelas em que uma pessoa ou grupo de pessoas corre perigo, isto é, tem maior possibilidade ou chance de adoecer ou até mesmo de morrer”; e dentre elas está: “pessoas em situação de violência” (Ministério da Saúde, 2009). Diante dessas situações de violência, os agentes comunitários de saúde são orientados a “compartilhar” com a equipe, ou seja, ao se deparar com qualquer indício de violência devem explicitar o problema para toda a equipe, e se comprovada a situação, envolver outros órgãos responsáveis, como o Conselho Tutelar, por exemplo, no caso de violência contra crianças e adolescentes.

Ainda tratando das orientações do Ministério da Saúde, as “Diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos”, publicada em 2005, afirma que a “Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Adolescente Trabalhador” entende que o SUS tem papel de extrema importância na atenção integral à saúde de crianças e adolescentes trabalhadores, por estar amplamente distribuído em todo o país a atender a grande número de indivíduos abaixo dos dezoito anos, o que facilita a disseminação da política (Ministério da Saúde, 2005).

As recomendações do manual e das diretrizes nem sempre toma corpo na prática. A literatura mostra que os profissionais de saúde têm dificuldade de notificar por diversos motivos. Gonçalves e Ferreira (2002) baseadas na experiência no Ambulatório da Família (AF) do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), da Universidade Federal do Rio Janeiro (UFRJ) discutem acerca da notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Segundo as pesquisadoras, o profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar casos confirmados ou suspeitos de violência e desempenha papel vital nessa área. No entanto, o ato de notificar tem sido objeto de questionamentos por parte desses profissionais. Em relação à isso, as autoras discutem possíveis “soluções” para esse problema, que seriam: a) as noções legais sejam esclarecidas, explicitando o que se compreende por maus-tratos e violência e quais as situações que devem ser notificadas; b) o texto legal seja acompanhado de discussão a respeito dos diversos manuais de orientação acerca da questão da violência contra a criança; c) a concepção de suspeita seja também esclarecida; na ausência de orientação, notificar uma suspeita fica na prática a cargo da consciência individual do profissional, o que pode contribuir tanto para a subnotificação quanto para a supernotificação; d) a atuação dos Conselhos Tutelares seja discutida, a fim de melhor capacitar tecnicamente as equipes, disponibilizar recursos para suas ações e integrá-las aos demais serviços envolvidos no atendimento às vítimas de violência (Gonçalves & Ferreira, 2002).

Ainda na temática da notificação, Deslandes, Mendes, Lima e Campos (2011) fizeram um estudo acerca dos indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. Trata-se de um estudo ancorado na triangulação de métodos participativos voltados para a produção de consenso em torno de uma proposição de indicadores. Os documentos foram selecionados tendo como critérios: atualidade e vigência das referidas políticas; abrangência e validade para todo o território nacional e; diversidade de autorias e procedências segundo setores governamentais. Os autores elaboraram a partir do estudo um plano avaliativo, tomando a seguinte questão investigativa: os municípios têm consolidado a prática de notificação e o tratamento analítico destes registros? Os critérios de julgamento propostos foram: a oferta contínua de capacitação para a realização da notificação; o tratamento dado a estes registros; a qualidade do registro e, a existência de bancos e sistemas de informação.

O artigo apresenta o processo de construção e o conjunto de indicadores produzidos no que concerne à atuação governamental municipal para a notificação e a qualificação do registro. Os indicadores oferecem subsídios para analisar, avaliar e monitorar o engajamento e a efetiva atuação dos governos locais no processo de notificação e de atuação no enfrentamento ao problema. Segundo os autores, a notificação é um instrumento importante para dimensionar a magnitude dos casos de violência, e, conseqüentemente, permite estimar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância em saúde e serviços de assistência, assim como o desenvolvimento e aperfeiçoamento de redes de proteção, pois a notificação é essencial ao enfrentamento das diversas formas de violência contra crianças e adolescentes e no processo de restauração de seus direitos. Além de possibilitar a interrupção do abuso e desencadear medidas de proteção e assistência a vítimas e familiares, também oferece informações para avaliação da situação local e da necessidade de investimentos públicos (Deslandes et al., 2011). A notificação é uma ferramenta importante no enfrentamento ao trabalho precoce, pois possibilita

o acesso aos casos e a interrupção das situações de trabalho. Além disso, possibilita o encaminhamento das crianças e adolescentes (e suas famílias) às políticas públicas que atuam na perspectiva da erradicação do trabalho precoce, garantindo proteção e assistência à essas famílias.

Outros autores discutem a questão da violência contra crianças e adolescentes. Andrade, Nakamura, Paula, Nascimento, Bordin e Martin (2011) realizaram uma pesquisa chamada: A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. As autoras investigaram a experiência dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, descrevendo a identificação dos casos e a assistência prestada às vítimas em Unidades Básicas de Saúde. Os profissionais de saúde participantes da pesquisa justificam a ocorrência da violência doméstica pela pobreza e a violência presentes no cotidiano da população atendida. Estes profissionais relatam a desestrutura familiar como uma forma corrente de surgimento da violência intrafamiliar. Segundo as autoras, os profissionais comentaram sobre o medo de se envolver com pessoas criminosas de sua comunidade, a falta de resguardo nas unidades de saúde, a falta de comprometimento dos familiares e conhecidos, que preferem não se envolver, não denunciando os agressores, abafando, dessa forma, a violência existente em seus lares.

A questão de o ambiente familiar ser de âmbito privado faz com que os profissionais, muitas vezes, tenham dificuldade de atuar no enfrentamento, enfatizando que nem o Conselho Tutelar consegue ter acesso a essa família agressora, como demonstram as autoras. Quando os profissionais encaminham os casos, se sentem inaptos, ou não querem se envolver no tratamento das vítimas, conduzindo-as para uma instituição juridicamente preparada para lidar com esse tipo de ocorrência. Alguns afirmaram que ao reconhecerem algum caso de violência física, acionaram o Conselho Tutelar ou a polícia (Andrade et al., 2011).

As autoras observaram que para os entrevistados, o papel do profissional de saúde, além de detectar os maus-tratos, seria o de orientar os usuários; porém, ressaltaram a excessiva carga de trabalho, conseqüente do exíguo número de profissionais, restringindo sua produtividade. Para um melhor encaminhamento dos casos, os profissionais entrevistados citaram a criação de um Centro de Referência às crianças e adolescentes vítimas de violência, como forma de auxílio ao seu limitado papel profissional. Para as autoras, o problema da violência doméstica contra crianças e adolescentes não é de fácil manejo. O relacionamento com a população atendida e suas características socioculturais e o pequeno diálogo com outras instituições responsáveis pelo encaminhamento dos casos também contribuem para dificultar a prática cotidiana desses profissionais. (Andrade et al., 2011).

Outros autores que tratam da violência contra crianças e adolescentes são Palmezoni e Miranda (2011), que realizaram um estudo acerca da identificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes realizada pelos agentes comunitários de saúde. Constataram que 60% dos agentes comunitários entrevistados já diagnosticaram algum caso de violência, sendo que destes, 50% já reconheceram de 1 a 5 casos. Em relação à providência que tomam quando se deparam com essas ocorrências, os pesquisadores encontraram que 42% encaminham o caso para um membro da equipe e 19% não notificam por medo de algum familiar do violentado descobrir. Como era possível escolher mais de uma resposta, 44% responderam que não notificam o caso de violência por outros diversos motivos, dentre eles a falta de apoio, sigilo e resolubilidade do Conselho Tutelar, medo de algum familiar descobrir, pois moram na região, falta da ficha de notificação no local de trabalho e o desconhecimento da mesma. Em relação à esse desconhecimento da ficha de notificação, 94% dos agentes afirmaram não conhecer a ficha, o que traz reflexões acerca do treinamento dado à esses profissionais.

Os autores observaram que alguns agentes comunitários de saúde relataram que se sentem incomodadas quando se deparam com as situações de violência, pois acham que

invadem a privacidade das pessoas, e também têm receio de, ao fazerem uma denúncia de violência, quebrar o vínculo que existe em relação à população. Alguns também relataram que se sentem inseguros e têm medo de sofrer algum tipo de ameaças dos moradores da região. (Palmezoni & Miranda, 2011).

Outros autores também tratam a questão da violência como uma dificuldade na atuação dos profissionais de saúde. Lobato, Moraes e Nascimento (2012) realizaram um estudo visando investigar os desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes em um PSF de um município do estado do Rio de Janeiro. Segundo as autoras, os profissionais entrevistados (três médicos, três enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, três técnicos de enfermagem e quatorze agentes comunitários) destacaram vários tipos de violência em seus territórios de atuação, que envolvem parceiros íntimos, adolescentes, crianças e idosos. Associaram estas formas de violência à desestruturação da família (que na maioria das vezes é culpabilizada pela violência e por diversos tipos de violação de direitos, como se não fosse responsabilidade do Estado e do contexto social a incidência de tais violações), ao uso e tráfico de drogas, ao desemprego e à pobreza.

Em relação à detecção dos casos de violência, os profissionais afirmaram ser difícil de detectar, e essa dificuldade se deve a uma característica inerente a esse tipo de violência, que é o abafamento dos casos. São atitudes escondidas pelos familiares, as quais raramente chegam espontaneamente até a equipe de saúde. As entrevistas apontaram que a detecção da violência doméstica se dá principalmente por meio da comunicação com outras instituições, principalmente as escolas, mas também mediante denúncia de vizinhos aos agentes comunitários e visitas domiciliares realizadas pela equipe. A notificação de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes é apresentada na legislação como um direito das vítimas e um dever dos profissionais de saúde. Todavia, as entrevistas revelaram dúvidas e principalmente receio dos profissionais quanto à notificação dos casos de violência contra

crianças e adolescentes, em especial daqueles não confirmados. Alguns profissionais, inclusive, declararam desconhecer a presença da ficha de notificação compulsória para violência na unidade de saúde em que trabalham. Outro problema é o medo de exposição, pois a ficha de notificação inclui a identificação do profissional que preenche o documento, expondo-o ao risco de sofrer retaliações por parte dos agressores. (Lobato et al., 2012).

No que diz respeito ao acompanhamento das famílias, a quase totalidade dos entrevistados declarou não se sentir habilitada a lidar com casos relacionados à violência contra crianças e adolescentes. Alguns sugeriram a necessidade de apoio de psicólogos para orientar os profissionais das equipes de Saúde da Família e as famílias envolvidas, mas afirmaram que não participaram até o momento de qualquer atividade de educação permanente sobre o tema da violência doméstica. Apesar de não se sentirem preparados, os profissionais consideraram que as visitas domiciliares são o contexto adequado para o acompanhamento das famílias em situação de violência doméstica, pois permitem, de forma regular, o contato com as pessoas envolvidas e a orientação destas. (Lobato et al., 2012).

Conforme discutido, existe documentação específica para o enfrentamento ao trabalho precoce pelos profissionais de saúde, que são as “Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos”. Essas Diretrizes tem o objetivo de orientar as ações do SUS na atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho. As diretrizes orientam que toda criança e adolescente de até 15 anos em situação de trabalho deve ser retirada imediatamente da atividade laborativa (Brasil, 2005). Existem inclusive duas etapas a serem seguidas pelos profissionais para que o problema do trabalho precoce seja erradicado, são elas: 1- Identificação de situação de trabalho (isso quer dizer que toda criança deve ter sua situação “mapeada”, se já trabalhou ou se trabalha); 2- Avaliação e Diagnóstico (nessa etapa a criança tem toda situação de trabalho avaliada, e caso esteja em situação irregular

é imediatamente retirada das atividades de trabalho, caso não seja comprovada irregularidade, a família será encaminhada para educação em saúde (Brasil, 2005).

Diante de todos esses estudos, observa-se que a Política de saúde não se responsabiliza pela questão social. A maioria dos estudos discute outros tipos de violência, não diretamente o trabalho precoce, porém, este também é uma violação de direito. Devido às muitas atribuições do profissional de saúde e muitas vezes o medo de represália da comunidade, esses profissionais não atuam na efetivação dos direitos como um todo, delegando essa responsabilidade às outras políticas, como a Política de Assistência Social, argumentando inclusive que não é papel da saúde enfrentar essas “questões sociais”, garantindo então o direito “apenas à saúde”, que seria a saúde física, a ausência de doença, o controle epidemiológico por meio das vacinas e medicações.

CAPÍTULO 2

Políticas Públicas e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente Trabalhador

2.1 Estado e Políticas Sociais

Para discorrer sobre o percurso das políticas sociais, mais precisamente sobre as políticas de proteção aos direitos das crianças e dos adolescentes, se faz necessário um resgate histórico dessas políticas públicas.

Segundo Behring e Boschetti (2011), as primeiras iniciativas de políticas sociais emergem com o surgimento do capitalismo, no período da Revolução Industrial e da luta de classes. Antes disso, o Estado assumia algumas responsabilidades sociais para o controle social. Alguns documentos foram produzidos nessa época pré-capitalismo, tais como Estatuto dos Trabalhadores, Estatuto dos Artesãos, Lei dos Pobres, Lei do Domicílio, entre outras, porém, todos esses documentos tinham caráter punitivo, não protetor ou garantidor de direitos. Com a falsa ideia de garantir trabalho para todos, na verdade garantiam que os pobres aceitariam qualquer tipo de trabalho que lhe fosse oferecido, sem tentativa de negociação. Esses documentos ainda faziam distinção entre “pobres merecedores” e “pobres não merecedores”, nos quais só recebiam algum tipo de assistência os “merecedores”, sendo que, essa assistência era prestada pela perspectiva da moral cristã, não pelo direito (Behring & Boschetti, 2011).

No capitalismo, ao ser tratada como mercadoria, a força de trabalho passa a ser produtora de valor de troca. As relações capitalistas constituem relações de produção de bens, de valores que possam acumular capital para serem passíveis de troca. Se as legislações sociais pré-capitalistas eram punitivas e restritivas, o “abandono” delas no auge da Revolução Industrial foi ainda pior, pois os “pobres” são lançados à servidão da “liberdade sem proteção”, ou seja, uma falsa liberdade os deixa presos ao trabalho escravizante do capitalismo, sem nenhum tipo de assistência (Behring & Boschetti, 2011). A exploração da mão-de-obra era de certa forma valorizada, uma vez que garantia essa condição de poder de troca, pois quanto mais trabalho, mais produção de bens de consumo.

A desigualdade colocada pelo sistema capitalista e a exploração da mão de obra barata justifica a existência do trabalho precoce, visto que essa mão de obra informal barateia os custos para os empregadores. Campos & Francischini (2003), ao tratar do desenvolvimento do capitalismo, com relação ao trabalho precoce, afirmam que desde o século XVIII Marx já denunciava os acordos levados a termo entre os capitalistas e os familiares famintos. Por meio deles as crianças eram entregues à mais completa exploração, justificada pelo aprendizado de um ofício, de que se valeriam no trabalho desenvolvido, e pelas dificuldades da família para se manter e mantê-las.

Para entender o processo de configuração do capitalismo no nosso continente é necessário considerar a relação de dependência e subordinação estabelecida entre os países latino-americanos e os países centrais. A condição dependente das economias latino-americanas garantiu a grande reprodução do capital nos países centrais e, com isso, a continuação das condições de dominação econômica e política no continente (Montanõ & Duriguetto, 2011).

O Brasil e outros países da América Latina se constituem nessa posição de dependência. Lira (2016) afirma que a base material do processo de industrialização da América Latina é essencialmente dada pelo capital estrangeiro, mesmo que já tenha um mercado interno estruturado, este vai ser direcionado em função das possibilidades de consumo em que nessas condições seja possível desenvolver. Por isso a dependência é a categoria analítica explicativa de conformação do capitalismo nas sociedades latino-americanas, o que acabou por condicionar suas estruturas econômicas, políticas e sociais como atrasadas e dependentes. Segundo a autora, se trata de uma situação em que o atraso desses países é uma consequência do desenvolvimento do capitalismo mundial e ao mesmo tempo é a condição de desenvolvimento das grandes potências capitalistas.

Essa desigualdade é necessária para o funcionamento capitalista. Segundo a autora, o desenvolvimento econômico e político desigual é uma tendência absoluta do capitalismo. Trata-

se de uma tendência do capitalismo em criar disparidades econômicas, políticas e culturais entre diferentes nações, diferentes setores da economia e ramos de produção. Trata-se de assimetrias próprias ao processo de acumulação capitalista (Lira, 2016).

Na América Latina, o desenvolvimento desigual e combinado ganha materialidade e efetividade nas diversas esferas, tomando uma forma particular na economia, na política e na cultura em cada país. O que pode ser explicado pelo processo de industrialização, que ocorre de forma tardia e subordinada, pela via da substituição de importações, ou seja, substitui bens manufaturados estrangeiros pelos nacionais. O que condicionou o processo foi a contenção das importações que gerou uma demanda e um mercado interno não atendido. As guerras mundiais promoveram as condições que favoreceram esse processo (Lira, 2016).

Após a Segunda Guerra Mundial, na segunda metade do século XX, os Estados Unidos ascendem como primeira potência mundial, acompanhado da expansão do socialismo na Europa e Ásia. A combinação desses processos origina a Guerra Fria, que se configurou como uma ofensiva ideológica, política, econômica e militar comandada pelo imperialismo norte americano, destinada a conter o surgimento e expansão do comunismo. Nesse sentido, a Guerra Fria se constitui como o principal instrumento norte-americano para ampliar sua dominação no continente, seja pela ofensiva política e militar, seja pela expansão econômica monopolista (Montanõ & Duriguetto, 2011).

A Guerra Fria dividiu o mundo em dois blocos: o bloco socialista (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS) e o bloco capitalista (sob imperialismo dos Estados Unidos) e a partir dessa divisão, várias “revoluções” ocorreram na luta pela ampliação do socialismo e fim da exploração capitalista. Algumas dessas lutas foram: Revolução Russa, Revolução Cultural na China, Guerra na Coreia, Revolução no Vietnã, Revolução dos Cravos em Portugal, Revolução Cubana, Revolução Sandinista na Nicarágua. Apesar de algumas

pequenas “conquistas”, com o fim da União Soviética, esses processos revolucionários se isolam politicamente e perdem força.

Como forma de conter a influência desses processos revolucionários na América Latina, os Estados Unidos procuram inibir as lutas sociais pelas vias militares, mediante a repressão e a ditadura. Segundo Montanõ e Duriguetto (2011), o ano de 1968 se tornou emblemático pelo desenvolvimento de uma onda de conflitos políticos em diversos países da Europa, Estados Unidos e América Latina. Mas, foi na França que o movimento teve mais força na união dos estudantes com os trabalhadores, entre os meses de maio e junho, as manifestações foram marcadas por batalhas campais, barricadas e greves. O movimento ficou conhecido como maio Francês. Este abriu caminho para que surgissem movimentos político-culturais progressistas.

Além dos componentes econômicos e políticos que marcaram o continente latino americano, como a inserção dependente no capitalismo, não se pode desconsiderar a ampla heterogeneidade do continente, sua variedade de culturas e formas de reprodução social. Particularmente na realidade brasileira, a expansão dos movimentos sociais se deu em um contexto de profundas transformações econômicas e exclusão das classes subalternas. O acelerado processo de industrialização centrado no polo da indústria de bens duráveis, reforçou o assalariamento do processo econômico, alterando a configuração da classe trabalhadora. Entre 1970 e 1980, o proletariado brasileiro duplicou (Montanõ & Duriguetto, 2011). Esse crescimento acelerado potencializou a desigualdade social e a divisão de classes.

Diante disso, de como se constitui o modo de produção e conseqüentemente as relações sociais e políticas no Brasil, as políticas sociais e a formatação de padrões de “proteção” social são formas de enfrentamento e resposta às questões sociais postas pelo capitalismo, cujo fundamento encontra-se nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (Yamamoto & Oliveira, 2014). Porém, essas políticas sociais são inicialmente voltadas para os trabalhadores,

não responsabilizando o Estado pela garantia dos direitos fundamentais, mas responsabilizando os indivíduos pela sua sobrevivência por meio da força de trabalho.

Pensando nessa lógica de que se desenvolveram as políticas sociais até chegar ao que se tem hoje no Brasil, observa-se que o Estado Liberal capitalista presava pela livre concorrência, livre consumo e livre venda da força de trabalho, uma vez que a ideologia do liberalismo valorizava o trabalho. O ócio é condenado e a liberdade não é total, uma vez que todos devem trabalhar. Todos devem participar da venda livre da força de trabalho e do livre consumo. Nesse contexto, o Estado passa a ser regulador das relações de trabalho. As Políticas Sociais então vêm atender as necessidades dos trabalhadores (Gonçalves, 2010).

No entanto, nessa lógica capitalista não é possível assegurar que todos tenham emprego ou que todos os trabalhadores autônomos tenham sucesso no mercado, pelo contrário, a estrutura capitalista precisa se certificar que haja o excedente e a venda competitiva dos bens de mercado. Como decorrência disso, é necessário que se garanta as condições mínimas de vida para os trabalhadores para manter a força de trabalho e os excedentes que não se encaixam no mercado de trabalho ficam desassistidos. A proteção social é então assegurada apenas para aqueles impossibilitados de trabalhar por questões físicas (velhos, doentes e deficientes) (Gonçalves, 2010).

No processo de constituição das políticas vai se configurando a necessidade de assegurar os direitos sociais por lei, tornando o Estado responsável pela garantia dos direitos fundamentais à todos os indivíduos, trabalhadores ou não. A ideia de bem-estar social transforma-se em direito. As funções do Estado nesse processo vão tornando-se mais complexas, pois ele deve se responsabilizar pelo equilíbrio social e ao mesmo tempo garantir o funcionamento da estrutura capitalista com o acúmulo de capital e reprodução da força de trabalho. Nesse novo modelo de Estado, o acesso a direitos universais estava assegurado pelos fundos públicos, independentemente da situação do mercado ou do mérito individual, ou seja,

a garantia está no pressuposto da lei que reconhecia o critério das necessidades básicas (saúde, educação, habitação) (Gonçalves, 2010).

Nesse sentido, o Estado vai se configurando baseado em três princípios básicos que regiam o modelo do estado inglês, os princípios dos três U's: universalidade (estender as garantias a todos os cidadãos, e não apenas aos trabalhadores ou grupos específicos, ampliando a noção de direito), unicidade (centralização das políticas sociais em sistemas únicos de administração) e uniformidade (distribuição dos benefícios a todos, independentemente do nível de renda). A base desse modelo é a existência de um fundo público, adquirido por meio de impostos (Gonçalves, 2010).

Considera-se aqui para efeitos dessa tese esse modelo de Estado que é constitucionalmente garantidor de direitos, sendo as políticas sociais a ferramenta para a efetivação desses direitos, inclusive a política de saúde. Porém, diante do que foi discutido, percebe-se que as políticas públicas decorrem de um processo histórico do qual se constituiu uma forma específica de exercício do poder nas sociedades democráticas, sustentado na mediação entre as necessidades de acumulação do capital e as necessidades de manutenção da força de trabalho. Ou seja, as políticas sociais se configuraram como mediadoras políticas e econômicas, assegurando bens e zelando pelo bem-estar social (Alberto, Freire, Leite e Gouveia, 2014). As políticas sociais são ações pertinentes à sociedade burguesa, uma vez que mantém a desigualdade e a pobreza para o funcionamento do sistema capitalista.

No Estado democrático que está sendo considerado, a política social efetiva o direito também de crianças e adolescentes, parcela da população que está sendo tratada nesta tese. Quando se trata de infância e adolescência as políticas sociais são mais emergenciais, uma vez que esse segmento da sociedade brasileira é alvo de uma “violência social” expressa no estado de risco social ao qual são expostas. São privados de direitos básicos como saúde e moradia, porém são considerados na Constituição Federal como “pessoas em desenvolvimento” que

necessitam de proteção integral e prioridade absoluta, uma vez que não possuem autonomia e capacidade de auto sustento (Sales, 2009). Nessa luta pelos direitos de crianças e adolescentes, se efetiva o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, como conquista de diversos setores populares.

Segundo Behring e Boschetti (2011) existem 17 Conselhos Nacionais que se desdobram nos estados e municípios, nas áreas da educação, saúde, trabalho, previdência social, assistência social, segurança alimentar, cidades, desenvolvimento rural; também por segmentos como mulheres, idosos, negros, crianças e adolescentes, entre outros. Dentre esses conselhos, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) é a instância máxima de formulação, deliberação e controle das políticas públicas para a infância e adolescência na esfera federal, criado pela Lei 8.242/91 e é o órgão responsável por tornar efetivos os direitos, princípios e diretrizes contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente. Conta com 28 conselheiros, sendo 14 representantes do Governo Federal e 14 representantes da sociedade civil de âmbito nacional.

Compete ao Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente promover, defender e controlar a efetivação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, coletivos e difusos, em sua integralidade, em favor de todas as crianças e adolescentes, de modo que sejam reconhecidos e respeitados como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento; colocando-os a salvo de ameaças e violações a quaisquer de seus direitos, além de garantir a apuração e reparação dessas ameaças e violações (Brasil, 2006).

Apesar do artigo 3º da Constituição Federal afirmar que se deve “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”; e “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (Brasil, 1988), em nosso país isso não tem ocorrido, como é o caso do enfrentamento ao trabalho precoce pelas políticas públicas de saúde. O Estado atribui a efetivação da garantia de direitos

às políticas públicas, que muitas vezes não consideram os direitos sociais, como o direito a não trabalhar, enquanto direito fundamental, que deveria ser garantido por meio de toda e qualquer política, inclusive a política de saúde.

2.2 A Política Pública de Saúde

Desde 1988 com a Constituição Federal (artigos 196 a 200), os brasileiros têm o direito a um sistema de saúde de atenção integral e de acesso universal, porém, o acesso universal e o funcionamento do sistema ainda não estão totalmente efetivados a todos, apesar de assegurados, na prática existem falhas de funcionamento. Em 1990, foi aprovada a lei nº 8.080 que instituiu o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema esse que resultou de um longo processo de mobilização e lutas da população, ou seja, pela soma de esforços de vários segmentos como médicos, professores, gestores, movimentos populares de saúde, que se articulavam por meio de conferências (municipais, estaduais e nacionais) para definir os princípios básicos do sistema de saúde desejado (Spink, Brigagão & Nascimento, 2014).

No processo de luta pela efetivação dessa política, foi de extrema importância a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, e pautou a inclusão da saúde como direito no novo texto constitucional. Isso fez com que os princípios básicos do SUS constem na Constituição Federal de 1988. Três princípios básicos norteiam o SUS: universalidade (direito de acesso aos serviços por todos os cidadãos); integralidade (a atenção a saúde deve contemplar as diferentes dimensões do processo saúde-doença); equidade (oferta de ações de saúde de modo a considerar necessidades específicas de cada segmento da população) (Spink, Brigagão & Nascimento, 2014). Princípios que condizem com aqueles de Estado democrático discutidos anteriormente.

De acordo com o Ministério da Saúde, “o Sistema Único de Saúde é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas

federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. As instituições privadas podem participar do SUS de forma complementar (Ministério da Saúde, 2000).

Apesar da legitimação do direito à saúde como universal e direito de todos (Constituição Federal artigo 6), e da implantação do SUS, na prática a política de saúde ainda não atende todos os cidadãos e tem dificuldade em abranger a saúde integral do indivíduo, onde essa integralidade abrangeria também a saúde mental e emocional. Como discutido anteriormente, as políticas se constituíram como mantenedoras desse sistema de funcionamento capitalista. A assistência oferecida à sociedade foi, em princípio, encarada como uma prática de caridade, que, iniciado na colonização teve continuidade após a independência do Brasil, com a formulação da primeira Constituição.

Outro problema que se constitui em relação à política de saúde é a efetivação do princípio da integralidade, porque ainda se associa muito saúde à ausência de doença, ao atendimento clínico e medicalização. Assim, a questão social fica à parte, como se não fosse responsabilidade dessa política. Além disso, como discutido anteriormente, as políticas sociais têm função estratégica dentro da contradição capital/trabalho, já que são elas que garantem determinados direitos e regulamentações para a relação entre estes, buscando minimizar as desigualdades resultantes dessa relação exploradora. Dentre os direitos sociais, está o direito da criança e do adolescente à não trabalhar, ou, após os quatorze anos, trabalhar de forma adequada à idade, visando formação profissional. Como visto, a Constituição no artigo 227 e o Estatuto nos artigos 60 e 61 tratam da proibição do trabalho infantil, no entanto isso não garantiu a efetivação do direito.

Na luta para erradicar o trabalho precoce, e observando que as leis não estão sendo suficientemente efetivadas, o Brasil criou e aprovou um documento específico para a política de saúde, as Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes

Economicamente Ativos, que conforme visto anteriormente, tem o objetivo de orientar as ações do SUS na atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho. As diretrizes orientam que toda criança e adolescente de até 15 anos em situação de trabalho deve ser retirada imediatamente da atividade laborativa (Brasil, 2005).

Essas diretrizes têm como público alvo os profissionais de saúde e orienta no enfrentamento ao trabalho infantil determinando etapas que devem ser seguidas pelos profissionais. São elas: Etapa I – Identificação de situação de trabalho (toda criança ou adolescente que procure um Serviço de Saúde deve ter sua situação de trabalho mapeada/identificada). O mapeamento é feito verificando a situação da criança ou adolescente (se nunca trabalhou; se não trabalha atualmente mas tem histórico de trabalho; se trabalha e a situação desse trabalho – legal ou ilegal) (Brasil, 2005).

A segunda etapa é Avaliação e diagnóstico: Todas as crianças e adolescentes trabalhadores ou com história pregressa de trabalho, independentemente da situação de trabalho (legal ou ilegal) devem ser avaliadas pelos profissionais da seguinte forma: (a) avaliando a exposição a fatores de risco; (b) afastando todos em situação de exposição irregular, sujeitos a ambientes insalubres, perigosos e/ou penosos; (c) notificando imediatamente o Sistema Nacional de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, os Sistemas de Vigilância em Saúde Estaduais e Municipais, a Delegacia Regional do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério Público do Trabalho e o Conselho Tutelar; (d) investigando a existência de outros trabalhadores crianças/ adolescentes nesta situação.

Todas as crianças devem passar por uma avaliação de saúde, condizente com sua idade e recomendada pelos protocolos assistenciais do Ministério da Saúde. Caso o diagnóstico seja de doente ou acidentado, os profissionais devem: tratar o agravo à saúde e estabelecer a possibilidade do nexo do agravo com o trabalho. Caso se estabeleça o nexo: (a) notificar com a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e com a ficha do Sistema Nacional de

Notificação (SINAN); (b) afastar imediatamente do trabalho; (c) comunicar ao Conselho Tutelar ou à Promotoria da Infância e da Juventude e à Delegacia Regional do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego; (d) referir, quando necessário, para outros níveis de atenção do SUS.

Quando a criança ou adolescente estiver saudável, os profissionais de saúde devem encaminhar para atividades de educação em saúde e segurança no trabalho, onde as informações possam ser dadas de forma participativa, ou seja, incluindo as experiências de trabalho, que as famílias e as comunidades tenham (Brasil, 2005).

Além das Diretrizes, com relação ao enfrentamento ao trabalho precoce, temos o Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador aprovado em 2011. Segundo a Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, o Plano é instrumento fundamental na busca pelas metas de eliminar as piores formas de trabalho infantil até 2015 e de erradicar a totalidade do trabalho infantil até 2020, assumidas pelo Brasil e pelos demais países signatários do documento “Trabalho Decente nas Américas: Uma agenda Hemisférica, 2006-2015”, apresentado na XVI Reunião Regional Americana da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrida em 2006.

A Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (CONAETI) identificou o seguinte problema central a ser enfrentado pelo Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil: “A persistência do trabalho infantil e de trabalho a partir da idade permitida sem a devida proteção viola os direitos de crianças e adolescentes”. Os eixos estratégicos para resolução do problema são: (a) Priorização da prevenção e erradicação do trabalho infantil e proteção ao adolescente trabalhador nas agendas políticas e sociais; (b) Promoção de ações de comunicação e mobilização social; (c) Criação, aperfeiçoamento e implementação de mecanismos de prevenção e erradicação do trabalho infantil e proteção ao adolescente trabalhador, com destaque para as piores formas; (d) Promoção e fortalecimento da família na

perspectiva de sua emancipação e inclusão social; (e) Garantia de educação pública de qualidade para todas as crianças e os adolescentes; (f) Proteção da saúde de crianças e adolescentes contra a exposição aos riscos do trabalho; (g) Fomento à geração de conhecimento sobre a realidade do trabalho infantil no Brasil, com destaque para as suas piores formas (Brasil, 2011).

O Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente dentro do ponto 3 (Dimensões Estratégicas e Problemas Prioritários) reconhece a “ausência” da política de saúde como um dos problemas enfrentados. No ponto 3.5 (Implementação de ações integradas de saúde) há afirmação de que “há desconhecimento generalizado da sociedade sobre os riscos e comprometimentos que o trabalho provoca no processo de desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente” e que “inexiste política de atenção integral à criança e ao adolescente oriundos do trabalho infantil”. Além disso, o Plano registra que não há articulação institucional entre a política de saúde e outras que lidam mais diretamente com a questão do trabalho precoce (Brasília, 2004).

A Gestão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil no SUAS: Orientações Técnicas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil, 2010) afirma que o atendimento aos direitos das crianças e adolescentes na perspectiva da proteção integral requer um conjunto de ações integradas, incluindo a Política de Saúde no que diz respeito a garantia de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho. As orientações explicitam que:

É importante o estabelecimento de articulações e parcerias entre as políticas de saúde e de assistência social para proteção da saúde de crianças e adolescentes contra a exposição a riscos; notificação dos agravos nos casos de acidentes de trabalho em crianças e adolescentes; promoção da saúde bucal; intercâmbio e socialização de informações sobre o trabalho infantil entre as duas políticas;

articulação e estabelecimento de fluxos para atuação conjunta nos casos de identificação do trabalho infantil nas ações de saúde (Brasil, 2010, pp.79).

Portanto, a Política de Saúde é parte integrante no Enfrentamento ao Trabalho Infantil, visto que existem documentos específicos orientando essa política na efetivação do direito de crianças e adolescentes a não trabalhar. A atuação em conjunto de todas as políticas envolvidas na temática (Política de Saúde, Política de Educação, Política de Assistência Social e Política de Formação Profissional) contribui para o enfrentamento ao trabalho precoce de forma efetiva.

2.3 O desenvolvimento da criança e do adolescente oportunizado pela Política Pública de Saúde

A perspectiva histórico-cultural tem o materialismo histórico-dialético como base, e fundamenta-se na tentativa de superar os reducionismos das concepções empiristas e idealistas. Vigotski (1896-1934) assinala a “crise da psicologia” de seu tempo, que se debate entre modelos que privilegiam ora a mente (aspectos internos) do indivíduo, ora o comportamento (aspectos externos). Parte-se aqui da concepção de ser humano segundo a qual o homem, para produzir sua existência, realiza uma atividade prática vital, isto é, que produz e reproduz a vida, e que é tipicamente humana: o trabalho. O homem se define essencialmente pela produção social e histórica de seus meios de vida (Almeida, Abreu & Rossler, 2011). Tanto para Marx como para Vigotski, somente o trabalho tem, como sua essência ontológica, um claro caráter intermediário... ele é, essencialmente, uma interrelação entre homem (sociedade) e natureza, interrelação que... antes de mais nada assinala a passagem no homem que trabalha, do ser meramente biológico ao ser social. Assim, a divisão do trabalho em toda a sua extensão (econômica, política, cultural, etc.) é a base social do processo de formação de cada indivíduo singular.

Tendo o materialismo histórico-dialético como fundamento, a teoria histórico-cultural apresenta o homem como um ser social, cujo desenvolvimento está condicionado à atividade e à cultura, pois não dispõe de “ferramentas” que garantam esse desenvolvimento por si só, não a conquista daquilo que o caracteriza como ser humano. O processo de aquisição das características humanas, ou seja, dos comportamentos complexos, demanda a apropriação do legado histórico-cultural que se objetiva pela prática social (Martins, 2016).

Para Vigotski é de extrema importância a análise histórica para o entendimento do comportamento humano, pois o homem só pode ser entendido em suas ações e características, se considerado dentro das relações de produção da sua sociedade. A existência social humana pressupõe a passagem da ordem natural para a ordem cultural. É o caráter histórico que diferencia a concepção de desenvolvimento humano de Vigotski das outras concepções psicológicas, pois ele defende que os indivíduos se constituem enquanto seres históricos e culturais por meio das relações sociais e do trabalho (Vygotsky 1896-1934).

Para Vigotski¹, o nascimento biológico não dá conta do surgimento das funções especificamente humanas, mas sim o nascimento cultural (Pino, 2005). Apesar da importância das funções biológicas para adquirir o modo de ser humano, para o ser humano o ato de nascer tem um caráter muito mais cultural. Antes mesmo de nascer, este ser humano já faz parte da vida, dos projetos, das expectativas e do contexto de diversos outros homens. “Dizer que o desenvolvimento é cultural não significa, de forma alguma, ignorar a realidade biológica, pois, realidades biológicas e realidades culturais, embora pertencendo a ordens diferentes, são interdependentes e constituem dimensões de uma mesma e única história humana” (Pino, 2005).

A transformação da natureza pelo homem está diretamente ligada à invenção de instrumentos e símbolos, e estes constituem os dois meios de produção da cultura, pois são

¹ O nome deste autor está escrito de maneiras diferentes por não haver consenso entre os autores que utilizam. A pesquisadora prezou por respeitar a maneira como é utilizada por cada autor citado.

mediadores e ao mesmo tempo produtos da ação humana. A característica tipicamente humana é atribuir à matéria uma forma simbólica e ao simbólico uma forma material. Com isso, pode-se concluir que “todas as produções humanas, ou seja, aquelas que reúnem as características que lhe conferem o sentido humano, são produções culturais” (Pino, 2005). As funções psicológicas são culturais, constituídas por componentes materiais e simbólicos. Por isso o homem se constitui nas relações sociais, ou seja, desde a infância as funções psicológicas especificamente humanas vão se constituindo pela cultura através da mediação do outro.

Através da inserção na cultura, a criança vai modificando gradativamente os traços característicos do modo de pensar primitivo, desenvolvendo e progredindo em direção ao que a vida social lhe ensina. No processo de desenvolvimento, a criança não só amadurece, mas também se “equipa” de novas habilidades e novas formas de comportamento, o que permite a mudança que é observada da criança que se transforma em um adulto cultural (Tuleski, 2008).

O pensamento e o conhecimento de uma geração formam-se a partir da apropriação da atividade cognitiva das gerações anteriores, dessa forma as aptidões e características especificamente humanas não se transmitem por hereditariedade biológica, mas são adquiridos no decurso da vida por um “processo de apropriação da cultura criada pelas gerações anteriores” (Tuleski, 2008). Esta concepção supera o determinismo biológico, entendendo que as formas de organização social são responsáveis pela construção e reconstrução da natureza humana.

Esta compreensão de desenvolvimento, que se repete em todos os textos de Vygotski, intimamente comprometida com a filosofia marxista, questiona a visão maturacionista e linear, desarticulando a concepção de que existe um tipo humano universal e eterno ao introduzir o conceito de transformação (...) Esse conceito histórico de natureza humana é o que Vygotski apresenta de inovador à psicologia de sua época (Tuleski, 2008, pg. 137).

Vigotski percebe os sujeitos como históricos, datados, concretos, marcados por uma cultura, criadores de ideias e que, ao produzirem e reproduzirem a realidade social, são ao mesmo tempo produzidos e reproduzidos por ela (Freitas, 2002).

O homem produz sua existência por meio da atividade social, a partir das relações que estabelece com outras pessoas e com a natureza e simultaneamente produzem certa consciência social que, desse modo, é ao mesmo tempo determinada pelo seu ser social e determinante desse próprio ser. Podemos entender a consciência social como os modos de pensar, sentir e agir dominantes em uma dada sociedade. Tais pensamentos e sentimentos constitutivos da consciência social são produzidos e reproduzidos nas relações sociais, portanto, preexistem a cada ser humano particular, apesar de apenas ganharem vida nos indivíduos concretos. A consciência individual se constitui pela apropriação e internalização da consciência social, por meio da mediação de um sistema de conceitos, na forma de modos de pensar, agir e sentir (Almeida et al. 2011).

A consciência social se constitui pelas ideias dominantes que são construídas nas condições materiais de vida e trabalho. Por isso, para transformar a consciência social não é simplesmente trocar as ideias dominantes por outras ideias, já que estas são frutos das relações materiais dominantes, e não apenas ideias. Há que transformar o próprio mundo material e suas relações para que se produzam novas concepções de mundo que deem origem a outros conceitos (Almeida et al. 2011).

Para Vigotski o desenvolvimento é um processo dialético no qual o ser humano se transforma a partir de sua inserção em uma relação complexa entre fatores internos e externos. O desenvolvimento é marcado por conflitos e pela alternância entre períodos estáveis e críticos que ocorre em determinadas condições materiais de vida. Não há linearidade no desenvolvimento, mas há processos de transformação, que se dão a partir da apropriação dos bens culturais disponíveis Vigotski (1989). Para ele, as funções psicológicas superiores, antes

de serem desenvolvidas nos sujeitos foram relações entre os homens; por isso o desenvolvimento não se destina à socialização, mas justamente a converter as relações sociais em funções psíquicas (Vygotski, 2000/ 1983). Vygotski não concebe fases do mesmo modo que Piaget ou Freud, mas sim, a existência de características qualitativas pertinentes às diferentes idades.

Para que o desenvolvimento aconteça de forma digna e igualitária para todos, é necessário que os direitos básicos sejam garantidos. Vygotski considera as condições materiais de vida no processo de desenvolvimento, sendo estes que constituem o sujeito, diante disso, a ausência de condições básicas de sobrevivência pode resultar em consequências negativas para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, como aquelas causadas pelo trabalho precoce. Se o Estado deve garantir os direitos básicos, que serão efetivados pelas políticas sociais, a política de saúde deveria enfrentar o trabalho precoce enquanto garantia de direito ao pleno desenvolvimento.

De acordo com Silva (2016), a forma pela qual a infância e a adolescência adentram a esfera pública é o ponto chave para a posição que ocupa dentro dessas políticas, inclusive dos documentos que garantem a proteção dos direitos. Visto que as políticas públicas também são construídas socialmente, resultante do jogo de tensões entre diversos atores sociais, nacionais e internacionais, os problemas sociais que levam a formulação de políticas públicas também podem ser entendidos como socialmente construídos.

Dessa forma, pode-se pensar em como as políticas públicas são elaboradas, tendo como contexto uma sociedade desigual e hierarquizada em relação à classe social, etnia, categorias etárias. Por outro lado, têm-se documentos legais, como a Declaração Universal dos Direitos da Criança, que determinam crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e que propõe a elaboração de políticas públicas, cujo fundamento é a garantia e efetividade dos

direitos das crianças e dos adolescentes, com redução das desigualdades sociais e promoção do bem-estar e a dignidade desses sujeitos (Silva, 2016).

Baseado nisso, a teoria histórico cultural, concebe o sujeito como um produto do meio, não pronto e acabado, mas em constante processo de mudança e constituição. E ao mesmo tempo em que é constituído a partir do meio em que vive, também o constitui. Dessa forma, o desenvolvimento é contínuo, não é algo natural, que acontece apenas biologicamente, mas algo que ocorre processualmente durante toda a vida dos sujeitos. Portanto, as crianças e adolescentes trabalhadores precoces estão em processo de desenvolvimento e se constituem enquanto sujeitos no contexto social em que estão inseridos, tendo o direito de não trabalhar violado.

No desenvolvimento, a constituição dos sujeitos se dá pela construção compartilhada de significados e pela internalização de modos de fazer. Esses dois aspectos fazem com que a criança comece a interiorizar esse imaginário presente na sociedade brasileira da naturalização do trabalho infantil, do fim da infância e da formação via responsabilidades prematuras – fim de uma infância que se desenvolve em meio a condições concretas de falta de tempo para brincar, frequentar a escola. Tais condições materiais e concretas são limitantes e dificultam a formação dos sujeitos (Alberto & Santos, 2011).

Segundo as autoras, como essas crianças, em decorrência do trabalho, afastam-se da escola, o trabalho precoce condiciona a criança à experiência imediata, presa a elementos restritivos e pobres. No trabalho precoce não ocorrem as mediações especiais e não favorece a aquisição de conceitos científicos. Além da falta de lazer, o trabalho acarreta à criança e ao adolescente trabalhadores dificuldades com as abstrações, com o aprendizado escolar e com a linguagem (Alberto & Santos, 2011).

Nesse contexto, a política de saúde é a ação do Estado que se materializa culturalmente e socialmente na atuação dos profissionais, então se os profissionais de saúde e demais

integrantes da política não atuam no enfrentamento ao trabalho precoce, eles não estão oportunizando a garantia do direito. Logo, se o direito fundamental de não trabalhar e de saúde não estão sendo garantidos, as condições para o pleno desenvolvimento não são dadas.

2.4. A categoria Sentido na teoria histórico-cultural

Para entender a constituição dos principais apontamentos de Vigotski na teoria histórico-cultural, é importante entender que as concepções desse autor estão relacionadas às suas interlocuções com algumas matrizes de pensamento e correntes psicológicas das primeiras décadas do século XX. O Manuscrito “O Significado Histórico da Crise da Psicologia” (Vigotski, 1927/1996) figura como um dos marcos principais da história epistemológica das ideias vygotskianas e como um prelúdio dos elementos que passaram a compor a teoria Histórico-Cultural a partir de 1928. Nesse manuscrito, Vygotsky (1927/1996) apresentou o estado em que se encontravam a psicologia e as formas de construção de conhecimentos sobre o psiquismo que vigoravam na época.

Para isso, foram analisadas as possibilidades de surgimento e os direcionamentos das principais correntes daquele período, como a fisiologia de Pavlov, a reflexologia de Bekhterev, a reactologia de Kornilov, o behaviorismo watsoniano, a psicanálise, o personalismo e a Psicologia da Gestalt (Barros, Paula, Pascual, Colaço, & Ximenes, 2009). A crise da psicologia se formulava com base em uma crescente ruptura entre duas psicologias, “uma psicologia científico-natural e a outra idealista” (Vigotski, 1927/1996, p. 338). Nesse cenário, marcado pela disputa entre diferentes pontos de partida epistemológicos e entre métodos de investigação de base naturalista e mentalista, os processos psicológicos ora eram tratados como processos biológicos, ora como fenômenos transcendentais e metafísicos.

O primeiro grupo buscava a explicação e previsão do comportamento humano. Para isso, seu percurso de investigação transitava do simples ao complexo, buscando a identificação

dos elementos mínimos que compunham cada fenômeno. Segundo Vigotski (1927/1996, p. 338), o método da psicologia explicativa é muito semelhante ao das ciências naturais. O autor argumentava que os estudos desenvolvidos por Bekhterev e Pavlov, apesar de tratarem com êxito dos processos simples, não abordavam os complexos processos eminentemente humanos, inclusive porque excluía a possibilidade de que a consciência viesse a ser um objeto de estudo da psicologia (Barros et al. 2009).

O segundo grupo, da psicologia idealista considerava a psicologia uma ciência da alma, partindo de dois pressupostos epistemológicos opostos aos da psicologia naturalista, quais sejam, de que havia “uma diferença radical entre a natureza física e a existência psíquica” (Vigotski, 1927/1996, p. 377), e de que os processos propriamente humanos não poderiam ser estudados objetivamente. Por isso, tal psicologia lançava mão de um método mentalista que “... não tende à explicação, mas à descrição e compreensão” do comportamento (Vigotski, 1927/1996, p. 339). Porém, Vigotski também discordava dessa visão, ele advertia que a visão estruturalista poderia cair no erro de reduzir todos os fenômenos à noção de estrutura. Para ele, era preciso reconstruir a noção de estrutura, atentando para a dimensão histórica de sua organização.

Barros et al. 2009 afirmam que ao criticar, por um lado, as correntes científico naturais, Vigotski se afasta de perspectivas elementaristas e distancia-se da tendência a transpor mecanicamente à investigação do psiquismo tanto o método das ciências naturais, como os então exaltados conceitos filosóficos do marxismo. Ao mesmo tempo, suas assertivas sobre as correntes idealistas, por outro lado, mostram seu afastamento de uma matriz de pensamento estruturalista e de um método mentalista que inviabilizavam o estudo da consciência a partir de um método objetivo. Essas críticas de Vygotsky foram de suma importância para a consolidação da teoria histórico-cultural, uma vez que nelas se encontravam alguns fundamentos, como a ênfase nas relações sociais e nos significados como constituintes do comportamento humano.

Por isso, para se deslocar fundamentalmente dos caminhos adotados por naturalistas e por mentalistas, Vigotski busca subsídio metodológico no materialismo histórico-dialético, como visto anteriormente.

Diante disso, Vigotski busca estudar significado e sentido para entender a relação entre pensamento e linguagem. Para o autor,

o sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata (Vygotsky 1934/2001b, p.465).

Segundo Smolka (2006), não existe experiência sem significação. Falar de relações sociais ou de vivências e experiências é falar de corpo/ sujeito afetado pelo outro/signo, é falar da vida impregnada de sentido. O signo, aquilo que se produz na relação com o outro, que afeta os participantes na relação, que redimensiona e transforma a atividade humana, que vai possibilitando a produção de sentidos. Segundo a autora, a compreensão do que seria “sentido” para Vigotski envolve uma polissemia da palavra “sentido”, que condensa múltiplas dimensões: “sentido relacionado à sensibilidade orgânica, às sensações; sentido relacionado às emoções e aos sentimentos; sentido relacionado à direção e orientação das ações; sentido relacionado à razão, à significação”. É na inter-relação dessas dimensões que signos se produzem, sempre em “relação a” outro. Os sentidos emergem como resultantes dessas relações (Smolka, 2006).

O sentido diz respeito ao que se pensa sobre algo, ou seja, o que desperta na consciência. O sentido que os profissionais de saúde dão ao trabalho infantil, diz respeito ao que elaboram sobre esse assunto, o que pensam sobre isso, tudo que vem à consciência,

incluindo valores, cultura, vivências e relações sociais. E esses sentidos atribuídos pelos profissionais ao que é trabalho infantil, interfere diretamente na atuação cotidiana enquanto ator de uma política pública. Os sentidos atribuídos intervêm na forma como esses profissionais vão enfrentar ou não a existência do trabalho entre crianças e adolescentes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde aonde eles estão inseridos.

CAPÍTULO 3

**Método: Caminhos traçados para a investigação do
Enfrentamento ao Trabalho Precoce pela Política de
Saúde no município de João Pessoa**

Esta tese tem uma perspectiva qualitativa. Segundo Rey (2002), os estudos qualitativos se definem pela busca e explicação de processos que não são acessíveis à experiência, mas que existem em inter-relações complexas e dinâmicas. Foram realizadas uma pesquisa documental e entrevistas com os profissionais de saúde, além da utilização de informações do diário de campo, que norteou a construção do presente estudo e direcionou cada ação na busca pelos documentos e informações relevantes.

A pesquisa documental foi realizada a partir da busca de documentação referente ao enfrentamento ao trabalho precoce nos setores de saúde. Na busca por documentos, foi identificado a falta de dados e registros em instâncias como Secretaria de Saúde Estadual, Secretaria de Saúde Municipal e Distritos Sanitários, o que possibilitou compreender que não há o registro de ações com esta finalidade específica. Possibilitando compreender que não é feita a notificação, tal como determina a portaria 204/2016 do Ministério da Saúde.

Cada instância dessas (Secretaria de Saúde Estadual, Secretaria de Saúde Municipal e Distritos Sanitários) foi visitada pela pesquisadora e em alguns casos nem os próprios gestores tinham ciência dessa ausência de documentos. Em um dos casos, a gestora afirmou que havia e acompanhou a pesquisadora por várias salas do prédio da Secretaria nessa busca, até chegar à conclusão de que não havia.

Por isso a importância do diário de campo, entendendo que cada visita realizada orientou a pesquisa para novas visitas e direcionou a busca dessa documentação. Em cada instância visitada, a pesquisadora era “orientada” a procurar em outra, visto que não havia nenhuma documentação relativa à temática. Diante da ausência de documentos, a pesquisadora foi encaminhada ao CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) Regional, onde teve acesso às fichas de notificação de acidentes de trabalho do período de 2011 a 2013.

As entrevistas foram realizadas diretamente com os profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho, as Unidades Básicas de Saúde. Além disso, foram utilizadas informações

relativas à experiências vividas pela pesquisadora que podem enriquecer a pesquisa, sendo chamadas aqui de “diário de campo”.

3.1 Participantes

Doze profissionais de Saúde que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de João Pessoa foram colaboradores da pesquisa, sendo: cinco enfermeiras, uma técnica de enfermagem, uma dentista e cinco agentes comunitários. Os participantes foram selecionados por conveniência, de acordo com a disponibilidade, por meio de contato da pesquisadora com essas UBS. É importante salientar que inicialmente a pesquisadora pretendia que a amostra fosse composta por todas as “funções” de profissionais da atenção básica, que seriam médicos, enfermeiros, técnicos, dentistas e agentes comunitários. Porém, nenhum médico quis participar da pesquisa alegando que não poderia contribuir com a temática. Ao saberem da temática da pesquisa, afirmavam que só fazem atendimento ambulatorial e exames e não atuam com questões sociais.

A priori, não foi estabelecido um número de participantes, pois, como defende González Rey (2002), o conhecimento a partir desse ponto de vista não se legitima com a quantidade de sujeitos, mas com a qualidade de sua expressão. Diante disso, foi utilizado o critério de saturação, ou seja, quando as entrevistas começaram a ficar repetitivas, nada mais acrescentando às informações já colhidas acerca do objeto de estudo, a pesquisadora encerrou o número de participantes (Minayo, 2010).

As entrevistas foram iniciadas por conveniência, conforme explicitado anteriormente, ou seja, nos bairros mais próximos à universidade e à residência da pesquisadora, porém, no decorrer das entrevistas havia uma “negação” da existência de trabalho precoce nas comunidades, com a justificativa de serem localizadas em bairros de classe média. Diante disso, a pesquisadora optou por prosseguir a coleta de dados em bairros de maior vulnerabilidade

social, considerando a classificação encontrada na Topografia da Cidade de João Pessoa. Após essa decisão, foram realizadas entrevistas em seis bairros do município de João Pessoa.

3.2 Instrumentos

As fichas de investigação de acidente de trabalho contém informações sobre Dados Gerais (que são informações gerais sobre a notificação do acidente); Notificação Individual (que são informações sobre os dados pessoais do paciente, como nome, idade, nome dos pais); Dados da Residência (que são informações sobre a residência do paciente); Antecedentes Epidemiológicos (que são informações sobre a ocupação do acidentado, o local que ocorreu o acidente, e os dados da empresa contratante); Dados do Acidente (informações como hora que ocorreu o acidente, município que ocorreu, tipo de acidente, código do CID 10); Dados do Atendimento Médico (informações sobre o município e a unidade de saúde que aconteceu o atendimento, data, partes do corpo atingidas e o diagnóstico médico de acordo com o CID 10); Conclusão (informações sobre a evolução do caso e se houve óbito, se o óbito foi notificado). Essa ficha não foi construída pela pesquisadora, já existia previamente e é utilizada pelos profissionais de saúde para notificar a ocorrência de acidentes de trabalho (anexo 3).

O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada versando sobre: UBS da qual o profissional faz parte; Idade; Sexo; Escolaridade; Formação; Qual a função no atendimento de crianças e adolescentes; Que tipo de demandas sociais encontra em relação a crianças e adolescentes na prática de trabalho; O que as crianças e adolescentes fazem quando não estão na escola; Se realizam o reconhecimento do território e de que forma; Se tem conhecimento de trabalho infantil na comunidade; Como atua quando encontra as crianças que trabalham; Quais são as bases da formação para atuar com demandas sociais; Se teve formação específica para atuar na saúde pública; Quais as queixas que chegam de crianças e adolescentes; Como investiga as causas dessas queixas; Se atua na temática de

saúde do trabalhador; Como notifica casos de trabalho infantil; Quais as dificuldades em relação às demandas sociais (anexo 4).

Foi escolhido como instrumento a entrevista semiestruturada porque fornece maior amplitude quanto à sua organização, permitindo ao entrevistador acrescentar algumas questões de esclarecimento ao roteiro prévio, no curso da aplicação, a fim de atender as necessidades do estudo (Minayo, 2010). Essa entrevista foi elaborada de acordo com os objetivos do estudo.

O diário de campo foi constituído de anotações pessoais da pesquisadora no decorrer da pesquisa, incluindo visitas, participação em eventos relacionados à temática e pontos importantes de conversas com os gestores da política de saúde. Essas conversas foram acontecendo no decorrer da pesquisa e foram direcionando algumas decisões no decorrer do processo.

3.3 Procedimentos

O projeto de pesquisa foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde, para que fosse aprovada a realização da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde. Após aprovado pela SMS, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme determina a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde a respeito da Ética na pesquisa envolvendo seres humanos, que recebeu aprovação mediante parecer número 712.813 (anexo 1). Os documentos foram acessados diretamente no CEREST, conforme explicado anteriormente, a pesquisadora foi encaminhada à esse órgão devido à ausência de documentação sobre a temática nas Secretarias de Saúde e nas Unidades Básicas.

Após a aprovação, foram realizadas visitas nas UBS para contatar os profissionais de saúde. Na conversa com esses profissionais, antes da aplicação do instrumento, era explicada a pesquisa e solicitada a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2).

No decorrer da coleta, também se fez necessário conversas com alguns gestores para entender o funcionamento da política no município de João Pessoa. Apesar de não serem gravadas como entrevistas, essas conversas foram essenciais para o andamento da pesquisa, outro ponto crucial da utilização do diário de campo para entender todo esse percurso traçado. Foram envolvidos os gestores do CEREST Regional e Estadual, uma gestora do FEPETI (Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil), uma gestora da Secretaria Municipal de Saúde e a coordenadora geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde.

Essas conversas fizeram parte dos procedimentos da pesquisa através do diário de campo, conforme explicitado, e possibilitaram o entendimento da pesquisadora acerca das propostas e planejamento dessas instâncias no que diz respeito à temática de enfrentamento ao trabalho precoce no município de João Pessoa.

Além disso, a pesquisadora participou de dois eventos referentes à temática e que contribuíram para o andamento da pesquisa na medida em que foi discutido o enfrentamento ao trabalho “infantil” pelas políticas. O evento “Seminário Nordeste contra o Trabalho Infantil” foi organizado pelo FEPETI e aconteceu no município de João Pessoa-PB. Envolveu as políticas de saúde, educação, formação profissional e assistência, visando discutir o enfrentamento. O outro evento ocorreu no município de Belém-PA, de âmbito nacional e envolveu as quatro políticas de enfrentamento ao trabalho infantil. Neste evento, a pesquisadora foi fazer uma fala sobre os achados das pesquisas realizadas pelo NUPEDIA em relação ao trabalho infantil. A participação nesses eventos possibilitou muito aprendizado no que diz respeito ao enfrentamento “exigido” ou “esperado” de cada política. Também possibilitou conhecer alguns gestores dessas políticas e dialogar com estes sobre as ações de enfrentamento que estão sendo realizadas, ou que deveriam ser realizadas por orientação dos Ministérios.

3.4 Análise dos dados

Os documentos foram analisados por meio de estatística descritiva com o auxílio do software SPSS. Foram analisadas 62 fichas de acidentes de trabalho que ocorreram com crianças e adolescentes em situação de trabalho no município de João Pessoa. As informações coletadas nas fichas foram transcritas para um banco de dados e a análise descritiva foi realizada por meio de avaliação de distribuição de frequência das variáveis.

Para analisar as entrevistas foi utilizado o software QDA Miner, que é um programa desenvolvido para análise de dados qualitativos. A utilização desse software foi devido à subjetividade dos dados, que dizem respeito às falas dos profissionais de saúde acerca da atuação na defesa dos direitos de crianças e adolescentes. Ele mostrou-se uma ferramenta eficiente de categorização dos dados. Acredita-se que as falas são construídas a partir de suas condições objetivas de vida e de trabalho.

Através do software foi realizada uma análise categorial temática, sendo esta uma técnica de pesquisa qualitativa considerada apropriada quando o fenômeno observado é a comunicação e a mensagem de um texto escrito. Este tipo de análise considera a totalidade do texto. No processo de categorização temática alguns procedimentos e etapas foram seguidos com o intuito de classificar os relatos dos participantes, neste sentido, foram realizadas as seguintes etapas:

- As entrevistas, transcritas em sua totalidade, foram inseridas no software QDA Miner para iniciar o processo de análise.
- Foi feita uma categorização prévia, baseada nos objetivos da pesquisa.
- As subcategorias foram surgindo no processo de categorização e foram aparecendo de acordo com as falas dos participantes.
- Os trechos de fala representativos de cada categoria foram destacados no texto por meio de uma codificação por cores e agrupamentos realizada no software.

- Foram realizadas algumas frequências e tabelas para se ter uma ideia geral do que os participantes falaram acerca da temática.

Com intuito de preservar a identidade dos participantes, foram omitidos os nomes de todos os participantes do estudo, bem como não serão apresentadas as entrevistas na íntegra. Serão apontados apenas fragmentos destas extraídos a partir do procedimento de análise categorial temática. Também não foi explicitado o bairro nem a Unidade Básica de Saúde para evitar identificação dos participantes.

CAPÍTULO 4

Enfrentamento ao Trabalho Precoce pela Política Pública de Saúde no município de João Pessoa: resultados encontrados

Conforme exposto anteriormente, o objetivo geral dessa tese foi analisar como a política de saúde atua no enfrentamento ao trabalho precoce como garantia de direitos. Os objetivos específicos foram: identificar as ações da política de saúde no enfrentamento ao trabalho precoce; identificar as ações da atenção básica na promoção de saúde e no desenvolvimento da criança e adolescente trabalhador; caracterizar o sentido de “trabalho infantil” para os profissionais de saúde; investigar as práticas quando se deparam com a existência de trabalho precoce nas famílias ou comunidades onde atuam; compreender de que forma a atuação dos profissionais de saúde está relacionada à proteção e garantia dos direitos de crianças e adolescentes; identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no processo de registro dos casos de trabalho precoce.

A partir desses objetivos, os resultados serão analisados visando respondê-los.

4.1. Ações da Política de Saúde no enfrentamento ao Trabalho Precoce

O que foi identificado e analisado foram fichas de acidente de trabalho disponibilizadas pelo CEREST Regional, referentes ao período de 2011 a 2013, que eram as que eles tinham disponíveis no período da pesquisa. Apesar de os profissionais de saúde afirmarem que não há trabalho precoce, essas fichas provam a existência de trabalho precoce, já que algumas crianças e adolescentes se acidentam nessas atividades.

Apesar deste órgão não fazer parte da Atenção Básica em Saúde, estes documentos foram considerados por serem os únicos encontrados relacionados à temática do trabalho precoce. Conforme explicitado anteriormente, a procura era por documentação referente ao enfrentamento ao trabalho precoce, procurando entender quais as orientações para a atuação dos profissionais inseridos na política. Porém, não há essa documentação. Nem na Secretaria de Saúde Estadual nem na Municipal há documentação acerca da temática. As fichas foram preenchidas em instituições de média complexidade da política de saúde (hospitais, UPA's,

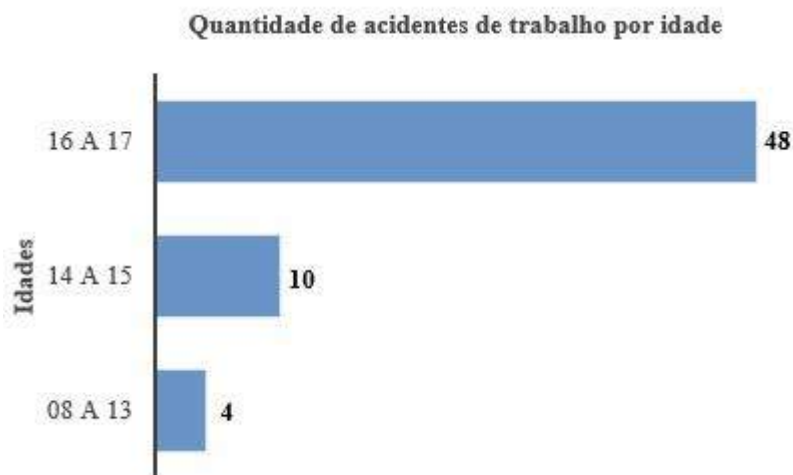
emergências) e encaminhadas para o CEREST, o que corrobora a afirmação de que não há enfrentamento na Atenção Básica, visto que esses trabalhadores só são “vistos” após sofrer acidente.

A Ficha de Investigação de Acidentes de Trabalho Grave do SINAN (anexo 3) possibilita coletar informações sobre o acidente de trabalho detalhadas em: Dados Gerais, que caracteriza a fonte notificadora, data do acidente e data da notificação; Notificação Individual, que traz informações sobre o paciente, como nome, data de nascimento, idade, sexo; Dados de Residência, informações sobre o endereço do paciente e telefone para contato; Antecedentes Epidemiológicos, que caracteriza a ocupação, o tempo de trabalho na ocupação, local do acidente e dados da empresa contratante, caso haja; Dados do acidente, com informações sobre o horário em que o acidente ocorreu e código do CID-10 da causa do acidente; Dados do Atendimento Médico, que traz informações se houve atendimento médico, qual parte do corpo foi atingida, e código do CID-10 sobre o diagnóstico da lesão; Conclusão, que traz informações sobre a evolução do caso; e por fim, espaços para informações complementares e observações.

A partir da análise dos dados referentes às fichas de notificações dos acidentes de trabalho grave e do objetivo de entender como se dá o enfrentamento ao trabalho precoce, foram observadas as seguintes informações: dados que caracterizam o acidente, dados pessoais do paciente, setor da ocupação na qual estavam inseridos, causas do acidente e lesão causada.

Pôde-se verificar que do total de 62 fichas analisadas, as quais relatam acidentes de trabalho com crianças e adolescentes, 95,72% são do sexo masculino e 4,25% do sexo feminino entre as idades de 9 a 17 anos, destes 2,83% com idades entre 8 a 12 anos, 16,12% com idade de 14 ou 15 anos, e 77,41% com idade de 16 ou 17 anos (como pode ser observado no gráfico abaixo).

Figura 2
Quantidade de acidentes de trabalho por idade



No que diz respeito à ocupação do paciente, foram encontradas as seguintes ocupações: Comércio e Serviços (43%); Auxiliares ou ajudantes de ramos diversos (24%); Construção Civil (11%); Agricultura (3%) e Indústria (3%). Chama a atenção o fato de que 20% das fichas não identificaram respostas quanto à ocupação do paciente e 8% tiveram sua ocupação identificada como estudante, o que dificulta bastante o acompanhamento do caso, já que a ocupação que levou ao acidente não foi essa.

No que se refere às causas do acidente foram encontradas as seguintes informações: contato com objetos cortantes, aparelhos ou máquinas (40%); quedas (20%); impacto ou esmagamento com objetos (19%); acidentes de trânsito (6%); contato com líquidos e alimentos quentes (3%) e não especificados (9%). Sobre o diagnóstico da lesão identificou-se que a maioria dos casos de acidente de trabalho com crianças e adolescentes menores de 18 anos apresentam como partes do corpo atingidas: membros superiores (mãos, braços e antebraço) (46%); membros inferiores (pé, coxa, joelho, tornozelo) (20%); lesões e edemas com locais não

especificados (12%); cabeça (olho, nariz, couro cabeludo) (8%); e sem resposta que identificasse o diagnóstico da lesão (8%).

Durante a análise se percebeu que muitas informações das fichas estavam em branco ou respondidas como “ignorado”, fato que chamou atenção da pesquisadora, já que eram informações de extrema importância para resolução do problema relacionado ao trabalho no qual aquela criança ou adolescente estava inserido. Constatou-se uma média de 29 itens não respondidos e/ou respondidos como ignorados por ficha, de um total de 68 itens da ficha, ou seja, em média 42% dos itens da ficha não fornecem os dados previstos, que são importantes para a compreensão do caso. Os dados menos informados são referentes aos Antecedentes Epidemiológicos, com dados da empresa contratante, a etnia da criança ou adolescente e os dados de residência do paciente.

Como visto, na atenção básica não foram encontrados documentos referentes ao trabalho infantil, e as fichas encontradas no CEREST vêm da média e alta complexidade, como atendimentos de emergência e hospitais, que notificaram o caso após ter ocorrido um acidente e necessitar de atendimento ambulatorial.

Quando questionado na Secretaria de Saúde acerca de documentos sobre trabalho infantil, a pesquisadora foi informada de que deveria haver notificações feitas pelas enfermeiras de cada UBS, pois elas coordenam a equipe e encaminham toda a documentação. Segundo as diretrizes para atenção integral a saúde de crianças e adolescentes, cabe à todos os profissionais de saúde cumprir as ações de notificação das ocorrências de trabalho infantil, porém, antes da notificação orienta-se seguir etapas de identificação, avaliação e diagnóstico da situação de trabalho, bem como a realização de encaminhamentos para as diversas redes de articulações com os serviços de apoio (Ministério da Saúde, 2005).

As Unidades Básicas de Saúde são a “porta de entrada” da política de saúde, fazem parte da Atenção Básica, onde deveriam ser identificados os casos de trabalho infantil, de

acordo com a Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente. A Atenção Básica deveria abranger 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 (OIT, 2009). Mas não foi o que demonstraram os dados, aliás, inexistem nos referidos serviços, esses registros e notificações.

Além da ausência de documentação na atenção básica, outro ponto importante a ser observado é que apesar da negação da existência do trabalho precoce, observa-se por meio dos números de pesquisas como o censo do IBGE, a PNAD e pesquisas sobre o trabalho precoce (Dantas, 2007; Lobato et al., 2012; Silva, 2016) além das fichas de acidente de trabalho que o trabalho precoce existe sim e está mais localizado no setor informal. Como visto na análise das fichas, os serviços nos quais as crianças e adolescentes estão inseridos são: Comércio e Serviços; Auxiliares ou ajudantes de ramos diversos; Construção Civil; Agricultura e Indústria, que caracterizam em sua maioria o setor informal (tudo que é produzido pelo setor primário, secundário ou terciário sem conhecimento do governo e sem encargos sociais, portanto os trabalhadores não são assalariados). Daí a “invisibilidade” desse trabalho, que é caracterizado muitas vezes como “bico” ou “ajuda” aos adultos que trabalham na atividade. Dessa forma o trabalho precoce fica mascarado em meio às atividades informais, sendo utilizado como mão-de-obra barata e de difícil acesso às instituições responsáveis por seu reconhecimento e enfrentamento, inclusive as políticas sociais.

Ferraz e Gomes (2012) afirmam que a vigência da informalidade promulga formas de trabalhos desprovidas de direitos. A informalização da força de trabalho é um caminho seguro, utilizado pela estrutura capitalista, para arquitetar e ampliar a intensificação, a exploração e a precarização estrutural do trabalho. No caso do trabalho precoce, a informalidade é um caminho

comum porque desvia inclusive da efetivação de direitos trabalhistas que não seria possível, já que é proibido por lei a execução do trabalho nessa faixa etária.

Segundo as autoras, o baixo rendimento do trabalho informal precarizado exige, muitas vezes, as famílias a terem, no trabalho infantil, uma forma de garantir a existência. Nesse sentido, a família é a esfera responsável pela qualidade de vida de seus membros, e é no âmbito familiar que se decide sobre a participação na atividade econômica de seus membros (Ferraz & Gomes, 2012).

Diante do exposto pode-se observar que não há ações da Política de Saúde no enfrentamento ao Trabalho Precoce, visto que não há atuação na Atenção Básica na identificação e notificação dos casos de Trabalho Precoce. O fato de não existir documentação já revela ausência do Estado nas ações de enfrentamento e as fichas de acidente de trabalho revelam que esses trabalhadores precoces só são “visíveis” ou “existentes” na Política após sofrerem um acidente, ou seja, só são consideradas as atividades de trabalho após consequências ou agravos na saúde física, como acidentes. A orientação a respeito da identificação e enfrentamento nas Unidades Básicas de Saúde inexistem.

Conforme discutido anteriormente por Forastieri (1997), as atividades de trabalho mais perigosas e insalubres localizam-se no setor informal e precisam ser erradicadas em caráter de urgência. São atividades que expõem as crianças a riscos, à criminalidade e à prostituição, e as crianças estão completamente desprotegidas.

Porém, na presente pesquisa não foram encontradas ações de enfrentamento ao trabalho precoce, pois desde a gestão dos serviços essa questão do trabalho precoce não é considerada como parte da Política de Saúde, visto que não foi encontrado nenhum documento, nem sequer orientando uma possível atuação ou orientações para os profissionais atuarem no enfrentamento. Foram encontradas fichas de acidente de trabalho, que comprovam que há crianças e adolescentes realizando atividades de trabalho, porém, que não são utilizadas para

contribuir com um efetivo enfrentamento, antes, são preenchidas de qualquer maneira, sendo possível deixar em branco dados extremamente relevantes para a resolução do caso, ou uma investigação mais detalhada, ou mesmo uma notificação.

Essa ausência de ações de enfrentamento por parte da política corrobora estudos como os de Fonseca (2010), Ferraz e Gomes (2012), Almeida (2011) e Forastieri (1997) que analisaram a política como reprodutora do sistema capitalista, constituindo a composição orgânica do capital. As políticas sociais são consideradas pela sociedade capitalista como um dos maiores entraves para o desenvolvimento, e responsáveis pela crise, pois ameaçam os interesses de uma sociedade regulada pelo mercado. Nesse país se convive com a contradição de ter por um lado uma legislação de cunho universalizante e por outro lado a adoção de políticas sociais focalizadas, o que dificulta o funcionamento dessas políticas.

Apesar de haver políticas protetivas para crianças e adolescentes trabalhadores, essas políticas são assistencialistas e mantêm o círculo vicioso da pobreza, reorganizando suas vidas para a precariedade, podando a autonomia desses sujeitos. Apesar de haver toda uma legislação e orientação para o enfrentamento, as ações da política priorizam as necessidades momentâneas de atendimento de saúde para prevenção de doenças e mascara a existência do trabalho precoce, mantendo a informalidade que garante o funcionamento da estrutura social posta. O Estado se coloca então a favor do capital, ao invés de garantir direitos.

Os próximos blocos de resultados e discussões dizem respeito aos resultados referentes à análise das entrevistas, e conforme explicitado anteriormente, as entrevistas foram analisadas por meio de Análise de Conteúdo com a utilização do software QDA Miner, por isso se faz necessário entender quais categorias emergiram, para se ter entendimento de todo o processo de análise e discussão. Uma vez submetidas à análise surgiram as seguintes categorias:

Figura 3
Quadro de distribuição das categorias e subcategorias

Atuação contra o Trabalho Infantil	Aciona o CRAS
	Aciona a equipe
	Apoia
	Não pode fazer nada porque é um problema social
	Orienta a família
Sentido de Trabalho Infantil	A criança não deve ter responsabilidade de adulto
	Bom para se ocupar
	Bom para ser responsável
	É necessário
	Importante ajudar os pais
	Não é errado se não for forçado
Existência de Trabalho Infantil	O profissional não identifica a existência
	O profissional identifica a existência de TI
Atendimento	Educação em saúde
	Pré-natal
	Programa saúde na escola
	Puericultura
	Saúde bucal
	Saúde da mulher
	Vacinação HPV
	Vida sexual
Demandas Sociais	Abandono de idoso
	Alcoolismo
	Falta de cuidado e higiene
	Falta de lazer
	Gravidez na adolescência
	Não frequentam a escola
	Pobreza
	Uso/tráfico de drogas

Formação	Especialização em saúde da família
	Não tem formação específica
Notificação	A responsabilidade é da enfermeira
	Notifica ao Conselho Tutelar
	Notifica ao CRAS
	Notifica ao distrito
	Desconhece instrumento de notificação
	Não notifica
	Não notifica por medo da falta de sigilo

4.2. Ações da Atenção Básica na Promoção de Saúde e no Desenvolvimento da Criança e Adolescente Trabalhador

Buscando atender esse objetivo de identificar as ações da atenção básica em relação à criança e ao adolescente trabalhador, foi utilizada a entrevista com os profissionais de saúde, buscando entender a atuação deles na temática do enfrentamento ao trabalho precoce. Porém, como a maioria dos profissionais (onze dos doze entrevistados) afirmaram não haver trabalho precoce na comunidade onde atuam, a pesquisadora perguntou como possibilidade, quer dizer, colocou os profissionais nessa situação por hipótese, perguntando da seguinte forma: “se houvesse trabalho infantil, como você atuaria?”, questionando então o que eles fariam se encontrassem crianças e adolescentes em situação de trabalho.

A categoria que emergiu das falas foi nomeada como **atuação contra o trabalho infantil**, que diz respeito à fala dos profissionais acerca da sua atuação quando encontram trabalho infantil, ou seja, o que eles fazem (ou fariam), como atuariam quando encontrassem crianças e adolescentes em situação de trabalho. Nessa categoria, emergiram as seguintes subcategorias: orientar a família, aciona o CRAS, aciona a equipe, apoia a permanência no trabalho, não pode fazer nada porque é um problema social.

Segue uma tabela para dar uma ideia geral de como as subcategorias ficaram divididas dentro da categoria:

Tabela 1

Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Atuação contra o trabalho infantil”

Categoria	Código	N	Porcentagem
Atuação contra o trabalho infantil	acionar equipe	5	41,70%
	concorda	1	8,30%
	orientar a família	6	50,00%
	não posso fazer nada porque é um problema social	1	8,30%
	aciona o CRAS	1	8,30%

Nota. Tabela gerada pelo software QDA Miner referente às frequências dos códigos e casos

A tabela ajuda a ter uma visão mais geral da categoria, levando a perceber que os maiores números de casos estão em duas subcategorias: orientar a família e acionar a equipe, nessa ordem. Apesar de afirmarem que não há trabalho precoce, quando questionados sobre uma possível atuação, os profissionais afirmam que envolveriam a família e a equipe, o que significa que reconhecem que o trabalho precoce precisa de uma atuação conjunta.

Na subcategoria “orientar a família”, os dados referem-se àquelas situações de procedimentos adotados pelo profissional quer individualmente, quer pela equipe. Nessa situação, os profissionais indagam os pais e familiares, como também transmitem informações do direito ou das situações em que os pais podem ou não colocar seus filhos para trabalharem, como revelam as falas a seguir: “De acordo com o que ele for, que tipo de trabalho, então a equipe tem que fazer um trabalho junto com a família” (entrevista 4, enfermeira). “Eu conversei com a mãe, eu disse que era errado” (entrevista 5, agente comunitário de saúde).

Esses dados corroboram estudos como os de Lima e Almeida (2010), Ferraz e Gomes (2012), Marchi (2013), Silveira et al. (2012), Lima et al. (2011), Paone (2007) que revelam o envolvimento da família nas atividades de trabalho precoce. Sem orientar a família fica complicado o enfrentamento, visto que os próprios pais inserem os filhos nas atividades e as atividades de trabalho precoce vão se perpetuando de geração em geração. Os pais ou

responsáveis consideram essas atividades das crianças e adolescentes como uma “ajuda” para a família e uma formação para eles, por isso não concebem como trabalho, pois não há remuneração. Esses estudos corroboram o pensamento de que para as famílias a “proteção” constitui o principal motivo de inserção precoce no trabalho, pois muitas vezes levam os filhos para a própria atividade de trabalho para não deixá-los em casa sozinhos. Seria uma possibilidade de proteger os filhos da violência, não entendendo os prejuízos causados pelo trabalho precoce.

A fala a seguir demonstra o que foi observado nesses estudos anteriores de que o trabalho se constitui como uma forma de educar os filhos (Ferraz & Gomes, 2012; Marchi, 2013), retirando-os do ócio, das drogas e ensinando a importância do trabalho. O trabalho precoce para essas famílias é visto como “necessário” no sistema de ajuda e troca interfamiliar.

“Eu to orientando sempre que não pode. Lugar de criança é na escola, e não trabalhando. E seja o mínimo que for, o trabalho o mínimo que for, mas ali não pode tá nenhum pai querendo justificar “se não trabalhar agora, vai ser um preguiçoso futuramente”, não. Lugar de criança é na escola, ter sua área de lazer e ter seus direitos (...) A minha atuação é sempre na orientação, a gente sempre orienta” (entrevista 9, agente comunitário de saúde).

Na subcategoria “aciona a equipe”, os dados revelam que os profissionais acionam os outros profissionais da equipe para investigar a situação, ou acionariam se houvesse caso de trabalho precoce. Na maioria das vezes o agente comunitário tem acesso à informação e passa para a enfermeira responsável, que aciona a equipe para se reunir e investigar o caso. Quando não há resolução do problema por meio dos profissionais da unidade, então os profissionais acionam outras equipes da política de saúde, como a equipe do NASF, por exemplo, ou Conselho Tutelar, conforme observado nas falas a seguir: “(...) eu acho que o que deveria fazer era acionar a assistente social, acionar o pessoal pra observar, pra investigar, fazer uma

investigação, né?” (entrevista 1, enfermeira). “(...) muitas vezes a gente precisa de outra assistência, pedir, né? No caso da gente seria o NASF, junto aí seria junto com o serviço social, junto com a parte de psicologia” (entrevista 4, enfermeira).

Esses dados corroboram estudos como Malfitano & Lopes (2009) e Koda et al. (2012) que destacaram a importância da intersetorialidade e da atuação em equipe no caso das questões de vulnerabilidade social. Segundo esses estudos, as demandas que chegam aos agentes comunitários não se restringem às ações de saúde básica, e o trabalho de acompanhamento das famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social, que inclui o trabalho precoce, envolve muitas vezes a atuação de outros profissionais e também de outros setores para que o direito dessas pessoas seja efetivado e garantido. Como pode-se observar muito bem nas falas de um agente comunitário e uma enfermeira:

“Eu entraria junto com a equipe, pra buscar alguma alternativa pra ver a melhoria pra essa criança. Acho que esse seria o caminho. Buscar aqui na unidade. Pra ver qual seria o destino, pra onde a gente ia seguir. Porque geralmente aqui a gente não age sozinho. Qualquer situação que tenha aqui na área, a gente senta com todos da equipe pra tomar um destino” (entrevista 6, agente comunitário de saúde).

“Eu ia tentar procurar... ia conversar com o apoiador, e tentar procurar uma instância maior, né? Conselho tutelar... ia tentar seguir por aí, pelo fluxo. (...) Procurar uma instância maior, procurar chamar o distrito pra trabalhar junto com a equipe nessa situação” (entrevista 10, enfermeira).

Na subcategoria “aciona o CRAS” os dados revelam que os profissionais encaminham os casos de trabalho precoce (ou encaminhariam se encontrassem) para os CRAS, conforme observado na fala a seguir. “O que é que eu faço, eu faço a notificação pras meninas do CRAS e peço pra as meninas estar fazendo a visita” (entrevista 11, enfermeira). Possivelmente devem

considerar que a responsabilidade por essa temática é da política de assistência social. Essa subcategoria também pode ser entendida como a anterior, pensando que a ação intersetorial é de extrema importância para resolução de alguns problemas que surgem, inclusive o trabalho precoce.

Na subcategoria “apoia a permanência no trabalho”, os dados revelam que os profissionais apoiam a permanência no trabalho se não houver maus tratos, pois, segundo eles, a criança ou adolescente pode aprender algo com o trabalho, conforme observado na fala a seguir: “(...) se for um trabalho que a gente vê que não tá maltratando a criança, que tá tendo... ela tá tirando algum aprendizado ali em cima do que ela tá fazendo, aí eu não sou contra não” (entrevista 2, agente comunitário de saúde).

Esse apoio dos profissionais em relação ao trabalho precoce pode ser entendido pelo caminho da naturalização dessas atividades no meio social em que estão inseridos. Conforme visto anteriormente, a própria família apoia a inserção nas atividades de trabalho precoce por acreditar que é educativo e que pode retirar da marginalidade. Da mesma forma os profissionais partilham dessa forma de pensamento, entendendo que eles fazem parte da mesma sociedade. Estudos como os de Silveira et al. (2012) e Ayala-Carrillo (2013) corroboram esse pensamento. Esses estudos nos mostram que na sociedade brasileira há um apoio com relação ao trabalho precoce, considerando este como uma solução para as carências do sistema educativo, da pobreza e da violência. A mão de obra infantil é parte importante da estratégia de sobrevivência das famílias e da classe de baixa renda.

Na subcategoria “não posso fazer nada porque é um problema social”, os dados revelam que os profissionais algumas vezes pensam a saúde e as questões sociais de forma separada. Apenas as questões relacionadas ao adoecimento físico seriam de responsabilidade da unidade básica de saúde, enquanto que as questões sociais, como o trabalho precoce, não seriam do âmbito da política de saúde. Conforme se observa na fala a seguir:

“Como a gente tem a parceria com o CRAS, quando a gente encontra alguma coisa que não é da saúde, é do social. O que é que eu faço, eu faço a notificação pras meninas do CRAS e peço pra as meninas estar fazendo a visita (...) Trabalho infantil já não entra como uma questão de saúde, é uma questão social. Eu procuro procurar quem é da parte, eu encaminho pra o CRAS” (entrevista 11, enfermeira).

Um dos motivos para o não enfrentamento ao trabalho precoce pode ser a concepção de que essa temática não diz respeito à saúde, então eles acionam o CRAS ou não fazem nada simplesmente porque não diz respeito à eles. Os que atribuem um sentido negativo ao trabalho infantil, orientam as famílias para que não façam isso. Porém, observa-se que não há conhecimento suficiente para uma atuação efetiva. Os profissionais de saúde entrevistados desconhecem a documentação específica e não reconhecem que seria sua responsabilidade conhecer e atuar no enfrentamento.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, no artigo 3º, a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Brasil, 1990). Entre eles está o direito à não trabalhar, uma vez que compromete seu pleno desenvolvimento.

A diretriz orienta para a construção de um conjunto de ações de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, em situação de trabalho visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde. Quais as ações de atenção integral, visando promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde estão sendo realizadas pelos profissionais? Diante das falas (acionar o CRAS, acionar a equipe, apoiar a permanência no trabalho, não pode fazer nada porque é um problema social, orientar a família), percebe-se que a atuação deles não

condiz com a orientação das diretrizes, ou seja, não há uma atuação efetiva no enfrentamento ao trabalho precoce.

Conforme verificado na “Gestão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil no SUAS: Orientações Técnicas” (Brasil, 2010), a Política de Saúde tem papel importante no enfrentamento ao trabalho precoce, devendo buscar articulações para efetivação dos direitos das crianças e adolescentes, garantindo a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho. A base da ação intersetorial deve ser o SUS, articulando-se com o SUAS no estabelecimento de articulações e parcerias que protejam a saúde de crianças e adolescentes expostos a situação de trabalho. Além disso, devem buscar articulação para atuação conjunta nos casos de identificação do trabalho precoce nas ações de saúde (Brasil, 2010).

Diante dos dados coletados observa-se que essa articulação não existe, ou não é eficaz no enfrentamento ao trabalho precoce. Alguns profissionais afirmam que “acionam o CRAS”, porém, não há articulação para que haja identificação e enfrentamento ao trabalho precoce por meio da atenção integral à saúde. O que há (ou haveria, segundo o profissional de saúde) é um “aviso” para as colegas do CRAS para que investiguem se há trabalho precoce, ou seja, a política de saúde se exime da responsabilidade de proteção e garantia de direitos. Isso é observado também por meio da fala do profissional que afirma não poder fazer nada porque o trabalho precoce é um “problema social”. Nesse caso, parece que o trabalho precoce não é reconhecido como um problema de ordem pública, nem como um problema que diz respeito aos profissionais de saúde, pelo contrário, ele parece ser descartado como possibilidade de atuação, o que contradiz as diretrizes e orientações.

Conforme observado e discutido anteriormente, as orientações para atuação dos profissionais de saúde no enfrentamento ao trabalho precoce são muito claras, desde que as crianças e adolescentes acessem a política de saúde nas UBS, que seria uma atuação pautada

pela investigação e identificação; até a ocorrência de acidentes de trabalho, que seriam registrados em unidades de média complexidade. A atuação deveria se dar desde da orientação e educação das famílias até mesmo a notificação e retirada imediata da atividade de trabalho (Brasil, 2005; Brasil, 2010).

Estudos como Ieno et al. (2003), Alberto & Santos (2011) e Silva (2016) corroboram esses dados, no momento em que partilham da concepção de que as políticas públicas são elaboradas tendo de um lado como contexto uma sociedade desigual e hierarquizada em relação à classe social, etnia, categorias etárias, por outro lado, têm-se documentos legais que determinam crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e que propõem a elaboração de políticas públicas, cujo fundamento é a garantia e efetividade dos direitos das crianças e dos adolescentes. Porém, a política de saúde não atua na promoção de saúde e no desenvolvimento das crianças e adolescentes trabalhadores.

Nesse contexto, a política de saúde é a ação do Estado que se materializa culturalmente e socialmente na atuação dos profissionais. Se os integrantes da política não atuam no enfrentamento ao trabalho precoce, não estão oportunizando a garantia do direito. Se o direito fundamental de não trabalhar e de saúde não estão sendo garantidos, as condições para o pleno desenvolvimento não são dadas. Os trabalhadores precoces não se desenvolvem enquanto sujeitos de direitos, dotados de possibilidades e escolhas, mas sim em meio à violação de alguns direitos fundamentais como saúde e lazer.

No desenvolvimento, a constituição dos sujeitos se dá pela construção compartilhada de significados e pela internalização de modos de fazer. Esses dois aspectos fazem com que a criança comece a interiorizar esse imaginário presente na sociedade brasileira da naturalização do trabalho infantil, do fim da infância e da formação via responsabilidades prematuras – fim de uma infância que se desenvolve em meio a condições concretas de falta de tempo para brincar frequentar a escola. Qualquer que seja a forma de inserção no trabalho precoce, este

impossibilita ou limita o convívio com a família e as atividades lúdicas com outras crianças, o que compromete o desenvolvimento humano.

Na perspectiva dessa tese, entende-se que apesar da importância das funções biológicas para adquirir o modo de ser humano, o ato de nascer tem um caráter muito mais cultural, pois o ser humano se constitui socialmente. Antes mesmo de nascer, este ser humano já faz parte da vida, dos projetos, das expectativas e do contexto de diversos outros homens (Pino, 2005). Daí a importância de refletir que as crianças e adolescentes privados de direitos básicos se constituem enquanto seres humanos em meio a essas condições de vida, muitas vezes precária e regida pela cultura da desigualdade e submissão das classes menos favorecidas.

O pensamento e o conhecimento de uma geração formam-se a partir da apropriação da atividade cognitiva das gerações anteriores, dessa forma as aptidões e características especificamente humanas não se transmitem por hereditariedade biológica, mas são adquiridos no decurso da vida por um “processo de apropriação da cultura criada pelas gerações anteriores” (Tuleski, 2008).

No contexto sociocultural em que estão inseridos, essas crianças e adolescentes aprendem a sobreviver de qualquer forma, seja por meio do trabalho precoce, ou do tráfico de drogas, ou qualquer outro meio que possibilite sua existência e sobrevivência. No processo de desenvolvimento, a criança não só amadurece, mas também se “equipa” de novas habilidades e novas formas de comportamento, o que permite a mudança que é observada da criança que se transforma em um adulto cultural (Tuleski, 2008). Os “equipamentos” oferecidos para as crianças e adolescentes privadas de direitos essenciais nem sempre são os mais “adequados” ao padrão social vigente, o que os constitui como marginalizados, necessitados ou infratores das regras sociais.

4.3. Caracterização do sentido de “Trabalho Infantil” para os Profissionais de Saúde

Para dar conta dessa caracterização, foi perguntado aos profissionais o que é trabalho infantil para eles. Após categorização, foi nomeada a categoria como: **Sentido de trabalho infantil**, que diz respeito à concepção do profissional sobre trabalho infantil, ou seja, o sentido que ele atribui ao fato de crianças e adolescentes realizarem atividades de trabalho precocemente. Subcategorias que emergiram das falas: não é errado se não for forçado, bom para se ocupar, bom para ser responsável, é necessário, importante ajudar os pais, a criança não deve ter responsabilidade de adulto.

Tabela 2

Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Sentido de trabalho infantil”

Categoria	Códigos	N	Porcentagem
Sentido de trabalho infantil	É necessário	1	8,30%
	bom para se ocupar	1	8,30%
	bom para ser responsável	1	8,30%
	a criança não deve ter responsabilidade de adulto	2	16,70%
	não é errado se não for forçado	2	16,70%
	importante ajudar os pais	1	8,30%

Nota. Tabela gerada pelo software QDA Miner referente às frequências dos códigos e casos

Na tabela pode-se perceber que as subcategorias que se repetem são: “a criança não deve ter responsabilidade de adulto” e “não é errado se não for forçado”, o que poderia ser uma divisão de opiniões em relação à positividade ou negatividade do trabalho precoce. Porém, todas as outras subcategorias consideram o trabalho precoce como algo positivo. Daí a discussão da naturalização do trabalho precoce, pois a maioria dos profissionais participantes da pesquisa consideram algo bom, necessário, importante, que traz responsabilidade. Mesmo atuando em uma Política que deveria enfrentar a ocorrência do trabalho precoce, as suas crenças e concepções pessoais, o sentido que eles dão ao trabalho precoce se sobrepõem às orientações das diretrizes legais.

Na subcategoria “não é errado se não for forçado” os dados revelam que os profissionais só acham errado a realização de atividades de trabalho por crianças e adolescentes se for um trabalho forçado, que deixasse a criança ou adolescente atrelado a atividade durante todo o dia, sem poder brincar e estudar. Porém, se não for assim dessa forma que explore todo o tempo, então o trabalho precoce não seria errado. Conforme se observa nas falas a seguir: “Na minha visão, seria um trabalho mais forçado, que ele não fosse fazer outro tipo de atividade, porque fosse fazer aquele tipo de trabalho. Acho errado quando tem aquela obrigação a fazer” (entrevista 6, agente comunitário de saúde). “Deixar de estar na escola, tendo a infância normal, né? Brincar com outras crianças, deixar de brincar pra trabalhar, pra ajudar em casa de alguma forma. Trabalho infantil pra mim é isso” (entrevista 8, dentista).

Na subcategoria “é necessário” os dados revelam que os profissionais acham a realização de atividades de trabalho algo necessário para crianças e adolescentes, se não retirar da escola. Essas atividades são vistas como ajuda para os pais ou responsáveis, como algo necessário para o funcionamento familiar e que auxilia na formação dessa criança ou adolescente, trazendo responsabilidade. Conforme visto na fala a seguir, a profissional inclusive se identifica com a questão, afirmando que foi trabalhadora precoce:

“Eu penso assim, que o trabalho infantil, dentro de uma certa cautela, ele, eu acho que é até necessário. Não assim, tirar uma criança de uma escola e impedir que ela estude pra só trabalhar. E que a família necessite dessa criança, o uso do trabalho dessa criança pra se manter. Isso eu acho errado. Mas uma criança que ajuda seus pais, no momento que não esteja na escola, dependendo de como seja essa ajuda também, dependendo da sua capacidade física, psicológica e mental, eu acho que isso não é errado. Porque eu mesmo fui uma criança que trabalhou, eu trabalhei e nem por isso eu fiquei com problemas psiquiátricos ou mental, isso não atrapalhou minha vida não. Isso me deu responsabilidade, de eu ver a

luta que minha mãe passava pra sustentar a família, entendeu?” (entrevista 1, enfermeira).

Na subcategoria “bom para se ocupar” os dados revelam que os profissionais encaram o trabalho precoce como uma alternativa para retirar crianças e adolescentes da marginalidade e das drogas. Além disso, alegam que é uma ocupação importante para ajudar os pais financeiramente e no cuidado da casa, conforme fala a seguir:

“É de um adolescente estar na rua matando, roubando, usando droga, é muito melhor que este adolescente esteja fazendo alguma coisa, pelo menos, não tá... não tá... o dinheirinho que pega ali, vai ajudar a mãe em casa, vai ajudar o pai. Às vezes, o pai é catador de lixo, a mãe já tem cinco, seis, sete crianças, não tem com quem deixar, já tem aquelas crianças todinha. Aí tem um outro que vai ajudar aquela família a tentar conduzir melhor aquela família. Por uma parte, ele perde pouco do... da sensibilidade dele, assim... criança é pra tá na escola, é pra tá brincando, mas muitas vezes essa criança também... talvez nunca ligue pra escola, talvez não quisesse brincar, talvez... partisse pra outro meio. Então este trabalho já... já... ajuda ele a não entrar no vermelho. Eu vejo por este lado” (entrevista 2, agente comunitário de saúde).

Na subcategoria “bom para ser responsável” os dados revelam que os profissionais associam a realização de uma atividade de trabalho com responsabilidade, apesar de dizer que é errado, mas ainda assim defendem como algo positivo, conforme fala a seguir: “Por uma parte é errado e por outra, você vendo o outro lado... vai ajudar a mãe a alguma coisa, ele vai ter aquela responsabilidade” (entrevista 2, agente comunitário de saúde).

Na subcategoria “importante ajudar a família” os dados revelam que os profissionais afirmam a importância de ajudar a família como algo importante, como algo valorizado, conforme se observa na fala a seguir: “(...) ontem pela manhã um menorzinho assim catou o

lixo aqui na frente e levou na sacolinha. Bem, assim... acho que tinha uns 5 aninhos. Quer dizer, já tá ajudando a família, né? Levando os descartáveis pra casa” (entrevista 8, dentista).

Esses sentidos positivos atribuídos ao trabalho precoce corroboram estudos anteriores como Lima e Almeida (2010), Ferraz e Gomes (2012), Marchi (2013), Lima et al. (2011), Paone (2007) nos quais o trabalho precoce é naturalizado socialmente como algo positivo e até necessário. Muitas vezes ele funciona como uma ferramenta social para que os pais ensinem seu ofício aos filhos e perpetuem de geração em geração a informalidade do trabalho, pois essa inserção precoce não permite uma “educação” dentro das atividades reconhecidas socialmente como produtivas ou bem remuneradas, mas perpetuam a precarização da mão de obra em atividades informais de comércio e serviços, como o serviço doméstico, vendedores ambulantes e pequenos comércios.

Na subcategoria “não deve ter responsabilidade de adulto” os profissionais afirmam que as crianças e adolescentes não deveriam trabalhar, mas sim frequentar a escola, entendendo que eles não devem ter responsabilidade precocemente, como observa-se nas falas a seguir: “Eu conversei com a mãe, eu disse que era errado deixar que uma criança tomasse conta de outras crianças, no caso são dois” (entrevista 5, agente comunitário de saúde).

“Que criança realmente não é pra tá trabalhando, a função da criança é estudar. Pra estudar tem que ter também sua área de lazer, porque não adianta também viver sentado numa escola, só estudando, estudando, estudando e não ter sua área de lazer. Na minha concepção, eu não acho justo, na minha visita, a gente sempre orienta que não é certo” (entrevista 9, agente comunitário de saúde).

Apesar do trabalho infantil ser proibido por lei, existem diversos sentidos atribuídos à essa atividade. Por meio das falas dos profissionais, observamos que existem sentidos que apoiam a realização de atividades de trabalho e outros que não concordam, porém, a maioria atribui sentidos positivos. Alguns profissionais afirmam que a criança não deve ter

responsabilidade de adulto, enquanto outros afirmam ser bom para se ocupar, bom para ser responsável, necessário, importante ajudar os pais, ou ainda, acreditam que não é errado se não for forçado. Sentidos são atribuídos de acordo também com as vivências pessoais de cada um. Muitas pessoas veem o trabalho como educativo e proveitoso, independentemente da idade. Grande parte dos profissionais até vivenciou o trabalho precoce em sua formação.

Conforme estudo anterior, o trabalho precoce surge como “necessidade” que cumpre duplo papel: auxilia no sustento do grupo familiar e “educa” para a vida adulta (Marchi, 2013). Os achados da presente tese corroboram essa afirmativa. A necessidade de enfrentamento é iminente, visto que o trabalho precoce tem tantos sentidos positivos atribuídos a ele. Se a política efetivamente funcionasse no enfrentamento, possivelmente os profissionais teriam atribuído outros sentidos ao trabalho infantil.

Acredita-se que esses profissionais recebem formação acerca das leis e diretrizes da saúde, uma vez que atuam na política pública de saúde. Então, como concordar com algo que é proibido? Como atribuir sentidos positivos a atividades precoces que prejudicam as crianças e adolescentes? Segundo Vigotski, “o sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada” e é construído socialmente nas relações estabelecidas com outros. Por isso, acredita-se que a formação pessoal e social se sobrepõe à formação profissional, ou seja, que esses profissionais dão sentido ao trabalho precoce baseados nas vivências pessoais mais do que nas informações passadas por meio de formações e capacitações para atuar na política pública de saúde.

Apesar do sentido positivo que atribuem a ele, o trabalho precoce traz muitos riscos, conforme visto anteriormente. Não há função educativa que se sobreponha aos riscos que as crianças e adolescentes estão expostos. A própria legislação destaca diversas razões pelas quais as crianças e adolescentes são mais vulneráveis às doenças e aos acidentes de trabalho, tais

como: (a) imaturidade e inexperiência; (b) distração e curiosidade natural; (c) pouca resistência física; (d) menor coordenação motora; (e) desconhecimento dos riscos do trabalho; (f) tarefas inadequadas à sua capacidade; (g) propensão à fadiga; (h) locais e instrumentos de trabalho desenhados para adultos (Brasília, 2000). Porém, apesar de prescritas, essas orientações não são observadas na realidade. O país orienta nas leis os riscos do trabalho precoce e a necessidade de enfrentamento, porém, não se observa na atuação cotidiana dos profissionais de saúde essas orientações legais serem efetivadas.

Além disso, ainda tem os riscos psicológicos, que deixam marcas em suas vidas e podem afetar o desenvolvimento (Alberto & Santos, 2011; Forastieri, 1997). A criança que trabalha é submetida às mesmas disciplinas exigidas do adulto, como cumprimento da jornada de trabalho, responsabilidade, produtividade. Tudo isso gera uma “adultização” precoce (Paone, 2007), ou seja, tornar-se adulto antes do tempo, o que afeta o desenvolvimento dessas crianças e adolescentes, que muitas vezes perdem uma fase fundamental da infância que se constitui no lazer, na brincadeira e nas vivências próprias da infância.

Não existe experiência sem significação. Falar de relações sociais ou de vivências é falar de sujeito afetado pelo outro, é falar da vida impregnada de sentido. Esses profissionais construíram o sentido de trabalho precoce baseados em suas vivências. Os sentidos emergem como resultantes de todas as relações estabelecidas pelo sujeito (Smolka, 2006).

Entende-se assim que esses profissionais embasam sua atuação nos sentidos que dão ao trabalho precoce, pois esses sentidos que constituem seus valores e sua existência. Na verdade, não apenas a atuação profissional, mas todas as suas concepções e ações são regidas pelos sentidos e significados que os constituem como humanos, e que, por sua vez, foram constituídos histórica e socialmente.

4.4. Práticas quando se deparam com a existência de Trabalho Infantil nas famílias ou comunidades onde atuam

Para responder a esse objetivo, foi questionado aos profissionais de saúde sobre a existência do trabalho infantil na comunidade onde atuam para investigar quais as práticas decorrentes dessa constatação. Diante disso, as falas deram conta da categoria: **existência de trabalho infantil**, que diz respeito ao que o profissional falou acerca da existência de trabalho infantil na comunidade, ou seja, se ele percebe a existência do trabalho infantil ou nega essa realidade.

As subcategorias que emergiram dessa categoria foram: o profissional não identifica a existência e o profissional identifica a existência de TI. A subcategoria “o profissional não identifica a existência” se destacou (onze dos doze entrevistados), prevalecendo bem mais nas falas, o que mostra que a maioria dos profissionais afirmou que não há trabalho precoce na comunidade onde atuam.

Nessa subcategoria os dados revelam que os profissionais não identificam a existência do trabalho precoce, afirmando não haver casos de crianças e adolescentes trabalhando na comunidade onde atuam, conforme observado nas falas a seguir: “Até agora, graças a Deus, na minha vida profissional, eu nunca vi situação como essa não. De saber: “ó, tem um usuário ali que o filhinho dele sai todo dia pra trabalhar”, não, eu nunca vi essa situação” (entrevista 1, enfermeira). “Não, aqui na área, as crianças mesmo (...) a maioria das crianças da gente, ou estão na creche, ou estão na escola” (entrevista 2, agente comunitário de saúde). “Na minha comunidade, atualmente, não. Trabalho infantil, não” (entrevista 4, enfermeira).

Segundo dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2014, havia 3.331.000 crianças de 5 a 17 anos trabalhando no Brasil no ano de 2014, sendo a região nordeste a terceira de maior índice. Nesta região, 8,7% das crianças e adolescentes nessa faixa etária

estariam trabalhando. Diante desses dados, fica difícil compreender como os profissionais afirmam que não há trabalho infantil.

A pesquisa foi iniciada em bairros mais próximos à universidade, porém, diante da afirmação dos profissionais de que não havia trabalho infantil devido à situação econômica favorável, então optou-se pela aplicação das entrevistas em bairros de maior vulnerabilidade, conforme explicado no método. Porém, mesmo nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros considerados mais vulneráveis, os profissionais afirmam que não há trabalho infantil, como visto nos dados.

Na subcategoria “o profissional identifica a existência de TI” apenas um profissional identificou a ocorrência de trabalho precoce na comunidade onde atua. A fala dele foi a seguinte: “A gente sabe que muitos dos pais responsabilizam seus filhos menores, de dez anos abaixo, para tomarem conta dos mais novos... isso tem um caso na minha área de responsabilidade” (entrevista 5, agente comunitário de saúde). O profissional identificou a existência do trabalho precoce doméstico.

É importante pensar a respeito. Onde estão esses trabalhadores precoces que não estão sendo “vistos” pelos profissionais de saúde? Quais as crianças e adolescentes que acessam esse serviço? É bem provável que os profissionais afirmem que não há trabalho infantil porque na realidade não investigam a existência do mesmo. O fato de não visualizarem a existência de trabalho precoce demonstra a falha da política, a ausência do enfrentamento, a falta de capacitação dos profissionais não apenas das Unidades Básicas de Saúde, mas de toda a rede de enfrentamento, visto que eles não se sentem “apoiados” quando precisam notificar, conforme demonstra o estudo de Palmezoni e Miranda (2011), no qual os agentes comunitários não notificam o caso de violência por outros diversos motivos, dentre eles a falta de apoio, sigilo e resolubilidade do Conselho Tutelar, que muitas vezes diz ao agressor do caso de onde veio a denúncia, ou seja, os profissionais se sentem desprotegidos para a atuação adequada, visto que

realmente há um despreparo de vários profissionais da rede de atendimento, como afirma o próprio participante quando diz:

“Teve um caso... não relacionado à criança, mas a gente viu que... a forma de abordar... a forma de chegar junto... deixou muito claro que houve uma participação, uma denúncia da unidade de saúde da família... a gente fez o contato, fez a denúncia e simplesmente o pessoal do serviço disse que fomos nós... ela disse com todas as letras: foi o PSF de vocês que denunciou (...) violência, essas coisas todas... a gente fez o contato e simplesmente o conselheiro tutelar abordou a pessoa de maneira errada, totalmente despreparado e disse assim na cara dura: o PSF... então como é que a gente fica? A gente fica meio receoso de certa forma de estar fazendo esses contatos, a gente tem que ter muitíssimo cuidado quando vai relatar essas coisas, quando vai fazer o serviço conjunto com esses órgãos porque tem pessoas despreparadas que acabam entregando a gente” (entrevista 5, agente comunitário de saúde) .

Essa questão do medo e “despreparo” também pode ser observada quando os profissionais afirmam que não observam a existência de trabalho na comunidade onde atuam, mas utilizam o termo “aviãozinho” que caracteriza uma atividade de trabalho precoce, quando questionados sobre as demandas sociais da comunidade. Uma contradição que pode ser explicada na medida em que os profissionais podem falar sobre o uso e tráfico de drogas quando questionados acerca das questões de vulnerabilidade da comunidade, mas não “podem” falar sobre trabalho infantil, visto que não tem preparo e apoio para tratar da temática, nem sequer reconhecer sua existência, pois poderiam ser “cobrados” por uma atuação de enfrentamento e combate que não se sentem aptos para realizar.

Nas Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos, observa-se a recomendação de que deve ser identificada a situação de

trabalho e escolar de todas as crianças e adolescentes que comparecerem ao serviço de saúde (Brasil, 2005). E ainda acrescenta que deve-se utilizar o conceito amplo de trabalho que inclua atividades informais, os trabalhos domiciliares, familiares, atividades consideradas “ajuda”, não-remunerado ou com benefícios secundários, como casa e comida (Brasil, 2005).

Acredita-se que se estivesse sendo realizada a identificação do trabalho precoce considerando esse conceito mais amplo de trabalho, possivelmente seriam encontradas crianças e adolescentes que realizam algum tipo de trabalho na comunidade onde esses profissionais atuam, inclusive cuidar dos irmãos menores, que é trabalho doméstico, ou “ajudar” no trabalho dos pais ou ainda no tráfico de drogas. Como discutido anteriormente, esses trabalhadores estão inseridos no setor informal, e no caso do trabalho doméstico fica ainda mais difícil identificar porque estão dentro dos lares.

Essa “invisibilidade” do trabalho precoce corrobora estudos como os de Moreira et al., 2003 e Ayala-Carrillo et al., 2013 que afirmam que o trabalho precoce é praticamente invisível, uma vez que não é tido como trabalho, mas como uma ajuda aos pais ou responsáveis. Ele se torna invisível e desconsidera muitas vezes os agravos ao pleno desenvolvimento físico, mental e social dessas crianças e adolescentes, mascarando sua dimensão e gravidade.

O trabalho doméstico, por exemplo, traz diversos riscos à saúde das crianças e adolescentes. Conforme visto anteriormente, o trabalho doméstico (que inclui cuidar dos irmãos ou parentes menores) é considerado como “Piores Formas de Trabalho Infantil” porque é perigoso, insalubre e traz consigo uma grande sobrecarga física e psicológica para esses trabalhadores (Brasília, 2006). É uma atividade onde são manipulados objetos cortantes e realizados trabalhos com fogo, ambos altamente perigosos. Atividades com ferro de passar roupas que também são muito perigosas, além das atividades de limpeza, que ainda envolvem manipulação de produtos químicos, exigem muito esforço e movimentos que podem prejudicar a coluna vertebral. Além de todos esses riscos, outro ponto a ser observado é a falta de

perspectiva de futuro desses trabalhadores, que acreditam estar sendo preparados apenas para o casamento, extinguindo qualquer investimento no futuro profissional (Brasília, 2006).

Se for pensar em outras atividades como comércio, reciclagem, feiras livres, tráfico de drogas, vendedor ambulante, entre outras que são percebidas a olhos nus, muitos riscos e consequências negativas serão elencados (Forastieri, 1997; Brasília, 2000). Por mais que os responsáveis ou profissionais de saúde justifiquem que não há mal nenhum se as crianças e adolescentes “ajudarem” os pais no trabalho se frequentarem a escola, sabemos que não é bem assim, pois as consequências serão vivenciadas; algumas a curto prazo, outras a longo prazo. Além disso, qualquer atividade de trabalho associada à escolarização vai causar fadiga nessas crianças e adolescentes, devido a sobrecarga de atividades (Forastieri, 1997; Paone, 2007; Rocha, 2011). E a fadiga provavelmente vai atrapalhar os estudos, pois não terão condições de se concentrar, nem tempo de estudar, com isso terão prejuízo na escola, visto que não basta apenas estar matriculado na escola, e sim frequentar, estudar, participar, para que o processo de aprendizagem ocorra de forma efetiva.

Como discutido no objetivo anterior, o “sentido” que os profissionais dão ao trabalho precoce que orientam suas ações, conforme Smolka (2006), o sentido está relacionado às emoções, sentimentos, vivências, significação e direção e orientação das ações.

A característica especificamente humana é atribuir às coisas materiais um sentido simbólico e ao simbólico uma forma material, concreta. Com isso, todas as produções humanas são também produções culturais. O homem se constitui nas relações sociais e no decorrer da vida vão se constituindo pela cultura e relações com o outro (Pino, 2005). Possivelmente, por não considerarem algo ruim, não constroem um sentido negativo para o trabalho precoce, não atuam no enfrentamento e nem sequer reconhecem as atividades realizadas por crianças e adolescentes como trabalho, mas sim como ajuda.

4.5. De que forma a atuação dos Profissionais de Saúde está relacionada à Proteção e Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes

Para compreender de que forma a atuação dos profissionais está relacionada à proteção e garantia de direitos, foi questionado acerca do atendimento que é feito a crianças e adolescentes, buscando compreender o atendimento de forma geral, não apenas na proteção. Para compreender melhor esse atendimento, foi questionado também acerca das demandas sociais relacionadas à esse público, buscando entender como esses profissionais atuam diante de questões de vulnerabilidade social.

As categorias foram nomeadas da seguinte forma: **atendimento**, que diz respeito à função do profissional no atendimento de crianças e adolescentes, ou seja, quais as atividades que ele realiza no cotidiano no que diz respeito ao atendimento de crianças e adolescentes; e **demandas sociais**, que diz respeito às demandas relacionadas à vulnerabilidade que são percebidas pelos profissionais, ou seja, quais as demandas que não estão diretamente ligadas ao adoecimento físico eles observam na comunidade aonde atuam.

Na categoria **atendimento**, as subcategorias que emergiram das falas foram: puericultura, educação em saúde, pré-natal, programa saúde na escola, saúde bucal, saúde da mulher, vacinação HPV, vida sexual. Segue a tabela referente às frequências, visando entender como as subcategorias ficaram organizadas dentro da categoria:

Tabela 3

Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Atendimento”

Categoria	Código	N	Porcentagem
Atendimento	puericultura	10	83,30%
	vida sexual	5	41,70%
	saúde bucal	2	16,70%
	saúde da mulher	1	8,30%
	educação em saúde	1	8,30%
	vigilância nutricional	1	8,30%
	programa saúde na escola	1	8,30%
	vacinação HPV	1	8,30%
	pré-natal	1	8,30%

Nota. Tabela gerada pelo software QDA Miner referente às frequências dos códigos e casos

Percebe-se na tabela que a ênfase da política de saúde no que diz respeito à crianças é a puericultura, ou seja, o acompanhamento após o nascimento, como um controle no combate a mortalidade infantil. Porém, os demais “aspectos” da vida das crianças parecem não ser acompanhados nas UBS. Quando questionados sobre esse atendimento, a maioria respondeu puericultura e não sabiam explicar mais nada além disso, como se as crianças e adolescentes não frequentassem as UBS. À adolescência eles associam a questão da vida sexual, tanto no que diz respeito a exames e orientações, como distribuição de preservativos.

Na subcategoria “puericultura” os dados revelam que os profissionais afirmam haver o atendimento de puericultura, que é referente ao acompanhamento das crianças de zero a cinco anos, que segundo os próprios profissionais é o acompanhamento relacionado à peso e medida do bebê, nutrição, vacinação, visando acompanhar o crescimento. Conforme observado nas falas a seguir:

“... a gente tem aqui um trabalho de puericultura. Crianças... a gente faz a puericultura com menores de cinco anos, de zero a menores de cinco anos. É... a obrigatória é até dois anos, e aí a partir de dois anos tem de seis em seis meses, pra ver quando essa criança vem tomar uma vacina, vê como é que ela tá, o desenvolvimento” (entrevista 1, enfermeira).

“... no caso de crianças menores que a gente acompanha, de 0 a 5 anos, que é o que defende, o que preconiza o Ministério da Saúde, é a questão de trazer as crianças para o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento; se idade, estatura e peso estão adequados né... e a questão de vacinação” (entrevista 5, agente comunitário de saúde).

Devido a necessidade da prevenção, o atendimento na infância é focado na vacinação e nutrição, visando diminuir a incidência de mortalidade e doenças ou epidemias futuras. Esses dados corroboram os encontrados em estudos anteriores como França et al. (2006) e Malfitano

e Lopes (2009), que observaram que os profissionais não remetem a sua atuação às questões sociais, como se essas não fizessem parte da prevenção e promoção de saúde, que é a orientação para atuação dos profissionais de saúde. Esses estudos destacam que as demandas que chegam a esses profissionais não são apenas de saúde básica, mas também sociais, porém, estas não são reconhecidas pelos profissionais como parte de sua função.

Na subcategoria “vida sexual” os dados revelam que os profissionais trabalham com os adolescentes a temática da sexualidade. Quando questionados sobre o atendimento a crianças e adolescentes, os profissionais separam as duas categorias e afirmam que a atuação com relação aos adolescentes é essa temática. E o foco principal é o uso de preservativo, prevenção de DST's e a diminuição da gravidez na adolescência, conforme pode-se observar nas falas a seguir: “E adolescentes... o trabalho que a gente tem voltado pra adolescentes é a questão da vida sexual, mais relacionada, assim, ao planejamento familiar. A orientação quanto ao planejamento, ao conhecimento de DST's” (entrevista 1, enfermeira). “Dez anos... aí sexualidade, sexo na adolescência, essas coisas. A gente busca sempre fazer reuniões com adolescentes. Pra que os adolescentes não tenham uma gravidez indesejada na adolescência” (entrevista 6, agente comunitário de saúde).

No caso dos adolescentes a preocupação maior é a prevenção de gravidez na adolescência e das doenças sexualmente transmissíveis, novamente os profissionais só associam seu atendimento às questões de prevenção de doenças. Nenhum dos profissionais entrevistados mencionou questões relacionadas ao trabalho.

“A questão de sexualidade também, né? A gente sempre ta orientando... tem a questão do planejamento familiar, que a gente orienta o uso do preservativo, não só o uso do anticoncepcional, mas o uso do preservativo também porque o anticoncepcional vai evitar a gravidez, mas as doenças sexualmente transmissíveis ta aí, então a gente também tenta sempre ta orientando sobre a

vida sexual deles, as dúvidas que eles têm, a gente sempre busca tirar essas dúvidas” (entrevista 10, enfermeira).

O olhar dos profissionais para os adolescentes está relacionado à crise, conflitos e problemas, visão que estigmatiza o conceito de “adolescente” e “jovem”. Macêdo (2014), observou em seu estudo que discursos dessa ordem foram “alimentados” pela psicologia no início do século XX e perduram até os dias atuais, associando a adolescência e juventude à uma “fase” repleta de dificuldades, perdas, conflitos e rebeldia. Ao assumir essa postura, os profissionais dissociam os adolescentes do seu contexto, da situação em que vivem.

Na subcategoria “saúde bucal” os dados revelam que os profissionais falam sobre a saúde bucal em relação ao atendimento de crianças e adolescentes, tanto preventiva quanto atendimento quando há necessidade, conforme pode-se observar nas falas: “(...) às vezes a gente olha a saúde bucal na casa para pedir que eles venham pro dentista, a orientação de uma mãe trazer a criança até o dentista” (entrevista 2, agente comunitário de saúde). “(...) eu to fazendo mais a parte de prevenção, porque a gente tá sem a unidade funcionando. Aí é palestras educativas, ensinando a escovar os dentes, a higienização em geral, né? E aplicação de flúor” (entrevista 8, dentista).

Na subcategoria “programa saúde na escola” observa-se na análise dos dados que o programa foi citado pelos profissionais como parte do atendimento de crianças e adolescentes, como pode-se observar: “A partir de sete anos, a gente já faz o Saúde na Escola” (entrevista 4, enfermeira).

Na subcategoria “vacinação HPV” os dados revelam que os profissionais citam essa vacinação como parte integrante do atendimento de crianças e adolescentes, como parte do calendário de vacinação das unidades de saúde, conforme observa-se na fala a seguir: “Hoje tem uma grande preocupação principalmente com as meninas, que é a HPV... anti HPV... a vacinação” (entrevista 5, agente comunitário de saúde).

Na subcategoria “pré-natal” os profissionais citam o acompanhamento pré-natal como parte do atendimento por haver adolescentes grávidas na comunidade e que necessitam desse acompanhamento: “(...) já cheguei a pegar crianças com 12 anos grávida, gestante” (entrevista 10, enfermeira).

Na subcategoria “educação em saúde” os dados revelam que os profissionais consideram a orientação sobre a transição da adolescência, as mudanças no corpo como parte do atendimento, conforme observa-se na fala a seguir: “Quando é adolescente a gente orienta, né? Informa, a gente informa a transição, como lidar” (entrevista 12, agente comunitário de saúde).

Novamente pode-se observar que todas as subcategorias, ou seja, o que foi mencionado nas falas em relação ao atendimento de crianças e adolescentes está relacionado à prevenção de agravos de saúde. Seja através da saúde bucal, da educação em saúde, do controle pré-natal ou mesmo da vacinação HPV, todos esses procedimentos estão relacionados à prevenção e controle de doenças.

Esses dados corroboram de estudos anteriores como Ministério da Saúde (2005), Ministério da Saúde (2009), Gonçalves e Ferreira (2002), Andrade et al. (2011) que orientam como deveria ser a atuação dos profissionais de saúde visando garantia de direitos das crianças e adolescentes. Diante das situações de violência os profissionais são orientados a “compartilhar” com a equipe e, se comprovada a violação, envolver outros órgãos responsáveis, como o Conselho Tutelar, por exemplo. As diretrizes afirmam que a política de saúde, materializada no SUS, tem papel de extrema importância na garantia de direitos, visto que está amplamente distribuída em todo o país e atender um grande número de pessoas abaixo de dezoito anos, devido ao grande número de UBS.

Possíveis formas de atuação visando garantir os direitos de crianças e adolescentes seriam: esclarecimento sobre as violações de direitos e como devem ser notificadas, discussões

das leis e diretrizes, entendimento de como esclarecer as suspeitas de violações para que sejam efetivamente confirmadas e notificadas, orientação para atuação intersetorial a fim de capacitar a equipe e integrá-la aos demais serviços envolvidos no sistema de garantia de direitos (Gonçalves & Ferreira, 2002). O papel do profissional de saúde deveria abranger a orientação aos usuários, mas estes argumentam que a excessiva carga de trabalho restringe sua produtividade (Andrade et al., 2011).

Na categoria **demandas sociais**, as subcategorias que emergiram das falas foram: uso/tráfico de drogas, abandono de idoso, alcoolismo, falta de cuidado e higiene, falta de lazer, gravidez na adolescência, não frequentam a escola, pobreza.

Segue a tabela referentes às frequências, visando entender como as subcategorias ficaram organizadas dentro da categoria:

Tabela 4

Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Demandas Sociais”

Categoria	Códigos	N	Porcentagem
Demandas sociais	pobreza	4	33,30%
	uso/tráfico de drogas	5	41,70%
	falta de lazer	3	25,00%
	não frequentam a escola	3	25,00%
	gravidez na adolescência	3	25,00%
	falta de cuidado e higiene	4	33,30%
	alcoolismo	1	8,30%
	abandono de idoso	1	8,30%

Nota. Tabela gerada pelo software QDA Miner referente às frequências dos códigos e casos

Percebe-se na tabela que as drogas se sobressaem como uma das demandas sociais mais observadas nas comunidades. Questão que envolve também o trabalho precoce, visto que o uso e tráfico de drogas envolve crianças e adolescentes no tráfico, que é o trabalho conhecido como de “aviãozinho” e que é de extremo risco e considerado como “piores formas” pela OIT. Porém, ao mesmo tempo que observam a vulnerabilidade das drogas, não observam a existência do trabalho precoce relacionado à isso. Outras demandas sociais que se destacaram foram

“pobreza” e “falta de cuidado e higiene”, que os profissionais de saúde consideram como questões que deixam as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Na subcategoria “uso/tráfico de drogas” os dados revelam que os profissionais observam o envolvimento com as drogas como parte das demandas sociais de crianças e adolescentes. Tratam como uma problemática principalmente dos adolescentes, conforme pode-se observar nas falas: “Muitos que eu já vi se envolvem com o tráfico de drogas” (entrevista 5, agente comunitário de saúde). “Muito contato com drogas, a gente encontra bastante” (entrevista 6, agente comunitário de saúde). “Quer viver na rua, usando drogas... tem uns adolescentes que entraram nas drogas” (entrevista 2, agente comunitário de saúde). “(...) meninas de 12, 13 anos tudo envolvida com drogas (...) Drogas, muita droga. Umas meninas novinhas, como diz aviãozinho” (entrevista 12, agente comunitário de saúde).

Apesar de utilizarem o termo “aviãozinho” que caracteriza uma atividade de trabalho precoce, os profissionais afirmam que não observam a existência de trabalho na comunidade onde atuam. Uma contradição difícil de entender, visto que concebem que o tráfico de drogas é um tipo de trabalho. A inserção de crianças e adolescentes no trabalho do narcotráfico, e a iniciação cada vez mais precoce nessa atividade está provavelmente relacionada à renda elevada que ela proporciona, além de redução de custos com pagamento de fianças, visto que as crianças não seriam presas (Brasília, 2006). Porém, são consideradas piores formas devido aos riscos e exposição à violência e armas de fogo, além dos riscos e prejuízos associados ao uso das drogas, quando também o faz. O envolvimento com tráfico de drogas expõe a própria vida, visto que é comum homicídios entre eles, devido a disputa pelos pontos de vendas e por “acerto de contas”.

Na subcategoria “pobreza”, os dados revelam que os profissionais consideram a baixa condição financeira como uma demanda social da comunidade, uma vez que dificulta o acesso à unidade, a alimentação e a continuidade dos tratamentos de saúde. Pode-se observar nas falas a seguir: “(...) as condições sociais das pessoas são baixas” (entrevista 3, enfermeira). “Aqui...

a moradia precária, muita pobreza” (entrevista 8, dentista). “(...) tem mãe que não tem condição, tem mãe que não liga de trazer a criança pra vacinar, não tem alimentação, não tem como fazer um tratamento” (entrevista 12, agente comunitário de saúde).

A subcategoria “falta de cuidado e higiene” revelada pelas falas trata da visão que os profissionais têm em relação aos cuidados da família com as crianças e adolescentes. Os profissionais relatam que é uma demanda social porque os usuários não possuem cuidado de higiene pessoal, de higiene dos alimentos e de higiene das crianças, como observado nas falas a seguir: “A questão da água, a questão do alimento, do autocuidado, muitas vezes eles não têm esse hábitos” (entrevista 3, enfermeira). “(...) sem higiene, sem higiene corporal que chega aqui” (entrevista 8, dentista). “(...) até higiene, às vezes tem crianças que vem fedendo a xixi, insosso” (entrevista 12, agente comunitário de saúde).

A subcategoria “gravidez na adolescência” revela que os profissionais consideram essa questão como uma demanda social, apesar dessa temática já ter sido falada na categoria *atendimento*, ela reaparece aqui como uma questão social. Conforme pode-se observar nas falas a seguir: “(...) a gente teve um crescimento de gestação na adolescência” (entrevista 4, enfermeira). “(...) a gente vê que tem um número muito grande de adolescentes grávidas” (entrevista 5, agente comunitário de saúde). “(...) a demanda que vem mais pra gente é fazer o pré-natal , em busca do pré-natal, vacinação, injeção que eles fazem muito, anticoncepcional e pronto” (entrevista 7, técnica de enfermagem).

Na subcategoria “não frequentam a escola” os dados revelam que os profissionais afirmam ser uma demanda social a questão de não acessar o meio escolar, ou por dificuldades de locomoção ou porque as mães não levam, como observado nas falas: “Crianças que não estudam, que não frequentam a escola” (entrevista 5, agente comunitário de saúde). “(...) mães que não levam as crianças na escola” (entrevista 6, agente comunitário de saúde).

Essa demanda social ressalta a dificuldade dos usuários com a estrutura escolar. Conforme discutido anteriormente, os trabalhadores precoces apresentam dificuldade no processo escolar devido as atividades de trabalho e a estrutura escolar, que não favorece a aprendizagem, nem considera as características peculiares dos trabalhadores precoces. É bem provável que os pais tenham vivenciado problemas parecidos, e vejam no trabalho uma possibilidade melhor para os filhos do que a escola. Essa realidade corrobora o estudo de Paone (2007), que observou isso no trabalho realizado em vários países da Europa. O autor afirma que os pais veem o trabalho precoce como uma preparação para o futuro, e na maioria das vezes inserem os filhos no mesmo trabalho deles, como se fosse uma passagem do “ofício” de pai para filho.

No Brasil não é diferente esse aspecto da inserção precoce, conforme discutido anteriormente, muitos pais inserem os filhos logo cedo no trabalho que realizam, vendo isso de forma positiva, como uma formação profissional. A estrutura escolar também não ajuda no processo de socialização das crianças e adolescentes, pois se tornam um ambiente de frustração e dificuldades. Ao invés da escola se adequar às dificuldades cotidianas das crianças e adolescentes, elas impõem um modelo a ser seguido que esses trabalhadores precoces não se “encaixam”, e acabam evadindo do ambiente escolar, abandonando a educação formal.

A subcategoria “alcoolismo” revela outra demanda social, porém, mais relacionada aos adultos do que crianças e adolescentes. Um profissional trata dessa questão porque é uma demanda social gritante na área de atuação dele, conforme observa-se na fala: “(...) eu encontro muito pessoas alcoólatras, na minha área” (entrevista 9, agente comunitário de saúde).

Na subcategoria “abandono de idoso” os dados revelam que essa é outra demanda social relacionada aos adultos, porém, foi levantada por profissionais que observam essa problemática no seu território, como observado na fala a seguir: “Abandono, descaso, coisas assim (...) Idoso sozinho morando em casa” (entrevista 11, enfermeira).

A subcategoria “falta de lazer” foi revelada nos dados como uma questão social porque os profissionais reconhecem que as crianças e adolescentes precisam de momentos de lazer e brincadeira. Eles falam que não há opções de lazer oferecidas pelo estado, como por exemplo parques, campo de futebol, praças e espaços lúdicos, como se observa nas falas a seguir: “(...) assim, eu não conheço, aqui no bairro, um local de... por exemplo, lazer pra criança, pra adolescente” (entrevista 1, enfermeira). “(...) a própria comunidade da gente não tem uma área de lazer, a comunidade não tem um campinho de futebol, uma praça, não tem” (entrevista 2, agente comunitário de saúde).

Analisando as categorias “atendimento” e “demandas sociais”, observa-se que o atendimento familiar ocorre nas unidades básicas (como puericultura, pré-natal, prevenção e vacinação) e as demais demandas citadas são relacionadas à média complexidade (como uso/tráfico de drogas, negligência, abandono, alcoolismo). É fundamental o conhecimento e a discussão, pelos gestores e profissionais do SUS, das áreas de atenção em saúde de média e alta complexidade, objetivando adequada implementação de suas ações em complementação da atenção básica, garantindo-se que o sistema público de saúde no Brasil atenda integralmente a população.

Como visto anteriormente, as diretrizes orientam os profissionais da saúde no atendimento de crianças e adolescentes em relação à temática do trabalho infantil. Uma das etapas do atendimento deve ser: Identificação de situação de trabalho (Ministério da Saúde, 2005). Diante disso, toda criança ou adolescente que procure um Serviço de Saúde deve ter sua situação de trabalho mapeada/identificada, seguindo as seguintes opções:

- (1) Se nunca trabalhou: (a) Encaminhar, assim como sua família ou responsáveis, para atividades de educação em saúde e segurança no trabalho, onde as informações possam ser dadas de forma participativa, ou seja, incluindo as

experiências de trabalho, representações e valores que as famílias e as comunidades apresentem.

- (2) Se não trabalha, mas apresenta história pregressa de trabalho: (a) Avaliar história de exposição a fatores de risco.
- (3) Se trabalha: (a) Verificar a legalidade da situação de trabalho, ou seja: - É proibido o trabalho de crianças e adolescentes menores de 14 anos; - De 14 a 15 anos só na condição de aprendiz; - De 16 a 17 anos na condição de aprendiz ou empregado com todos os direitos trabalhistas e previdenciários assegurados. O trabalho na condição de aprendiz e empregado deve ser protegido, não podendo por isso ser insalubre, perigoso, penoso e/ou noturno.

É proibida a inserção de trabalhadores adolescentes nas atividades definidas na listagem de trabalho infantil perigoso (TIP). (de acordo com a Portaria n.º 20, de 13/9/2001, complementada pela Portaria n.º 4 de 21/3/2002, do MTE).

As orientações das diretrizes são postas, porém essa identificação não faz parte do processo de atendimento dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde de João Pessoa. As justificativas são variadas, conforme visto no presente trabalho e em trabalhos anteriores (Deslandes et al., 2011; Andrade et al., 2011; Palmezoni & Miranda, 2011; Lobato et al., 2012); uma delas é o medo de represália porque seria uma denúncia em relação à família, e o agente comunitário vive na mesma comunidade, podendo ser perseguido pelos responsáveis que permitiam o trabalho precoce.

Outra justificativa dos profissionais é de que não tem condições de verificar tudo isso e seguir essas orientações das diretrizes porque já precisam preencher formulários demais, referentes às doenças populacionais, como hipertensão e diabetes. Os enfermeiros e agentes comunitários argumentam que já tem muitas fichas extensas para preencher, que não teriam condições de investigar a existência de trabalho precoce e atuar no enfrentamento, além do que

os responsáveis pelas crianças e adolescentes também negariam a existência de trabalho precoce ou de qualquer tipo de atividade laboral.

Segundo as orientações para gestores do SUS acerca da assistência de média e alta complexidade, embora a atenção básica em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema, sua porta de entrada preferencial e que deva ter visão integral da assistência à saúde para sua população, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS (Brasil, 2007). Conforme visto anteriormente, a média complexidade é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (Brasil, 2007). Os princípios da universalidade, equidade e integralidade devem abranger também a média complexidade, à medida que deveria oferecer esse tipo de atendimento a toda a população. Como foi discutido, as crianças e adolescentes oriundos do trabalho precoce podem apresentar dores musculares, fadiga, estresse devido às atividades realizadas, sintomas que necessitam de atendimento mais especializado e acompanhamento profissional. Entende-se que um atendimento baseado no princípio da integralidade está relacionado à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. O sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, considerar seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades de cada pessoa.

Independentemente do trabalho precoce, a necessidade do atendimento na média complexidade é percebida nas falas que dizem respeito à gravidez na adolescência, que exigem exames de ultrassom mais detalhados durante a gestação; alto número de idosos na comunidade, que também demanda exames mais detalhados e na maioria das vezes terapias com fisioterapia para melhora da coordenação motora; alcoolismo e outras drogas, que também demandam serviços e tratamentos mais especializados. É de extrema importância que esses profissionais

entendam a estrutura do SUS para que encaminhem os pacientes para os serviços de forma adequada e eficaz.

Outro ponto que foi discutido anteriormente, mas precisa ser questionado é que os profissionais citaram crianças e adolescentes envolvidos com o tráfico de drogas na comunidade onde atuam (como pode ser visualizado na tabela 5). Possivelmente todas as citações em relação à isso tenham sido feitas pelos agentes comunitários de saúde porque estes atuam diretamente na comunidade, observando as demandas do cotidiano e encontradas nas ruas.

Tabela 5

Distribuição dos Códigos por Funções dos Profissionais dentro da Categoria “Demandas Sociais”

DEMANDAS SOCIAIS	enfermeiro (a)	agente comunitário	dentista	técnico (a) de enfermagem
pobreza	2	1	2	
uso/tráfico de drogas		6		
falta de lazer	3	1		
não frequentam a escola	1	2		
gravidez na adolescência	1	1		1
falta de cuidado e higiene	1	2	1	
alcoolismo		1		
abandono de idoso	2			

Notas. Tabela gerada pelo software QDA Miner referente à distribuição dos códigos por função. Importante salientar que esses números não são referentes a apenas uma função, ou seja, não foram seis agentes comunitários que falaram sobre “uso/tráfico de drogas”, mas sim o número de vezes que esse código se repetiu, podendo ter sido o mesmo agente comunitário, ou dois deles, ou três, enfim. Esses números são referentes às vezes que esse código se repetiu dentro de cada função.

Porém, quando questionados sobre a existência de trabalho infantil, os profissionais afirmam que não há. O envolvimento com o tráfico de drogas é trabalho precoce, inclusive considerado como piores formas, conforme o decreto 6481, no artigo 4º, inciso III – “a utilização, recrutamento e oferta de adolescente para outras atividades ilícitas, particularmente para a produção e tráfico de drogas” (Brasil, 2004).

Por ser considerado como “piores formas” a criança ou adolescente encontrado nessa atividade deve ser imediatamente afastado. As Políticas de Saúde e Assistência tem mais

visibilidade do cotidiano da comunidade e das atividades dessas crianças e adolescentes, daí a importância da notificação, para que todos possam trabalhar em conjunto pela retirada desses trabalhadores precoces da atividade.

A compreensão da forma de funcionamento e a desconstrução do tráfico de drogas devem nortear as ações que busquem garantir o direito à saúde de crianças e adolescentes expostos a essa situação, além disso, por sua complexidade, o problema do narcotráfico requer uma atuação articulada de vários atores sociais, a fim de garantir os direitos fundamentais. E não apenas o narcotráfico, mas toda e qualquer atividade de trabalho precoce deve ser combatida.

A atuação dos profissionais de saúde não está relacionada à proteção e garantia de direitos de crianças e adolescentes. As políticas públicas decorrem de um processo histórico do qual se constituiu uma forma de exercício do poder sustentado na mediação entre as necessidades de acumulação do capital e as necessidades da manutenção da força de trabalho, ou seja, as políticas se configuram como mediadoras políticas e econômicas. As ações da política são pertinentes à sociedade burguesa, uma vez que mantém a desigualdade social e a situação de pobreza (Alberto et al., 2014).

Compete ao Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente promover, defender e controlar a efetivação dos direitos em sua integralidade, em favor de todas as crianças e adolescentes de modo que sejam reconhecidos como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, sendo colocados à salvo de qualquer ameaça e violação (Brasil, 2006). De acordo com a Constituição Federal, o Estado atribui a efetivação da garantia de direitos às políticas públicas (Brasil, 1988), que devem considerar os direitos sociais como direitos fundamentais.

4.6. Dificuldades enfrentadas pelos Profissionais de Saúde no Processo de Registro dos casos de Trabalho Infantil

As dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde estão relacionadas ao desconhecimento em relação à temática. Buscando identificar essas dificuldades, foram observadas duas categorias: **formação**, que diz respeito à formação acerca da temática de saúde pública e trabalho infantil, ou seja, se o profissional teve alguma capacitação ou curso específico para atuar na temática da saúde pública, considerando aí que é uma temática que deve abranger as questões sociais de vulnerabilidade, ou se teve alguma formação específica sobre trabalho infantil; e a categoria **notificação**, que diz respeito à ação do profissional em relação à notificação dos casos de trabalho infantil, ou seja, se eles tem conhecimento da ficha de notificação e como atuam para realizar essas notificações, para onde encaminham.

Na categoria **formação**, as subcategorias que emergiram das falas foram: não tem formação específica e especialização em saúde da família. Segue abaixo a tabela da distribuição de cada subcategoria dentro da categoria, para que seja possível visualizar a quantidade de falas:

Tabela 6

Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Formação”

Categoria	Códigos	N	Porcentagem
Formação	não tem formação específica	11	91,70%
	especialização em saúde da família	4	33,30%

Nota. Tabela gerada pelo software QDA Miner referente às frequências dos códigos e casos

Vê-se na tabela que é alto o número de profissionais que afirma não ter formação específica. Conforme visto nos resultados, essa “formação específica” seria não só referente ao trabalho precoce, mas também às questões sociais e saúde pública, ou seja, os profissionais afirmam não ter formação na área em que atuam. A formação deles parece ser mais voltada para o preenchimento das fichas e atuação no tratamento e acompanhamento de doenças específicas, como hipertensão e diabetes.

Na subcategoria “não tem formação específica” os dados revelam que os profissionais afirmam não ter formação nem orientação para atuar com questões sociais e políticas públicas. Eles falam que não tiveram nenhuma formação para atuar com essas questões e que vão aprendendo algumas formas de atuação com a própria prática, com as vivências, com o cotidiano. E muitas vezes quando os casos acontecem, eles vão resolvendo e pensando formas de atuação junto com a equipe para a resolução de determinado problema. Pode-se observar nas falas a seguir: “Nenhuma (risos). Eu tô há vinte e dois anos formada, currículo de enfermagem, mas trabalho infantil? Eu ouvi falar de trabalho infantil faz pouco tempo, PETI (...) a gente nunca teve formação voltada ao trabalho infantil não” (entrevista 1, enfermeira). “A base de formação mesmo, propriamente dita, se for só pra parte... se for pra ter mesmo, a gente não tem. Tem a nossa vivência, né?” (entrevista 4, enfermeira). “As bases... com relação ao meu serviço de agente de saúde... sinceramente a gente não tem muito essa orientação não... a gente vai assim... com o trabalho diário a gente consegue aprender a lidar” (entrevista 5, agente comunitário de saúde).

É quase unânime a ausência de formação, como pode-se observar nas falas. Esses dados corroboram o estudo de Lobato et al. (2012) no qual os profissionais das equipes de saúde afirmaram não participar de qualquer atividade de educação permanente, ou seja, nenhuma formação sobre a temática das questões sociais.

“Se a gente teve alguma formação... A gente teve uma formação no começo. Porque quando eu entrei como agente de saúde, eu entrei sem nenhuma noção. Mas pra mim, a base, assim... é uma orientação com a enfermeira, a enfermeira sempre dá umas orientações a gente” (entrevista 9, agente comunitário de saúde). “Não, não tenho curso. A gente tem cursos de aprimoramento, de reciclagem, mas de trabalho infantil, não tenho não. Nenhum curso não” (entrevista 10, enfermeira).

Na subcategoria “especialização em saúde da família” os profissionais falam desse tipo de especialização como uma formação específica em saúde pública, para atuação na política pública de saúde: “(...) tenho a especialização em saúde da família” (entrevista 3, enfermeira). “Eu fiz a especialização em saúde pública e especialização em saúde da família” (entrevista 4, enfermeira).

Na categoria **notificação**, as seguintes subcategorias emergiram das falas: desconhece instrumento de notificação, notifica ao distrito, a responsabilidade é da enfermeira, notifica ao conselho tutelar, notifica ao CRAS, não notifica, não notifica por medo da falta de sigilo. Segue abaixo a tabela da distribuição de cada subcategoria dentro da categoria, para que seja possível visualizar a quantidade de falas:

Tabela 7

Distribuição dos Códigos dentro da Categoria “Notificação”

Categoria	Códigos	N	Porcentagem
Notificação	ao conselho tutelar	2	16,70%
	ao distrito	3	25,00%
	não notifica	2	16,70%
	desconhece instrumento de notificação	4	33,30%
	não notifica por medo da falta de sigilo	1	8,30%
	ao CRAS	2	16,70%
	a responsabilidade é da enfermeira	2	16,70%

Nota. Tabela gerada pelo software QDA Miner referente às frequências dos códigos e casos

Com a tabela é possível ter uma visão mais geral de tudo que foi explicitado. A subcategoria “desconhece instrumento de notificação” foi a que apresentou mais casos e demonstra a relação distanciada que muitas vezes a política de saúde estabelece com as “questões sociais”, desconhecendo até alguns instrumentos de trabalho que não são utilizados cotidianamente. Outros afirmam que conhecem o instrumento, mas não notificam. Outros afirmam que quando encontram algum caso de violência notificam a outros órgãos (conselho tutelar, distrito, CRAS).

Na subcategoria “desconhece instrumento de notificação” os profissionais afirmam não conhecer nenhum instrumento ou ficha de notificação, como pode ser observado nas falas: “... a gente não tem esse instrumento, né? De notificação. Eu desconheço esse instrumento de notificação de trabalho infantil” (entrevista 3, enfermeira). “Pesquisadora: Você não tem conhecimento de ficha de notificação? Entrevistada: Não, eu mesmo não tenho não” (entrevista 12, agente comunitário de saúde). “Não, aqui na unidade, de trabalho infantil, acho que deve ter pra o Conselho Tutelar, acho que tem. Mas pra gente não tem não” (entrevista 4, enfermeira).

Na subcategoria “notifica ao distrito” os dados revelam que os profissionais encaminham (ou encaminhariam se tivesse) as notificações de trabalho infantil para o distrito sanitário responsável por seu território de atuação, pois, segundo eles, o distrito seria o órgão competente para receber as notificações e dar encaminhamento para resolução das demandas. Como pode ser observado nas falas: “Aí tem que notificar, pra que os órgãos competentes fiquem sabendo (...)As fichas saem daqui direto pro Distrito” (entrevista 2, agente comunitário de saúde). “Pesquisadora: Como você faria uma notificação?! ... A gente encaminharia para o órgão responsável. Faria uma pauta e enviaria pra o órgão responsável, o distrito” (entrevista 7, técnica de enfermagem).

“(...) a gente tem um impresso de acidentes e violência, mas o que a gente tem hoje é esse de acidentes e violência. Eu não sei se tem um específico de trabalho infantil, sabe? Mas a gente ia procurar notificar e encaminhar esse caso. Pesquisadora: Encaminhar pra onde? Entrevistada: Distrito, a notificação para o distrito e tentar tomar as providências” (entrevista 10, enfermeira).

Interessante perceber a contradição dessas duas subcategorias que foram mais representativas. Alguns profissionais afirmam que notificam para o distrito quando encontram casos de violência e outros desconhecem que há uma ficha de notificação. Pode-se entender essa dificuldade baseada na ausência de formação para tal, categoria discutida anteriormente.

Como os profissionais não recebem formação para essa atuação, também não adquirem o conhecimento por outros meios, visto que a atuação é baseada no processo saúde e doença. Como será mostrado nas subcategorias a seguir, alguns profissionais acreditam que essa atuação nas “questões sociais” não diz respeito à saúde. O fato de não conhecer a ficha de notificação corrobora os dados do estudo de Palmezoni e Miranda (2011), no qual 94% dos profissionais afirmaram total desconhecimento em relação à ficha, sendo este o principal motivo de não notificarem os casos de violência. E também de Lobato et al. (2012), no qual os profissionais declararam desconhecer a ficha de notificação na unidade de saúde em que trabalham.

Na subcategoria “não notifica” os dados revelam que os profissionais não notificam violações de direitos contra crianças e adolescentes porque, segundo eles, não há violações para notificar ou porque não são notificações de doenças, mas sim notificações de agravos sociais, então não seriam responsabilidade dos profissionais de saúde, como pode-se observar nas falas a seguir: “Notificação de violência e acidente, né? E tem também material, um papel aí que a gente preenche... é... pra semana epidemiológica, e também tem um de violência, mas sempre dá negativo, porque a gente desconhece qualquer violência, né?” (entrevista 1, enfermeira).

“Pesquisadora: Mas como seria essa notificação, se tivesse algum caso de trabalho infantil? Entrevistada: Eu faço a comunicação pras meninas lá do CRAS, e as meninas fazem as visitas, investiga. Aí elas que notificam.

Pesquisadora: Então, vocês não têm fichas de notificação aqui? Entrevistada: Não. Não é um agravo de saúde, é um agravo social” (entrevista 11, enfermeira).

Na subcategoria “ao conselho tutelar” os profissionais afirmam que notificam (ou notificariam se houvessem casos de trabalho precoce) e encaminham ao Conselho Tutelar: “(...) a notificação, tem que notificar primeiro ao Conselho Tutelar pra fazer a investigação” (entrevista 4, enfermeira). “(...) quando a gente encontra esse caso de trabalho infantil, a gente procura o conselho tutelar” (entrevista 9, agente comunitário de saúde).

Na subcategoria “não notifica por medo da falta de sigilo” um profissional relata experiência negativa em relação à falta de sigilo sobre quem gerou a notificação, o que causa medo de notificar novamente, pois eles ficam expostos na comunidade. Como pode-se observar na fala, a falta de preparo dos profissionais que recebem a notificação dificulta o processo e expõe o profissional que notificou:

“(...) eu resolvi não notificar por conta de receio. Porque assim, já que aconteceram esses eventos do profissional abrir a boca e dizer que foi o PSF... quem é o PSF? Se a denúncia é da minha casa, então quem é o ACS daqui? Foi ele. Aí eu prefiro omitir a notificação. Existe notificação compulsória... existe... tem o SINAN, tem outras fichas que a gente preenche, mas eu estou me resguardando de fazer isso por conta do preparo do profissional, que muitas vezes ele abre a boca e entrega assim de bandeja que foi a gente, então a gente fica receoso. A gente não tem segurança” (entrevista 5, agente comunitário de saúde).

Como discutido anteriormente, o medo e “falta de apoio” dos outros profissionais da rede é um dos motivos do não enfrentamento ao trabalho precoce. Palmezoni e Miranda (2011) também afirmam que os agentes comunitários não notificam o caso de violência por outros diversos motivos, dentre eles a falta de apoio, sigilo e resolubilidade do Conselho Tutelar, medo de algum familiar descobrir, pois moram na região. Estudos que corroboram a fala deste agente comunitário de saúde, participante da presente pesquisa.

Na subcategoria “ao CRAS” os dados revelam que alguns profissionais notificam e encaminham ao CRAS para resolução do problema, conforme observa-se nas falas: “Tem uma ficha que a gente tem, da questão de violência. Aí a gente preencheria essa ficha e vai pra o CRAS” (entrevista 6, agente comunitário de saúde).

Na subcategoria “a responsabilidade é da enfermeira” os dados revelam que os profissionais da unidade deixam as notificações por conta da enfermeira responsável pela unidade. Relatam os ocorridos para que ela tome providência e notifique se for o caso: “Aí você tem que falar com a enfermeira. Essas notificações todas da unidade, a responsável é a enfermeira” (entrevista 8, dentista). “Pesquisadora: Existe um documento específico que vocês conheçam pra notificar? Entrevistada: Existe, agora tá com a enfermeira” (entrevista 9, agente comunitário de saúde).

De acordo com os dados, uma das justificativas para a subnotificação ou a ausência de enfrentamento é o medo de represália porque seria uma denúncia em relação à família, e o agente comunitário vive na mesma comunidade, podendo ser perseguido pelos responsáveis que permitiam o trabalho precoce. Estudos como os de Andrade et al. (2011) e Palmezoni e Miranda (2011) corroboram esse achado.

Na presente pesquisa foi encontrado que os profissionais não identificam a existência de trabalho precoce, apesar de citar em suas falas atividades como tráfico de drogas e irmãos mais velhos cuidando dos irmãos mais novos, não identificam que essas atividades são trabalho precoce e precisam ser enfrentadas e combatidas, e que as orientações para esse enfrentamento estão postas nessas diretrizes, conforme explicitado. Além de não identificarem, observou-se também nos dados que os profissionais afirmam que a responsabilidade não é deles, mas sim da Política de Assistência Social, porém, as diretrizes são bastante claras acerca da responsabilidade de todos os envolvidos na Política de Saúde com a questão do enfrentamento ao trabalho precoce.

Além da dificuldade em realizar a notificação, alguns por medo (“eu resolvi não notificar por conta de receio”), outros porque encaminham para outro local (“Eu faço a comunicação pras meninas lá do CRAS, e as meninas fazem as visitas, investiga. Aí elas que notificam”), percebe-se pelas falas dos profissionais que eles desconhecem a existência da ficha

de notificação específica de trabalho infantil. A citada diretriz apresenta uma ficha (Ficha de Anamnese Ocupacional) que deve ser incluída na ficha do acolhimento (Brasil, 2005), porém, os profissionais desconhecem essa orientação (“a gente não tem esse instrumento, né? De notificação. Eu desconheço esse instrumento de notificação de trabalho infantil”). Os profissionais que tem conhecimento de ficha de notificação, se referem à “Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho”, que foi discutida na presente tese e analisada no primeiro objetivo, e que só será preenchida após o trabalhador precoce sofrer algum tipo de acidente. Não há conhecimento dessa ficha de Anamnese Ocupacional, a qual deveria ser preenchida na Atenção Básica para identificação do trabalho precoce, como orienta a diretriz (Brasil, 2005), a fim de que não ocorra acidente de trabalho grave e seja notificado na média e na alta complexidade. A proposta é de que o trabalho precoce seja enfrentado, antes que ocorram acidentes.

Como discutido anteriormente, e percebido também nas falas dos profissionais acerca da formação (que a maioria afirma não ter formação específica), não há orientação adequada para esses profissionais acerca da temática. Na verdade, parece que há falta de preparo e discussão acerca das questões sociais como um todo, uma vez que essas não são consideradas pelos profissionais como uma questão de saúde. Ainda se observa uma visão de saúde mais voltada para ausência de doença, o que orienta a atuação desses profissionais no sentido de investigar o adoecimento físico e biológico e preencher as fichas de controle de doenças como diabetes e hipertensão.

As demandas sociais, inclusive o trabalho precoce, são consideradas como responsabilidade da política de assistência social (representada nas falas pelo CRAS), retirando da Política de Saúde a responsabilidade no enfrentamento dessas questões. Dessa forma, a Política de Saúde não se constitui como parte integrante do enfrentamento ao trabalho infantil, visto que “separa” saúde como as demandas de controle de doenças, exames, atendimentos

ambulatoriais e prevenção de doenças e enfrentamento ao trabalho infantil como atribuição da Assistência Social.

Outro ponto importante para ressaltar diz respeito ao diário de campo, no qual se pode discutir sobre uma conversa com a coordenadora geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde durante uma mesa de discussão em evento sobre a temática. Ela afirma que há capacitação para todos os profissionais de saúde acerca do trabalho infantil antes mesmo deles começarem a atuar. Segundo ela, essa formação, juntamente com outras violências, é parte do processo de capacitação obrigatória dos profissionais da saúde pública, porém, não foi isso que foi encontrado na prática e na atuação dos profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde participantes da pesquisa. Além de capacitações, a gestora afirmou que esse tema é sempre discutido com os profissionais nas campanhas específicas acerca do tema, como no dia mundial contra o trabalho infantil, 12 de Junho.

Fica o questionamento de porque essa ausência de enfrentamento ao trabalho precoce. Apesar de orientado pelo Ministério da Saúde e legalmente em vários documentos, as Políticas muitas vezes não atuam para tal e os gestores afirmam que há capacitações e enfrentamento, no entanto, lá na ponta, na atuação dos profissionais, onde realmente a Política é “materializada” as orientações não funcionam.

Uma explicação possível seria a de que as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no processo de registro dos casos de trabalho precoce, associada aqui à ausência de formação para atuar na notificação dos casos, se deve ao fato de que a Política se constitui como mantenedora do processo de exclusão social, justamente por isso não atua efetivamente na formação dos profissionais para o enfrentamento, como já discutido. Gonçalves (2010) afirma que a dinâmica social expressa o movimento estrutural contraditório do capitalismo, que expressa a luta de classes e a contradição capital/trabalho. Isso fica muito claro quando

pensamos no trabalho precoce, visto que a relação capital/trabalho é favorecida pela informalidade e exploração, e as Políticas não atuam no enfrentamento porque também usufruem desse tipo de trabalho. Segundo a autora, as políticas sociais são resultado da luta de classes, mas também contribuem para a reprodução das classes sociais (Gonçalves, 2010), para que o sistema capitalista funcione efetivamente e garanta mão de obra barata. A desigualdade é insuperável dentro da lógica das relações sociais que sustentam o capitalismo.

As primeiras iniciativas enquanto políticas sociais emergem com o surgimento do capitalismo, no período da luta de classes, onde o Estado assumia algumas responsabilidades sociais, não pelo bem comum, mas para o controle social (Behring & Boschetti, 2011). As políticas sociais e a formatação de padrões de “proteção” social são formas de enfrentamento às questões sociais postas pelo capitalismo (Yamamoto & Oliveira, 2014). Nesse processo de constituição das políticas vai se configurando a necessidade de garantir os direitos sociais por lei, tornando o Estado responsável pela garantia dos direitos fundamentais à todos os indivíduos.

A grande questão é que o Estado se configura numa “via de mão dupla”, pois, ao mesmo tempo que deve garantir os direitos, também deve sustentar o modelo de produção vigente. Nessa contradição, as políticas se configuram como esse instrumento de garantia do direito, mas também de manutenção do capitalismo. Por isso muitas vezes o direito fica apenas no papel, não sendo efetivado pelos atores da política, que nesse caso da política de saúde seriam os profissionais das UBS, que não são formados nem capacitados para atuar efetivamente na defesa dos direitos.

4.7. A ausência da Política de Saúde no Enfrentamento ao Trabalho Precoce

Na identificação das ações da política de saúde no enfrentamento ao trabalho precoce em João Pessoa não foram encontrados documentos que orientassem essas ações. Diante da ausência de documentação específica para o enfrentamento, foram analisadas fichas de acidente de trabalho, nas quais observou-se que do total de 62 fichas analisadas, as idades variam de 9 a 17 anos, ou seja, comprovam que há crianças e adolescentes em situação de trabalho. No que diz respeito à ocupação do paciente, foram encontradas as ocupações: Comércio e Serviços, Auxiliares ou ajudantes de ramos diversos, Construção Civil, Agricultura e Indústria. Funções que evidenciam a informalidade do trabalho precoce, ou seja, a inserção das crianças e adolescentes no mercado de trabalho informal. No que se refere às causas do acidente foram encontradas as seguintes informações: contato com objetos cortantes, aparelhos ou máquinas, quedas, impacto ou esmagamento com objetos, acidentes de trânsito, contato com líquidos e alimentos quentes. Partes do corpo atingidas: membros superiores, membros inferiores, lesões e edemas com locais não especificados, cabeça, e muitas fichas sem resposta que identificasse o diagnóstico da lesão. Logo, esses dados possibilitam comprovar o pressuposto de que a política de saúde no que diz respeito ao enfrentamento ao trabalho precoce, se constitui como mantenedora do processo de exclusão e desigualdade social, visto que não planeja ações de enfrentamento e mantém os trabalhadores precoces nas situações de trabalho precarizadas.

No capitalismo a força de trabalho é tratada como mercadoria produtora de valor de troca, o que beneficia os detentores do capital, as relações se constituem na produção dos bens de consumo que podem ser acumulados para serem passíveis de troca. Nesse contexto, os “pobres” são lançados no mercado sob a ideia de uma falsa liberdade, que os deixa presos ao trabalho escravizante do capitalismo, sem nenhum tipo de assistência (Behring & Boschetti, 2011). Os trabalhadores precoces se inserem nesse mercado precarizado e escravizante da informalidade, sem assistência trabalhista e com os direitos desconsiderados. Porém, essa

desigualdade de mão de obra (pobres/ricos; formal/informal; capacitados/não capacitados) é necessária para o funcionamento capitalista. É uma tendência do capitalismo de criar disparidades econômicas, políticas e culturais nos diferentes setores da economia e ramos de produção (Lira, 2016). E essas disparidades precisam ser mantidas, por isso as políticas se configuram como assistencialistas, mas não resolvem completamente o problema.

O assistencialismo se faz necessário para manter o estado de bem-estar social, evitando manifestações e revoltas da sociedade, nesse contexto se inserem as políticas sociais, que se configuram como mediadoras políticas e econômicas, zelando pelo bem-estar social (Alberto et al., 2014). Essa ideia de bem-estar social transforma-se em direito e “obriga” o Estado a garantir o equilíbrio social ao mesmo tempo em que deve garantir o funcionamento da estrutura capitalista (Gonçalves, 2010). Nessa luta de forças e interesses, as políticas de constituem como mantenedoras do processo de exclusão e desigualdade social, pois repetem e reforçam o modelo dominante.

As ações da atenção básica na promoção de saúde e no desenvolvimento da criança e adolescente trabalhador revelam como se dá (ou daria) a atuação dos profissionais de saúde quando encontram trabalho infantil, ou seja, o que eles fariam, como atuariam quando encontrassem crianças e adolescentes em situação de trabalho. Para os profissionais essa atuação deve ser por meio das ações de orientar a família, acionar o CRAS, acionar a equipe, apoiar a permanência no trabalho e não pode fazer nada porque é um problema social. Essa atuação permite comprovar o pressuposto de que a política de saúde não assegura as oportunidades e facilidades a fim de facultar o desenvolvimento das crianças e adolescentes trabalhadores. Primeiramente porque os profissionais afirmaram que não há enfrentamento porque não há trabalho precoce, segundo porque ao pensar em possíveis atuações de enfrentamento, os profissionais responsabilizam outras Políticas e setores, tais como Política de Assistência Social e CRAS. E ao responsabilizarem outros, não atuam na promoção de saúde

e desenvolvimento das crianças e adolescentes trabalhadores. Logo, não se identificou documentos porque não há ações de enfrentamento ao trabalho infantil na atenção integral. Não há notificação na proteção básica porque se atribui pouca importância a infância e a adolescência na relação com as questões sociais. De tal forma que o trabalho precoce não é visto e percebido como parte do processo capitalista.

Nesta tese entende-se que no processo de desenvolvimento a criança não só amadurece, mas também se organiza e se constitui de novas formas de habilidades e comportamentos, que permitem sua transformação em um adulto cultural (Tuleski, 2008). Os trabalhadores precoces se desenvolvem em meio às formas de comportamento encontradas no seu contexto, muitas vezes privados de “equipamentos” que possam propiciar um desenvolvimento saudável e satisfatório. As funções psicológicas são culturais, e por isso se constituem através das relações sociais, da mediação do outro, da cultura (Pino, 2005), e portanto, a ausência de relações sociais com outros da mesma faixa etária pode atrapalhar ou dificultar o desenvolvimento desses trabalhadores precoces, que são privados de momentos de lazer e relações com os pares e com a família. Para Vigotski os sujeitos são históricos e marcados pela cultura, se constituem e reproduzem a realidade social em que estão inseridos (Freitas, 2002), e a constituição dos sujeitos se dá pela construção compartilhada de sentidos e significados e pela internalização dos modos de fazer. As condições propiciadas pelo trabalho precoce são limitantes e dificultam a formação dos sujeitos (Alberto & Santos, 2011).

A Política de Saúde se baseia em três princípios reconhecidos constitucionalmente: universalidade, que seria o direito de acesso a todos os cidadãos; integralidade, que seria a abrangência das diferentes dimensões do processo saúde-doença; e equidade, que seria a distribuição das ações de acordo com as necessidades específicas de cada segmento da população (Spink et al., 2014). E o documento da gestão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil no SUAS orienta para o atendimento de crianças e adolescentes dentro dessa

perspectiva da integralidade, da atenção integral, que requer um conjunto de ações integradas que inclui a política de saúde na articulação e estabelecimento de fluxos para atuação nos casos de identificação do trabalho infantil nas ações de saúde (Brasil, 2010).

Os profissionais de saúde revelam que o sentido de que trabalho infantil para eles é o de que a criança não deve ter responsabilidade de adulto, mas, paradoxalmente compreendem que é bom para se ocupar, para ser responsável, é necessário e, importante ajudar os pais e que não é errado se não for forçado. Logo, esses sentidos possibilitam comprovar o pressuposto de que para eles trabalho infantil é educativo e formador, mesmo se realizado na infância. Esse sentido que emerge dos participantes é elaborado a partir das suas experiências, das relações sociais que estabeleceram nas suas trajetórias pessoais, pois os sentidos se constituem nas vivências e nas relações com o outro. O sentido está relacionado às emoções e sentimentos, à significação que é dada às vivências e também direciona as ações (Smolka, 2006).

A partir do referencial teórico adotado no presente estudo, entende-se que cada profissional, interagindo com questões objetivas mediadas pelas suas atividades de trabalho, a partir da sua história singular, configura a realidade social, constituindo nesse processo suas concepções e sentidos de trabalho infantil. Por isso o sentido que os profissionais de saúde dão ao trabalho precoce orienta suas ações para o não enfrentamento por considerarem o trabalho como algo positivo, mesmo se realizado na infância e adolescência, os sentidos atribuídos por eles interferem diretamente na atuação cotidiana enquanto atores da política de saúde.

Em relação às práticas quando se deparam com a existência do trabalho precoce na comunidade, os profissionais apontam que não há trabalho precoce, não identificam sua existência. Isso corrobora o pressuposto de que o enfrentamento ao trabalho precoce no âmbito da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes tem nos profissionais o elemento efetivador das ações, portanto, se eles não atuam no combate ao trabalho precoce, não há

enfrentamento por parte da atenção básica de saúde, visto que eles são os atores que materializam a política para os usuários.

Os dados comprovam também a tese de que inexistente política de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes oriundos do trabalho infantil. Dado que também é corroborado no Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador, ao afirmar que há desconhecimento generalizado da sociedade sobre os riscos e comprometimentos que o trabalho precoce provoca no desenvolvimento biopsicossocial das crianças e adolescentes e que inexistente política de atenção integral aos trabalhadores precoces oriundos dessas atividades de trabalho (Brasília, 2004).

Como visto no objetivo anterior, a característica tipicamente humana é atribuir às coisas materiais um “valor” simbólico e às coisas simbólicas uma forma material, concreta. Nesse sentido, as produções humanas são produções culturais e reúnem as características que lhe conferem sentido (Pino, 2005). Entendendo assim, percebe-se que não há enfrentamento por parte da atenção básica porque os profissionais que são os efetivadores da política não atuam no enfrentamento. Volta-se também a questão de que a política é mantenedora do processo de exclusão social, por isso nem prepara os profissionais para tal atuação.

No que diz respeito à relação entre a atuação dos profissionais de saúde e a proteção e garantia de direitos das crianças e adolescentes, os profissionais entrevistados atuam diretamente com essa faixa etária por meio de atendimentos de puericultura, educação em saúde, pré-natal, programa saúde na escola, saúde bucal, saúde da mulher, vida sexual. Os profissionais listam como demandas sociais da comunidade o uso e tráfico de drogas, falta de cuidado e higiene, falta de lazer, pobreza, não frequentam a escola, gravidez na adolescência, alcoolismo, abandono de idoso. Esses dados corroboram o pressuposto de que as formações e capacitações ofertadas pelo município não preparam o profissional para identificar o trabalho precoce como violação de direito e exploração, pois eles não consideram a temática no

atendimento, na sua atuação cotidiana, nem nas demandas sociais da comunidade. Mais uma vez se observa a ausência da Política, a estruturação desta que não enfrenta, mas “alimenta” e corrobora processos de exclusão e desigualdade, como o trabalho precoce. A ausência do Estado é materializada na ausência de preparo dos profissionais, para que a garantia de direitos sociais não chegue até a população.

Além dos fatores já discutidos acerca do sentido que eles dão ao trabalho precoce e à ausência de enfrentamento, existe ainda a ausência de formação e capacitação para atuar com a temática, o que torna o trabalho precoce praticamente “invisível” aos olhos dos profissionais de saúde. O Estado atribui a efetivação da garantia de direitos às políticas públicas, o problema é que muitas vezes os direitos sociais, como o direito a não trabalhar, não são considerados como direitos fundamentais, que deveria ser garantido por todas as públicas que fossem acessadas pelos trabalhadores precoces, inclusive a política de saúde.

A promoção, controle e efetivação dos direitos compete ao Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, que deve buscar a garantia dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais em sua integralidade, em favor das crianças e adolescentes, de modo que esses sujeitos de direitos que se encontram em situação peculiar de desenvolvimento sejam livres de ameaças, opressão e violações de direitos (Brasil, 2006). Essa situação peculiar de desenvolvimento diz respeito ao reconhecimento de que as crianças e adolescentes estão em processo de formação. Nesse Sistema se inclui a Política de Saúde que deveria capacitar os profissionais nela inseridos para essa atuação à favor da garantia de direitos, não apenas o direito à saúde física e tratamento de doenças, mas o direito à saúde no conceito mais amplo que envolve os direitos sociais, que é a saúde física, emocional e psicológica.

Os profissionais afirmam que as dificuldades enfrentadas no processo de registro dos casos de trabalho precoce estão relacionadas ao fato deles não terem formação específica para

atuar com as questões sociais e às dificuldades no processo de notificação. Alguns profissionais afirmam que desconhecem instrumento de notificação, outros notificam ao conselho tutelar, não notificam, notificam ao distrito, a responsabilidade de notificar é da enfermeira, notificam ao CRAS e não notificam por medo da falta de sigilo. Porém, essas referidas notificações não foram relacionadas ao trabalho precoce, mas sim à outras violações de direitos, o que corrobora o pressuposto de que os profissionais não notificam a ocorrência de trabalho precoce.

Essa ausência de notificação é consequência da ausência de enfrentamento, já que todo o percurso da tese foi observar que não há ações da política de saúde no enfrentamento, não há ações da atenção básica, os profissionais consideram o trabalho educativo e formador, não há enfrentamento no âmbito da atenção integral por meio dos profissionais das UBS, não há formações e capacitações para os profissionais identificarem o trabalho precoce como violação de direitos, logo, não há notificação, não há como ser notificado algo que não é combatido.

Diante dos dados coletados e todo estudo desenvolvido, pode-se perceber que essa tese foi corroborada, ou seja, confirmada, pois a Política de Saúde não atua efetivamente na erradicação do trabalho precoce. Não por responsabilidade dos profissionais nela inseridos, mas por toda a estrutura capitalista que naturaliza a existência desse tipo de mão de obra ao ponto de ser tornar “invisível” aos olhos dos profissionais, além de manter a desigualdade pela necessidade de que o sistema funcione assim. O Estado precisa de mão de obra barata e da desigualdade para que continue favorecendo a minoria que “sustenta” seu funcionamento.

As leis determinam o direito e as diretrizes orientam como a atuação deveria ser, porém, isso não acontece na prática, pois os profissionais não são formados e capacitados para tal atuação, mas são inseridos culturalmente e socialmente em meio à existência do trabalho precoce, numa sociedade que naturalizou a existência desse tipo de mão de obra, e veem esse tipo de trabalho como algo positivo, dificultando ainda mais o enfrentamento. Como visto

anteriormente, o pensamento e o conhecimento de uma geração formam-se a partir da apropriação da atividade cognitiva das gerações anteriores, dessa forma as aptidões e características especificamente humanas não se transmitem apenas por hereditariedade biológica, mas são adquiridos no decurso da vida por um “processo de apropriação da cultura criada pelas gerações anteriores” (Tuleski, 2008). Assim, o trabalho precoce tem se perpetuado de geração em geração.

A Política de Atenção Básica visualiza por um lado a doença, por outro a prevenção da doença, visualizando a própria atuação como ações sobre os problemas orgânicos, físicos, biológicos. Mesmo quando se visualiza a patologia de origem social, o social age sobre o corpo, como por exemplo as doenças sexualmente transmissíveis. Nesse sentido, o trabalho precoce não se enquadra nesse modelo orgânico, não é doença, não age sobre o biológico, pelo menos não no momento de realização das atividades a curto prazo, logo, não se enquadra no que deveria ser erradicado. A criança não é vista como trabalhador. Logo, mesmo se a criança chegar na unidade básica de saúde doente, com sintomas decorrentes do trabalho, não é feito onexo causal, porque ela não é vista como tal.

O trabalho precoce desempenha no capitalismo aquilo que Lira (2016) denomina de “reforço dos processos de superexploração da força de trabalho”, por contribuir para a diminuição dos custos de reprodução da classe trabalhadora, portanto, ele não é uma demanda social. Ele é visto na verdade como uma forma de resolver as demandas sociais pois ele resolve os problemas ao diminuir os custos com a reprodução da força de trabalho. Assim, ele reproduz a cultura, pois, a exploração do trabalho precoce é resultante de formulações culturais embasadas e historicamente construídas (Vigotski, 1989).

Como as políticas públicas resultam das relações complexas entre capital e trabalho, entre Estado e Sociedade Civil no âmbito dos conflitos e da luta de classes que envolvem o processo de produção e de reprodução do capitalismo (Behring e Boschetti, 2011), os dados

dessa tese possibilitam revelar a contradição que permeia a política de saúde, especificamente a atenção básica. A política que deveria garantir o desenvolvimento da criança em sua condição peculiar e de modo emergencial, acaba por não visualizar como um trabalhador, nem como trabalhador que deveria ser protegido. Então, a política não inscreve o trabalhador infantil nos marcos da política de proteção do trabalhador, não o registra, não o notifica como tal.

Inexiste política de atenção integral à criança e ao adolescente oriundos do trabalho infantil. Paradoxalmente, ao não proteger a criança e o adolescente trabalhadores precoces, a política de saúde se apresenta como expressão e forma do Estado, no seu papel de mediador e mantenedor do Capital, pois garante e assegura continuamente a disponibilidade e o consumo dessa mão de obra, permite e possibilita a exploração. Não promove e não assegura o desenvolvimento em condição peculiar, pelo contrário, fragiliza a infância porque o trabalho infantil expõe a agravos na saúde e a situações de violações.

A Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador em João Pessoa: 1) não promove o conhecimento acerca do impacto do trabalho infantil sobre a saúde; 2) não monitora a ocorrência do trabalho infantil e o impacto sobre a saúde; 3) não organiza a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos; 4) não capacita os recursos humanos da área da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho precoce surge na relação capital - trabalho pela via da exploração, e coloca a criança e o adolescente em situações de vulnerabilidade. Apesar de o trabalho precoce ser proibido, ainda há exploração da mão de obra infantil de várias maneiras, conforme discutido nessa tese. As Políticas Sociais se colocam na sociedade capitalista como uma das ferramentas de enfrentamento ao trabalho precoce e outros problemas que caracterizam a questão social.

Porém, o que se observa é que as políticas sociais ao invés de garantir direitos, se colocam muito mais na posição de mantenedoras da desigualdade. No sistema capitalista, monopolista, as políticas sociais não dão conta da questão social, e por isso se conformam ao sistema, perpetuando a desigualdade, colocando o problema no indivíduo e alimentando o sistema vigente, mantendo o sistema de exploração do qual o trabalho infantil é exemplo.

Portanto, a Política de Saúde no que diz respeito ao enfrentamento ao trabalho precoce se constitui como mantenedora da desigualdade social, pois não efetiva na prática ações para erradicar o trabalho, pelo menos não no âmbito da atenção básica. Os documentos legais, como a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, as Diretrizes da Política de Saúde, a portaria 204/2016, todas discutidas na presente tese, orientam para a capacitação dos profissionais e estratégias de enfrentamento, porém essa atuação não é vista no cotidiano dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, que é a porta de entrada da Política, local onde a população acessa essa Política e que deveria haver um enfrentamento ao trabalho precoce na busca pela garantia de direitos das crianças e adolescentes.

Além disso, a Política de Saúde não assegura as oportunidades e facilidades a fim de facultar o desenvolvimento das crianças e adolescentes trabalhadores, por isso a questão do desenvolvimento fica comprometida, visto que a Política de Saúde não garante o direito de crianças e adolescentes de “não trabalhar” para que tenham um “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. Como pensar o

processo de desenvolvimento em crianças e adolescentes que vivenciam, em seu contexto social, a realidade do trabalho precoce?

O trabalho precoce se constitui como instrumento de um jogo que tem um duplo papel: ao mesmo tempo em que é usado como modelador para as crianças e adolescentes pobres, ele causa sofrimento e prejudica o desenvolvimento. O trabalho precoce é explorado pelo capitalismo e usado pela sociedade como elemento disciplinador das crianças e adolescentes dos seus segmentos pobres e utiliza-se dele para criar um discurso de antídoto à marginalidade, além de manter a desigualdade e a mão de obra precarizada.

Os profissionais de saúde consideram o trabalho como educativo e formador, mesmo se realizado na infância, por isso eles têm dificuldade em identificar o trabalho precoce, porque atribuem sentidos positivos à ele, vendo a realização de atividades de trabalho como algo bom e até necessário, que permite que as crianças e adolescentes se tornem mais responsáveis e ajudem os pais. Essa postura dificulta o enfrentamento, pois só consideram o trabalho precoce como violação de direitos se ele for forçado e escravizador, submetendo as crianças e adolescentes a condições extremas de sofrimento. Além dos sentidos que dão ao trabalho precoce, a naturalização do mesmo na sociedade capitalista também dificulta o enfrentamento, visto que as atividades de trabalho são reforçadas e até positivadas pela Política.

O contexto de pobreza em que estão inseridas as famílias ou o discurso de que o trabalho retira as crianças e adolescentes da marginalidade forja um discurso de justificação da inserção precoce no trabalho, naturalizando-o, discurso que tanto serve para negar os prejuízos e impactos psicossociais às crianças quanto afirmar a importância do emprego delas pelos capitalistas. Além da ausência de enfrentamento e ferramentas para efetivação das ações de combate, socialmente há o reforço para que essa mão de obra continue fazendo parte do sistema, visto que é mais barata e facilita a exploração da força de trabalho.

O enfrentamento ao trabalho precoce no âmbito da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes tem nos profissionais o elemento efetivador das ações, os recursos humanos que fazem a política funcionar. A Política de Saúde se efetiva por meio das ações realizadas nos órgãos que a representam, como a Unidade Básica de Saúde, que faz parte da atenção básica, o CEREST, que integra a média complexidade, e outros, então se objetiva por meio da atuação dos profissionais nos diversos locais. Logo, a efetivação da Política precisa se dar no âmbito do que define o SUS: intersetorial e integral. Porém, a Política de Saúde ainda está muito voltada para a prevenção e tratamento de doenças, não considerando a saúde integral dos indivíduos, não incluindo aspectos sociais da vida, como por exemplo o tipo de trabalho realizado pelo indivíduo, que tem total relação com aspectos da sua saúde. O trabalhador precoce não é visto como tal, por isso ao ingressar na unidade de saúde o atendimento é voltado para as doenças físicas momentâneas, não sendo realizado nexos causais entre trabalho e doença, visto que essas crianças e adolescentes não são percebidas como trabalhadores.

Os profissionais de saúde relatam dificuldades como sobrecarga de trabalho e medo de represália da comunidade como motivo da “não atuação no enfrentamento”. Alguns afirmam que não é responsabilidade da política de saúde atuar nessas questões porque seria do âmbito da política de assistência social. Isso revela a necessidade de capacitação dos profissionais e reordenamento da política, para que eles tenham condições de atuar no enfrentamento ao trabalho precoce e clareza das determinações das diretrizes.

No entanto, os dados revelaram que as formações e capacitações ofertadas não preparam o profissional para identificar o trabalho precoce como violação de direito e exploração. Diante disso, a ação dos profissionais inseridos na Política não oportuniza o direito. A Política Pública é a ação do Estado para a garantia de direitos, porém, não se constitui como tal, não garante a cultura do direito. Ele não é garantido porque o Estado não visualiza e não oportuniza condições favoráveis de desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social.

A Política deveria ser uma ferramenta de efetivação dos direitos, porém, assume o papel contrário de manutenção da desigualdade e vulnerabilidade.

Os profissionais não notificam a ocorrência de trabalho precoce justamente pela ausência do Estado nesse combate. Devido à essa ausência, que se materializa na falta de orientação, falta de formação, falta de capacitação, falta de acompanhamento, falta de atuação intersetorial, os recursos humanos inseridos na política não dispõem de ferramentas para sua atuação na garantia de direitos. Conforme discutido anteriormente, não é interesse do Estado que a desigualdade de classes deixe de existir, visto que isso sustenta o sistema capitalista. As Políticas Públicas existem para enfrentar os problemas sociais, mas não os extinguir, por isso que muitas vezes as Políticas são fragmentadas e assistemáticas e aumentam ainda mais a desigualdade.

Apesar de ter ciência dessa realidade, e de toda estruturação do Estado no sistema capitalista da superexploração, não se deve deixar de enfrentar problemas como o trabalho precoce, nem abrir mão de que as Políticas efetivem direitos. Fica emergente a necessidade de trabalhar essas questões com os atores da Política, ou seja, gestores, profissionais e a Rede de proteção referente à atenção integral da saúde de crianças e adolescentes visando a conscientização e capacitação para atuar no enfrentamento ao trabalho precoce.

O presente trabalho trouxe elementos para compreender que a ausência de enfrentamento a problemas sociais se dá porque a Política se constitui como exploradora e, conseqüentemente, garantidora do funcionamento do sistema capitalista. A investigação se deu por meio de documentos e entrevistas com os profissionais porque estes são os efetivadores dessa Política, porém, não podem ser responsabilizados pelo não enfrentamento ou pela ausência de ações. Eles são os recursos humanos que materializam a Política, mas são parte integrante do sistema e da cultura em que estão inseridos, que naturaliza e positiva o trabalho precoce. Apesar de todas as discussões aqui estabelecidas, é importante ressaltar que essa

investigação diz respeito apenas a alguns bairros do município de João Pessoa, não podendo ser generalizada, mas sim discutida e pensada a nível municipal, podendo gerar ou desencadear ações de conscientização nesse nível, e estudos futuros que “estendam” a investigação a outros municípios, possibilitando a discussão da temática a nível nacional.

A erradicação do trabalho precoce exige a transformação das condições sociais das crianças e adolescentes, a curto, médio e longo prazo e o engajamento de diversas Políticas e setores da população, possibilitando o acesso a todas as ferramentas para seu pleno desenvolvimento. É preciso um processo de conscientização para romper as barreiras culturais de naturalização do trabalho precoce. No entanto, pensando em ações mais emergentes que possam ser realizadas, considera-se de extrema importância a capacitação dos profissionais, para que possam ter conhecimento acerca das questões de vulnerabilidade social, da necessidade de enfrentá-las e da sua inserção na política de enfrentamento, como atores e possíveis efetivadores desta.

REFERÊNCIAS

- Alberto, M. F. P. (2002). *A dimensão subjetiva do trabalho precoce de meninos e meninas em condição de rua em João Pessoa (PB)*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Alberto, M. F. P., Freire, M. L., Leite, F. M. & Gouveia, C. N. N. A. (2014). As Políticas Públicas de Assistência Social e a Atuação Profissional. In: Yamamoto, O. H. & Oliveira, I. F. (Orgs.). *Psicologia e Políticas Sociais: temas em debate*. Belém: ed.ufpa.
- Alberto, M. F. P. & Santos, D. P. (2011). Trabalho Infantil e Desenvolvimento: Reflexões à luz de Vigotski. In: *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 2, p. 209-218, abr./jun.
- Almeida, L. C. (2011). Políticas sociais: focalizadas ou universalistas. É esta a questão? In: *Revista Espaço Acadêmico, n° 123, UNICAMP, p. 145-151*. São Paulo.
- Almeida, M. R., Abreu, C. B. M. & Rossler, J. H. (2011). Contribuições de Vigotski para a análise da consciência de classe. In: *Psicologia em Estudo, v. 16, n. 4, p. 551-560*. Maringá.
- Andrade, E. M., Nakamura, E., Paula, C. S., Nascimento, R., Bordin, I. A. & Martin, D. (2011). A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. In: *Revista Saúde Soc., v.20, n.1, p.147-155*. São Paulo.
- Ayala-Carrillo, M. R., Lázaro-Castellanos, R., Zapata-Martelo, E., Suárez-San Román, B. & Nazar-Beutelspacher, A. (2013). El trabajo Infantil guatemalteco en los cafetales del Soconusco: “insumo” que genera riqueza económica, pero nula valoración social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 659-673.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa – Portugal. Editora 70.
- Barros, J. P. P., Paula, L. R. C., Pascual, J. G., Colaço, V. F. R. & Ximenes, V. M. (2009). O conceito de “sentido” em Vygotsky: considerações epistemológicas e suas implicações para a investigação psicológica. In: *Psicologia & Sociedade*; 21 (2): pp. 174-181.

- Behring, E. R. & Boschetti, I. (2011). *Política Social: fundamentos e história*. 9ª ed. São Paulo: Cortez.
- Bornstein, V. J. & Stotz, E. N. (2008). O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. In: *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 457-480. Rio de Janeiro.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva.
- ____ (1990). Leis e decretos. *Lei n.8069, de 13 de julho de 1990: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília.
- ____ (1998) Presidência da República. *Trabalho infantil no Brasil: questões políticas*. Brasília.
- ____ (2001). Ministério da Previdência e Assistência Social. *Portaria nº 458, de 4 de Outubro de 2001. Estabelece Diretrizes e Normas do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI*.
- ____ (2004). Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. *Dispõe sobre os procedimentos técnicos para notificação compulsória de agravos a saúde do trabalhador em rede de serviço sentinela específica*. Brasília.
- ____ (2004). *Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego.
- ____ (2006). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n 113 de 19 de abril de 2006. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. CONANDA, Brasília.

- _____ (2010). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações técnicas sobre o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos: prioridade para crianças e adolescentes integrantes do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil*. Brasília.
- _____ (2010). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Gestão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil no SUAS: Orientações Técnicas*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social.
- _____ (2011). *Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador*. 2 ed. p. 1-95. 2011-2015.
- _____ (2012). Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. *Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Brasília.
- Brasília (2000). *Trabalho Precoce: Saúde em Risco*. MTE. Secretaria de Inspeção do Trabalho.
- _____ (2006). *Módulos de Auto-Aprendizagem sobre Saúde e Segurança no Trabalho Infantil e Juvenil*. Organização Internacional do Trabalho. Ministério da Saúde.
- Campos, H. R. & Francischini, R. (2003). Trabalho infantil produtivo e desenvolvimento humano. In: *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 119-129, jan./jun.
- Cruz, L.R. & Guareschi, N. (2009). A constituição da Assistência Social como política pública: interrogações à psicologia. In: Cruz, L.R. & Guareschi, N.(org.) *Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas*. Petrópolis: Vozes.
- Dantas, N. M. R. (2007). *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil: uma análise da função e qualificação dos monitores da Jornada Ampliada da cidade de João Pessoa-PB*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.
- Deslandes, S., Mendes, C. H. F., Lima, J. S. & Campos, D. S. (2011). Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração

- sexual de crianças e adolescentes. In: *Revista Cad. Saúde Pública*, 27(8):1633-1645, agosto. Rio de Janeiro.
- Ferraz, L. & Gomes, M. H. A. (2012). Uma existência precarizada: o cuidado da prole no trabalho de catação de material reciclável. In: *Revista Sociedade e Estado - Volume 27* Número 3 - Setembro/Dezembro.
- Ferreira, V. S. C., Andrade, C. S., Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2009). Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. In: *Caderno de Saúde Pública*, 25(4):898-906, Rio de Janeiro.
- Forastieri, V. (1997). *Children at work: Health and safety risks*. ILO Child Labour Collection Geneva, International Labour Office.
- Fortes, P. A. C. & Spinetti, S. R. (2004). O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. In: *Caderno de Saúde Pública*, 20(5):1328-1333, set-out. Rio de Janeiro.
- França, S. P., Pessoto, U. C. & Gomes, J. O. (2006). Capacitação no Programa de Saúde da Família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. In: *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4, n. 1, p. 93-108. Rio de Janeiro.
- Gonçalves, M. G. M. (2010). *Psicologia, Subjetividade e Políticas Públicas*. São Paulo: Cortez.
- Gonçalves, H. S. & Ferreira, A. L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. In: *Revista Cad. Saúde Pública*, 18(1):315-319, jan-fev. Rio de Janeiro.
- IBGE. (2013). *Censo Demográfico 2010*. Resultados do universo. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/trabalho infantil/>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

- Ieno, G. M. L., Nascimento, M. M. Q., Medeiros, N. M. U. & Kulesza, T. M. (2003). Trabalho Infante-Juvenil, ambiente e saúde. In: Alberto, M. F. P. (Org.). Crianças e adolescentes que trabalham: cenas de uma realidade negada. Editora Universitária/UFPB. João Pessoa.
- Kassouf, A. L., Almeida, A. N., Pontili, R. M. & Rodrigues, F. A. (2004). *Análise das políticas e programas sociais no Brasil*. Brasília, OIT / Programa IPEC América do Sul.
- Koda, M. Y., Silva, D. V., Machado, M. A. S. & Naldos, S. M. S. (2012). Grupo com Agentes Comunitárias: A construção de novas possibilidades do cuidar. In: *Psicologia ciência e profissão*, 30 (1), 200-211. São Francisco.
- Lima, A. C. & Almeida, A. M. F. (2010). Permanências e mutações na definição intergeracional do trabalho infantil. In: *Educ. Soc.*, v. 31, n. 111, p. 347-369, abr.-jun. Campinas.
- Lima, J. C. & Moura, M. C. (2005). Trabalho Atípico e Capital Social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. In: *Sociedade e Estado*, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan./abr. Brasília.
- Lira, T. S. V. (2016). *O sentido do Trabalho Infantil Doméstico: particularidades e contradições na esfera da reprodução social nas economias periféricas dependentes*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pernambuco. Recife.
- Lobato, G. R., Moraes, C. L. & Nascimento, M. C. (2012). Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. In: *Cad. Saúde Pública*, 28(9):1749-1758, set. Rio de Janeiro.
- Lotta, G. S. (2012). Saberes Locais, Mediação e Cidadania: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde. In: *Saúde Soc*, v.21, supl.1, p.210-222. São Paulo.
- Macêdo, O. J. V. (2014). *Atuação dos Profissionais de Psicologia nas Políticas Públicas de Proteção Social no âmbito da Assistência Social*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

- Malfitano, A. P. S. & Lopes, R. E. (2009). Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: O papel dos Agentes Comunitários de Saúde. In: *Cad. Cedes*, vol. 29, n. 79, p. 361-372, set./dez. Campinas.
- Marsiglia, R. M. G., Silveira, C. & Carneiro Júnior, N. (2005). Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. In: *Saúde e Sociedade* v.14, n.2, p.69-76, maio-ago. São Paulo.
- Martins, P. C., Cotta, R. M. M., Batista, R. S., Mendes, F. F., Franceschini, S. C. C., Priore, S. E. & Dias, G. (2009). Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. In: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19 [3]: 679-694. Rio de Janeiro.
- Martines, W. R. V. & Chaves, E. C. (2006). Vulnerabilidade e Sofrimento no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. In: *Revista Esc. Enfermagem da USP*, 41(3):426-33. São Paulo.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: Editora Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2000). *Sistema Único de Saúde: Princípios e Conquistas*. Brasília: Secretaria Executiva.
- _____ (2005). *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília.
- _____ (2005). *Trabalho infantil. Diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos*. Brasília.
- _____ (2009). *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília.
- _____ (2016). *Portaria nº 204*. Brasília.
- Montanõ, C. & Duriguetto, M. L. (2011). *Estado, Classe e Movimento Social*. 3ª ed. São Paulo: Cortez.

- Moreira, E. R. F., Targino, I. & Alberto, M. F. P. (2003). Trabalho Precoce na atividade agrícola e riscos à saúde. In: Alberto, M. F. P. (Org.). *Crianças e Adolescentes que trabalham: cenas de uma realidade negada*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Nascimento, E. P. L. & Correa, C. R. S. (2008). O Agente Comunitário de Saúde: formação, inserção e práticas. In: *Caderno de Saúde Pública*, 24(6):1304-1313, jun. Rio de Janeiro.
- Nobre, L. C. C. (2003). Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (4): 963-971. Salvador.
- Nunes, M. O., Trad, L. B., Almeida, B. A., Homem, C. R. & Melo, M. C. I. C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. In: *Caderno de Saúde Pública*, 18(6):1639-1646, nov-dez. Rio de Janeiro.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT) (1973). Convenção nº 138 sobre a idade mínima de admissão ao emprego. Genebra.
- Oliveira, A. K. P. & Borges, D. F. (2008). Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. In: *Revista de Administração Pública* 42(2):369-89, Mar./abr. Rio de Janeiro.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: *The Lancet, Saúde no Brasil*, p.11-31.
- Palmezoni, V. P. & Miranda, F. J. S. (2011). A Identificação da Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes pelo Agente Comunitário de Saúde. In: *Revista Saúde Coletiva*, vol. 49, num. 8, pp. 88-92. São Paulo.
- Paone, G. (2007). Los países ricos y los niños que trabajan: la paradoja occidental. In: *Revista Laboreal*, Volumen III, nº2, pp. 29-43.
- Pepe, C.C.A., Hoefel, M.G.L., Ximenes, L. & Batista, R. A. (2009). 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. In: Barker, S. L. (Eds.). *Boas práticas do*

- setor da saúde para erradicação do trabalho infantil* (pp. 15-28). Brasília: Organização Internacional do Trabalho.
- Pino, A. (2005). *As Marcas do Humano: às origens da constituição cultural da criança na perspectiva de Lev S. Vigotski*. São Paulo: Cortez.
- Rey, F. L. G. (2002). *Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. Tradução: Marcel Silva. São Paulo: Editora Pioneira Thomson.
- Rocha, G. F. (2011). *O Trabalho Precoce Doméstico e o Processo Escolar*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.
- Rosa, W. A. G. & Labate, R. C. (2005). Programa saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência. In: *Revista latino-americana Enfermagem novembro-dezembro; 13(6):1027-34*. São Paulo.
- Sales, M. A. (2009). Política e direitos de crianças e adolescentes: entre o litígio e a tentação do consenso. In: *Sales, M. A.; Matos, M. C.; Leal, M. C. (Orgs). Política Social, família e juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez.
- Santos, S. A. (2013). Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador: O desafio de construir a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes trabalhadores no Sistema Único de Saúde - SUS. *BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)*, 10(114), 5-16.
- Sartori, E. (2006). Trabalho infantil em Franca: um laboratório das lutas sociais em defesa da criança e do adolescente. In: *Cadernos Pagu (26) janeiro-junho: pp.253-278*. Campinas.
- SEDEST (Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda) (2008). *Plano Distrital de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil*. Distrito Federal. Goiás.
- Silva, A. C. S. (2016). *A Rede de Proteção dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes* (Tese de doutorado). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

- Silva, J. A. & Dalmaso, A. S. W. (2004). Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. In: *Cad. Saúde Pública*, 20(5):1433-1437, set-out. Rio de Janeiro.
- Smolka, A. L. B. (2006). Experiência e discurso como lugares de memória: a escola e a produção de lugares comuns. In: *Pro-Posições*, v. 17, n. 2 (50) - maio/ago.
- Spink, M. J. & Matta, G. C. (2010). A Prática Profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: *Spink, M. J. (Org.). A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M. J., Brigagão, J. I. M. & Nascimento, V. L. V. (2014). Psicólogos (as) no SUS: a convivência necessária com as Políticas de Saúde. In: *Yamamoto, O. H. & Oliveira, I. F. (Orgs.). Psicologia e Políticas Sociais: temas em debate*. Belém: ed.ufpa.
- Tuleski, S. C. (2008). *Vygotski: a construção de uma psicologia marxista*. 2ª ed. Maringá: Eduem.
- Uchoa, A. C., Souza, E. L., Spinelli, A. F. S., Medeiros, R. G., Peixoto, D. C. S., Silva, R. A. R. & Rocha, N. S. P. (2011). Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. In: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21 [3]: 1061-1076. Rio de Janeiro.
- Vier, V. M. S. (2014). Trabalho Infantil no Brasil: pontos práticos para erradicação. In: *Caderno pedagógico, Lajeado*, v. 11, n. 2, p. 150-161. Rio Grande do Sul.
- Vygotski, L. S. (2000). Obras Escogidas. Problemas del desarrollo de la psique. Tomo III. (L. Kuper, Trad.). 2a ed. Madrid: Visor. (Original publicado em 1983).
- Vygotsky, L. S. (1989). Pensamento e linguagem. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Yamamoto, O. H. & Oliveira, I. F. (2014). Definindo o campo de estudo: as Políticas Sociais Brasileiras. In: *Yamamoto, O. H. & Oliveira, I. F. (Orgs.). Psicologia e Políticas Sociais: temas em debate*. Belém: ed.ufpa.

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 30/06/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“A ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA DEFESA DOS DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES”** da Pesquisadora Gabriela Fernandes Rocha Patriota. Protocolo 056/14. CAAE: 27406714.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr.^a Eliane Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **A atuação dos profissionais de saúde na defesa dos direitos de crianças e adolescentes** e está sendo desenvolvida pela aluna do doutorado, da Universidade Federal da Paraíba, Gabriela Fernandes Rocha.

O objetivo geral do estudo é: compreender de que forma a concepção de “trabalho infantil” para os profissionais de saúde norteia sua atuação na defesa dos direitos de crianças e adolescentes trabalhadores precoces. Solicitamos a sua colaboração através de participação em uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos acadêmicos. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Para qualquer esclarecimento referente à pesquisa, segue o contato da pesquisadora:

Gabriela Fernandes – (83) 8834-8354

ANEXO 3

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

Nº

Definição de caso:

- São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho. São considerados acidentes de trabalho graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.

- Acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.

- Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

- Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Y 96			
	4 UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Acidente	
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor		
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS				
Dados de Residência	17 UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)	
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)	
	24	Geo campo 1		25 Geo campo 2		
	26	Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone	29	Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
			1 - Urbana 2 - Rural			
			3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Dados Complementares do Caso						
Antecedentes Epidemiológicos	31	Ocupação				
	32	Situação no Mercado de Trabalho				
	01 - Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista		09 - Cooperativado 99 - Ignorado	
	02 - Empregado não registrado		06 - Aposentado		10 - Trabalhador avulso	
	03 - Autônomo/ conta própria		07 - Desempregado		11 - Empregador	
	04 - Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário		12 - Outros	
	33	Tempo de Trabalho na Ocupação		34 Local Onde Ocorreu o Acidente		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - Instalações do contratante		3 - Instalações de terceiros 9 - Ignorado	
			2 - Via pública		4 - Domicílio próprio	
	Dados da Empresa Contratante					
35	Registro/ CNPJ ou CPF		36 Nome da Empresa ou Empregador			
37	Atividade Econômica (CNAE)		38 UF	39 Município		
40	Distrito		41	Bairro		
42	Endereço				43	Número
44	Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone			

Acidente de Trabalho Grave

Sinan Net

SVS 08/10/2009

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>
	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48 CNPJ da Empresa Principal
	49 Razão Social (Nome da Empresa)		
Dados do Acidente	50 Hora do Acidente H (hora) M (minutos)		51 Horas Após o Início da Jornada H (hora) M (minutos)
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente Código (IBGE)	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) CID 10
	55 Tipo de Acidente 1 - Típico 2 - Trajeto 9 - Ignorado		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	57 Se Sim, Quantos		
Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		59 Data do Atendimento
	60 UF		
	61 Município do Atendimento Código (IBGE)	62 Nome da U. S de Atendimento Código	
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08-Membro inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado	64 Diagnóstico da Lesão CID 10	65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado
Conclusão	66 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Incapacidade temporária 3 - Incapacidade parcial 4 - Incapacidade total permanente 5 - Óbito por acidente de trabalho grave 6 - Óbito por outras causas 7 - Outro 9 - Ignorado		
	67 Se Óbito, Data do Óbito	68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

Outras informações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura

ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA

UBS da qual faz parte: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Escolaridade: _____

Formação: _____

- 1- Qual a sua função no atendimento de crianças e adolescentes?
- 2- Na sua prática de trabalho, que tipo de demandas sociais (vulnerabilidade, risco) você encontra em relação a crianças e adolescentes?
- 3- Em relação ao cotidiano da comunidade, o que as crianças e adolescentes fazem quando não estão na escola?
- 4- Vocês realizam o reconhecimento do território? De que forma?
- 5- Você tem conhecimento de trabalho infantil aqui na comunidade?
- 6- Como você atua quando encontra as crianças que trabalham?
- 7- Quais são as bases da sua formação para atuar com demandas sociais?
- 8- Você teve formação específica para atuar na saúde pública?
- 9- Quais as queixas que chegam de crianças e adolescentes? (Acidentes, cortes, queimaduras, dores).
- 10- Como você investiga as causas dessas queixas?
- 11- Você atua na temática de saúde do trabalhador?
- 12- Você notifica casos de trabalho infantil?
- 13- Em relação às demandas sociais (vulnerabilidade, risco), quais as dificuldades?