



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO

FLORA RANGEL OLIVEIRA

**CARACTERÍSTICAS DE TRABALHADORES COM CAPACIDADE INADEQUADA
PARA O TRABALHO EM UMA MICROÁREA ADSCRITA À ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Salvador, BA

2021

FLORA RANGEL OLIVEIRA

**CARACTERÍSTICAS DE TRABALHADORES COM CAPACIDADE INADEQUADA
PARA O TRABALHO EM UMA MICROÁREA ADSCRITA À ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jorgana Fernanda de Souza Soares.

Salvador, BA

2021

FLORA RANGEL OLIVEIRA

**CARACTERÍSTICAS DE TRABALHADORES COM CAPACIDADE INADEQUADA
PARA O TRABALHO EM UMA MICROÁREA ADSCRITA À ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em ____ de _____ de 2021

Prof. Dra. Jorgana Fernanda de Souza Soares – Orientadora _____

Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Universidade Federal da Bahia

Prof. Dra. Kionna Oliveira Bernardes _____

Doutorada em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Universidade Federal da Bahia.

Prof. Dra. Técia Maria Santos Carneiro e Cordeiro _____

Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Universidade Federal da Bahia

Dedico esse trabalho a todos que de alguma maneira me apoiaram e motivaram nessa jornada até aqui e, principalmente, aos entrevistados pela paciência, pelo acolhimento e por permitirem a viabilidade e concretização dessa dissertação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da vida e por estar a minha frente, guiar e proteger.

Aos meus pais, Delma e Érico e ao meu irmão Eric, por todo incentivo nessa trajetória e pelo apoio e amor incondicionais. Ao meu companheiro de vida Dilson, pelas palavras, paciência e por acreditar e me fortalecer nos momentos de fraqueza. A minha família, em especial, Nelma, Zé, Naná e minha avó Celeste. Amo vocês.

As amigas que durante esse percurso compartilharam das minhas angústias, alegrias e ausências, em especial a Louise, Mila, Isa e Miriam (que, por sinal, é a minha inspiração na academia). A minha sócia, Aline, que sempre me apoiou e conduziu tudo nesse período me oportunizando essa conquista.

À minha orientadora e professora, Doutora Jorgana Fernanda de Souza Soares pelo carinho, paciência e incentivo nesses dois anos de convivência nessa trajetória acadêmica. Seus ensinamentos perpassaram a academia, e, além dos conhecimentos ganhei uma grande amiga. Levarei para a vida as reflexões dos nossos almoços, horas de orientação, coletas e puxões de orelha. Gratidão por tudo!

Aos professores da banca examinadora, Dra. Kionna Bernardes e Dra. Tercia Cordeiro pela solicitude e ensinamentos. A todos os docentes do PPGSAT, em especial a Professora Doutora Kionna Bernardes e Mônica Angelim. À secretária Carol que sempre se manteve disponível e dedicada atendendo a todos de maneira singular. A Ninha, pelos cafés maravilhosos que sustentaram infinitas vezes o nosso cansaço. A minha turma pela união, as amigas que levarei além desse mestrado, Eryka Papaterra e Luiza Monteiro, pelas horas de choro e de angústia. Queria aproveitar para agradecer as pessoas que tive o prazer em conhecer nessa jornada: Regina, as “meninas” do CESAT (Rita Peralta e Andréa Garboggini), a nossa equipe da coleta (em especial: Guilherme, Daniella, Ronnei e Cássio. Vocês foram incríveis!) e, especialmente a uma “ florzinha linda” que conheci durante a inscrição da primeira seleção que fiz nesse programa, Tarsilia Salvador. Tarsi, que Deus te proteja imensamente! Você é luz!

A FAPESB pelo incentivo e apoio financeiro na pesquisa.

Enfim, minha sincera gratidão a todos, citados ou não citados, presentes ou ausentes, próximos ou distantes, porém lembrados nesses agradecimentos e que por algum momento passaram por mim nessa trajetória. Muito Obrigada!!!

OLIVEIRA, Flora Rangel. **Características de trabalhadores com capacidade inadequada para o trabalho em uma microárea adscrita à estratégia de saúde da família**, 86 p. 2021. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

Diversas mudanças têm sido identificadas na execução do trabalho impactando diretamente nas suas condições, na saúde e vida dos trabalhadores. A impossibilidade de continuar ou retornar ao trabalho por motivo de uma lesão ou doença, a incapacidade para o trabalho, resulta de complexas interações entre o indivíduo, seu estado de saúde-doença, o ambiente e contexto físico, político e social. Identificar os determinantes e interações da incapacidade em todas as esferas da vida do indivíduo possibilita maior efetividade das ações em prevenção, reabilitação, retorno e manutenção ao trabalho. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), elemento norteador da Atenção Básica em Saúde (ABS) é basilar para o conhecimento das condições de vida e saúde das populações possibilitando uma melhor compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Essa dissertação é composta por um artigo descritivo, realizado com trabalhadores remunerados, com 18 anos ou mais, residentes em uma microárea abrangida por uma equipe da Unidade de Saúde da Família da Federação, no Município de Salvador, Bahia, que buscou qualificar a população trabalhadora com capacidade inadequada quanto aos aspectos sócio demográficos, hábitos de vida, cuidados à saúde e saúde autorreferida; características ocupacionais e riscos à saúde presentes no trabalho. Esses trabalhadores tinham acima de 36 anos, eram majoritariamente negros, chefes de família e com filhos, com baixa escolaridade e renda individual e familiar de até dois salários-mínimos. Eram ativos fisicamente, sem diferença na proporção entre peso adequado e sobrepeso, consumiam bebidas alcóolica por mais de três dias na semana, poucos fumantes. Praticavam atividade de lazer, autopercebiam a saúde como boa e não tinham plano de saúde. Estavam na informalidade, com trabalho realizado fora do domicílio por até cinco dias na semana. O trabalho foi caracterizado como de baixa demanda psicológica e baixo controle e com relato de presença de riscos à saúde, principalmente os ergonômicos e psicossociais, com predomínio dos movimentos repetitivos, trabalho executado na mesma posição e pressão do chefe, respectivamente. Os resultados retratam a complexidade envolvida na manutenção da capacidade inadequada para o trabalho. Novas pesquisas devem se concentrar na identificação precoce de trabalhadores em risco, no uso de estratégias mais inovadoras e flexíveis, combinadas com perdas funcionais específicas, na integração mais forte do local de trabalho e reabilitação e, em uma melhor compreensão do estigma e outros fatores sociais no trabalho, particularmente entre os trabalhadores informais, além de explorar a interface entre a estratégia de saúde da família e o trabalhador

Palavras-chave: Avaliação da capacidade de trabalho; saúde do trabalhador; estratégia de saúde da família; atenção primária à saúde.

OLIVEIRA, Flora Rangel..**The characteristics of workers with work disability in a very small área follow the Family health strategy.** 86 il. 2021. Dissertation (Master's) – Postgraduate Program in Health, Environment and Work, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

Several changes have been identified in the execution of the work, directly impacting on their conditions, on the health and life of workers. The inability to continue or return to work due to an injury or illness, the inability to work results from complex interactions between the individual, his health-disease state, the environment and the physical, political and social context. Identifying the determinants and interactions of disability in all spheres of life of the individual enables greater effectiveness of actions in prevention, rehabilitation, return and maintenance to work. The Family Health Strategy (FHS), the guiding element of Primary Health Care (ABS), is essential for the knowledge of living conditions and health of the populations, enabling a better understanding of the health-disease process and the need for interventions that go beyond curative practices. This dissertation consists of an article descriptive study carried out with paid workers, aged 18 or over, residing in a micro area covered by a team from the Family Health Unit of the Federation, in the city of Salvador, Bahia, which sought to qualify the working population with inadequate capacity in terms of social aspects demographics, lifestyle, health care and self-reported health; occupational characteristics and health risks present at work. These workers were over 36 years old, mostly black, heads of family and with children, with low education and individual and family income of up to two minimum wages. They were physically active, with no difference in the proportion between adequate weight and overweight, consumed alcoholic beverages for more than three days a week, few smokers. They practiced leisure activities, self-perceived health as good and had no health insurance. They were informal, with work done outside the home for up to five days a week. The work was characterized as having low psychological demand and low control and with reports of the presence of health risks, especially ergonomic and psychosocial ones, with a predominance of repetitive movements, work performed in the same position and pressure from the boss, respectively. The results portray the complexity involved in maintaining inadequate work capacity. with predominance of repetitive movements, work performed in the same position and pressure from the boss, respectively. The results portray the complexity involved in maintaining inadequate work capacity, with predominance of repetitive movements, work performed in the same position and pressure from the boss, respectively. The results portray the complexity involved in maintaining inadequate work capacity. New research should focus on the early identification of workers at risk, the use of more innovative and flexible strategies, combined with specific functional losses, the stronger integration of the workplace and rehabilitation, and a better understanding of stigma and other social factors at work , particularly among informal workers, in addition to exploring the interface between the family health strategy and the worker

Key words: Work ability assessment; occupational health; family health strategy; primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACC	Agente Comunitário de Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DSS	Determinante Social em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FAP	Fator Acidentário de Prevenção
ICT	Incapacidade para o Trabalho
INSS	Instituto Nacional de Segurança Social
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas de acordo com a capacidade para o trabalho de trabalhadores adstritos a uma microárea abrangida por uma equipe Estratégia de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2020.	43
Tabela 2	Hábitos de vida, cuidado a saúde e saúde autorreferida de acordo com a capacidade para o trabalho de trabalhadores adstritos a uma microárea abrangida por uma equipe Estratégia de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2020	44
Tabela 3	Características ocupacionais de acordo com a capacidade para o trabalho de trabalhadores adstritos a uma microárea abrangida por uma equipe Estratégia de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2020	45
Tabela 4	Percepção de riscos à saúde relacionados ao trabalho e seus tipos de acordo com a capacidade para o trabalho de trabalhadores adstritos a uma microárea abrangida por uma equipe Estratégia de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2020	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo geral	9
2.2	Objetivo específico	9
3	REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1	O trabalho: seu papel e evolução	10
3.2	A precarização, flexibilização, terceirização e seus reflexos para o adoecimento	13
3.2.1	A precarização	13
3.2.2	A flexibilização	15
3.2.3	A terceirização	16
3.3	Determinantes sociais do processo saúde- doença	17
3.4	A capacidade e a incapacidade para o trabalho	20
3.5	A saúde do trabalhador no SUS	30
4	MÉTODOS	33
4.1	Desenho de estudo e população	33
4.2	Local da pesquisa	33
4.3	Coleta de dados	34
4.4	Variáveis do estudo	35
4.5	Análise dos dados	36
4.6	Aspectos éticos	36
5	ARTIGO	37
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
7	REFÊRENCIAS	66
8	APÊNDICE	72
9	ANEXO I	84
10	ANEXO II	86

1. INTRODUÇÃO

Há muito se discute o papel que o trabalho possui na vida humana, representando um meio de sustento, de inserção e visibilidade social, atribuindo ao indivíduo o *status* de pertencimento e reconhecimento como importante para a família e para a sociedade. Não é novidade também que o mundo globalizado e capitalista tem sofrido transições impactando diretamente nas condições de trabalho, de saúde e de vida dos trabalhadores. Essas mudanças remodelam não somente o modo de se trabalhar, mas também a maneira desses indivíduos adoecerem (NEVES et al, 2018).

O momento atual é pautado em formas menos ortodoxas de conduzir o trabalho, com as relações flexibilizadas de modo a haver contratações sem o custo advindo da legislação trabalhista previamente consolidada nas últimas décadas. Instaura-se, um processo de precarização resultado de uma maior fragilidade e insegurança desses trabalhadores, além de novas exigências como competências e iniciativa, contudo, sem o seu devido poder de decisão (ASSUNÇÃO, 2003). Os ritmos são intensificados, os postos de trabalho reduzidos devido às constantes demissões, os trabalhos executados em tempos intermitentes, contratos terceirizados resultando numa série de efeitos das relações de trabalho sobre o trabalhador e a sua saúde, ampliando e agravando o quadro de doenças e riscos de acidentes nos espaços laborais, a exemplo, o envelhecimento precoce, fadigas, dores locais e generalizadas, doenças crônico-degenerativas, distúrbios emocionais e sintomas psíquicos (ABRAMIDES; CABRAL, 2003; DIAS, 2001).

Vale destacar também o aumento do setor de serviços em relação ao industrial e mudanças no dinamismo e variabilidade dos riscos, dos acidentes e dos seus respectivos registros, evidenciados pela maior ocorrência das doenças ocupacionais em detrimento dos acidentes típicos, que infelizmente, são mais facilmente camufláveis, principalmente quando se trata daquelas mais insidiosas ou problemas psíquicos, cujas relações com o trabalho são mais difíceis de serem estabelecidas. Esse quadro é agravado pelo enfraquecimento dos sindicatos e desorganização da classe oportunizando uma menor visibilidade a esse adoecimento (FILGUEIRAS et al, 2017). Em contrapartida a todas essas transformações torna-se imprescindível ter saúde e todos os atributos técnicos suficientes, sendo esses inerentes à capacidade para o trabalho, embora suas condições e o ambiente possam contribuir para uma saúde fragilizada incapacitando e retirando esse trabalhador precocemente do mercado de trabalho (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Entende-se como incapacidade para o trabalho a impossibilidade de continuar ou retornar ao trabalho por motivo de uma lesão ou doença, sendo derivada de complexas interações entre o indivíduo, seu estado de saúde-doença, seu ambiente e contexto físico, político e social (LOISEL, 2009; BAHIA, 2014). Além de impactar financeiramente no sistema previdenciário e de saúde, trata-se de um problema com implicações sociais, econômicas e com reflexos psicossociais ao trabalhador demandando adaptações individuais e familiares, no seu cotidiano, nas relações interpessoais, causando algumas vezes sentimentos de exclusão, insegurança e angústia. Ainda produz efeitos negativos para as empresas, com baixa na produção e aumento no custo do produto (BENZONI & BRAGION, 2016).

Existe consenso sobre as limitações do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) enquanto autarquia federal responsável pela concessão de benefícios por incapacidade, em estimar a realidade do adoecimento no mundo do trabalho (FILGUEIRAS et al, 2017). Constata-se que o dimensionamento das doenças, acidentes de trabalho e seus reflexos incapacitantes no Brasil são muito mais desafiadores, complexos e de difícil mensuração do que os revelados nos periódicos por não estimarem a sua realidade ao excluir outras formas de uso do trabalho, como o parcial, o temporário, subcontratado e informal (TORRES et al, 2013). Além disso, dados do Sistema Único de Saúde (SUS), a respeito de lesões e doenças relacionadas ao trabalho, são de baixa qualidade, apesar da recente obrigação legal de relatá-los às autoridades de saúde pública (CDSS, 2010).

Dessa maneira, tomar a incapacidade para o trabalho como alvo de intervenção da saúde pública, amplia os desafios e possibilidades de se obter maior efetividade das ações em reabilitação, de retorno e promoção à manutenção ao trabalho, ao possibilitar a identificação dos seus determinantes e interações no indivíduo, no contexto ambiental e social e permitir ações de prevenção, além da sua transversalidade nos diferentes níveis das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Nesse escopo, percebe-se a importância da Atenção Básica em Saúde (ABS) na identificação do perfil produtivo desenvolvido nos territórios adstritos, assim como a delimitação da situação de saúde dos trabalhadores, visando à elaboração de estratégias de intervenção sobre as condições de vida e trabalho (BRASIL, 2018). Na realidade brasileira, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada como elemento norteador da ABS, por possibilitar uma maior aproximação com as condições de vida e saúde das populações,

permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Apesar do imenso potencial que a ESF possui para a identificação das necessidades em Saúde do Trabalhador, a mesma ainda não vem sendo priorizada no interior das equipes atuantes na Estratégia. Exemplo disso é que as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças prescritas para serem desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) no campo da Saúde do Trabalhador são limitadas por diversos fatores, particularmente pela carência de informações sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e a execução de ações prioritárias direcionadas aos grupos definidos a partir de diretrizes nacionais (LACERDA E SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011).

Assim, diante do subdimensionamento da situação de saúde dos trabalhadores devido à limitada cobertura dos dados do INSS e da subnumeração dos casos notificados de agravos relacionados ao trabalho nos Sistemas de Informação do SUS, a ESF se torna um cenário promissor para responder a essa lacuna a fim de subsidiar o planejamento de ações de prevenção no interior da Rede de Atenção à Saúde. Dessa maneira, a pergunta norteadora dessa pesquisa é: Quais as características dos trabalhadores com capacidade inadequada para o trabalho em área adscrita à Estratégia de Saúde da Família.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Caracterizar os trabalhadores com capacidade inadequada para o trabalho em área adscrita à Estratégia de Saúde da Família no bairro da Federação, no Município de Salvador, Bahia.

2.2. Específicos

Os objetivos específicos deste estudo incluem:

- ❖ Estimar a frequência de capacidade inadequada dos trabalhadores usuários da estratégia de saúde da família no bairro da Federação, no Município de Salvador, Bahia.
- ❖ Descrever as características sociodemográficas, os hábitos de vida, as condições ocupacionais e riscos à saúde percebidos no ambiente de trabalho pelas pessoas com capacidade inadequada para o trabalho.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O trabalho: seu papel e evolução

Refletir a relação entre trabalho e saúde demanda o entendimento do panorama na qual ela se insere, pois essa interdependência ocorre em um determinado modo de produção da riqueza social. Essencialmente, o capital desconsidera qualquer barreira que entrave o seu curso, inclusive física. Dessa maneira, a menos que sejam impostos limites exógenos à exploração do trabalho, existirão sempre conflitos entre saúde e trabalho no atual modo de produção (FILGUEIRAS, 2017).

Historicamente e de acordo com o período vigente, o trabalho é executado pelo homem de maneiras distintas e influencia consideravelmente os significados sociais conforme o contexto vivenciado. É uma condição histórica e socialmente construída, um processo marcado por instabilidades e transformações constantes, instituída de diferentes formas, geralmente não neutra em cada local e em cada trabalhador (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011).

Atualmente as relações de trabalho tem se modificado exigindo uma postura mais participativa, de cooperação e corresponsabilidade do trabalhador no processo e com foco na concorrência (LAUDARES, 2006). Pode-se observar também a divisão social do trabalho, organizações hierarquizadas, aumento das jornadas, disparidades salariais e, mais recentemente, a precarização e flexibilização das condições e relações de trabalho (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011; SILVA, 2015; FILGUEIRAS, 2017).

Todas essas transformações afetaram diretamente o cotidiano dos trabalhadores que foram desorganizados pela pressão e pelas mudanças da política econômica vigente, pela repressão do Estado e pelas ações de interesse de mercado do grande capital inspiradas nos preceitos neoliberais. Nessa vertente, o Estado esquivava-se da atribuição de executor de algumas políticas públicas e assume a função de regulador visando reduzir os custos públicos através do banimento do funcionalismo estável por meio da sua extinção e privatização dos serviços sociais, da modernização da estrutura produtiva com novos padrões tecnológicos e organizacionais, e, através desregulamentação das leis trabalhistas para atender os desejos mais flexíveis das empresas (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Destaca-se, especialmente no Brasil, o crescimento das concessões e privatizações em diversos ramos com destituição de direitos políticos e sociais recentemente conquistados no

país (MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016). No contexto neoliberalista há a reestruturação do modo de produção possibilitando inusitadas formas de explorar o trabalho com expressivas e catastróficas consequências inclusive na vida do trabalhador, como se pode observar com a informalidade, flexibilização e precarização. Como resultado há o crescimento do desemprego, a constante necessidade de renovação de habilidades mediante o pagamento de baixos salários e a involução do poder sindical o que só corrobora para fragilização desses contratos com a substituição do emprego regular e permanente por aquele em tempo parcial, temporário, subcontratado ou terceirizado (MIQUELUZZI, 1997; MORAES, 2008).

Esses efeitos materializam-se pela elevada incidência dos acidentes de trabalho, alguns resultando, inclusive, em óbitos ou no aumento dos adoecimentos com nexos ocupacionais, principalmente os relacionados às lesões osteomusculares e transtornos mentais ainda que ocultos pelo sub-registro, principalmente no último caso (ANTUNES; PRAUN, 2015; CECCON et al, 2014). Essa ocultação pode ser motivada por uma maior isenção de taxa tributária, após o início da vigência do Fator Acidentário de Prevenção (FAP) em 2010, cujo critério baseia-se no pagamento de valor mais alto pelos estabelecimentos que registrarem maiores indicadores de frequência, gravidade e custo de acidentes ou doenças ocupacionais. Desse modo, empresas que não tenham registro de ocorrência de acidentes de trabalho, por exemplo, pagarão somente a metade da alíquota do Seguro Acidente de Trabalho. Empresas que invistam em programas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais também terão variações nas suas taxas (BRASIL, 2010; OLIVEIRA e CEZNE, 2009). Contudo, o que observa na prática, são resultados bem diferentes do motivo pelo qual esse Fator de prevenção foi implementado.

Reiterando tais constatações, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em relatório demonstrou que as doenças ocupacionais levam ao sofrimento e a perdas e salienta quanto a dificuldade do seu reconhecimento em comparação com acidentes industriais, embora matem seis vezes mais pessoas a cada ano. Além disso, a natureza dessas doenças vem se modificando de acordo com as transformações tecnológicas e sociais, juntamente com as condições econômicas globais. Estima-se a ocorrência de mais de 2,3 milhões de mortes por ano relacionadas ao trabalho, das quais mais de 350.000 decorreram de acidentes de trabalho e aproximadamente 2 milhões de doenças profissionais. No mais, contabiliza-se que os acidentes de trabalho e doenças resultam em uma perda anual de 4% no produto interno bruto global (PIB), o que representa \$ 2,8 trilhões de dólares, em custos diretos e indiretos (OIT, 2013).

Em contrapartida, em relação à seguridade social, a OIT em relatório recentemente publicado e intitulado de “Presente e Futuro da Proteção Social na América Latina e no Caribe” constatou que mais da metade dos trabalhadores e trabalhadoras na América Latina não realizavam qualquer tipo de contribuição para o sistema de seguridade social. O relatório menciona um aumento na cobertura contributiva para a proteção social na área de aposentadorias, aquela relacionada ao emprego de 36,6% para 44,6% entre 2005 e 2015, entretanto, embora tenha sido uma evolução positiva, cerca de 55% da população empregada ainda não possui qualquer tipo de seguro (OIT, 2018).

A OIT afirma que essa situação decorre das aceleradas mudanças na organização e na forma de condução do trabalho com proliferação de heterogêneas formas de emprego divergentes da tradicional assalariada, colocando em risco, inclusive, os segmentos tradicionalmente formais e estáveis da economia. Nessa ótica, atribui a alta prevalência da informalidade como um dos principais desafios a ser enfrentado e afirma que em média, quase 50% dos empregados estão nessa condição, além de elencar outros fatores contributivos como: crescimento do emprego nos setores de serviços, os quais têm condições de trabalho relativamente menos formais em comparação aos outros e a crescente participação da mulher no mercado de trabalho com ocupações de menor custo, mais informais e com menores salários e maior intermitência, dentre outros (OIT, 2018).

Considerando toda essa complexidade e variabilidade não se pode desconsiderar que o trabalho assume significados distintos, dependendo da realidade e experiência individual, e da forma pela qual são mediadas essas relações. Dessa maneira torna-se imprescindível para a identificação das pessoas como dignas e socialmente aceitas, atuando como uma via para a satisfação das necessidades humanas, como sinônimo de estar saudável, de reconhecimento e importância no círculo familiar e no seu sustento (SILVA; TOLFO, 2012; MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011; SOUZA; FAIMAN, 2007). Percebe-se que mesmo desregulamentado e precarizado, o trabalho é um divisor de águas representando um meio de inserção social ao conceber sujeitos (RAMOS; TITTONI & NARDI, 2008).

Portanto, ter uma atividade laboral é salutar e simboliza estar em boas condições de saúde enquanto a inatividade implica na morbidade e, desse modo, se existe um trabalho danoso, o fato de não ter um trabalho torna-se igualmente danoso, configurando que qualquer tipo de interrupção das atividades apresenta múltiplas e diferentes repercussões ao indivíduo e a sua existência social (SOUZA; FAIMAN, 2007). Não diferente este significado é variável de pessoa para pessoa e importante para a saúde e o bem-estar, mesmo não estando claro se permanece

ou é substituído por outros na presença de uma condição incapacitante (SAUNDERS & NEDELEC, 2014).

3.2 A precarização, flexibilização, terceirização e seus reflexos para o adoecimento

3.2.1 A precarização

A Lei no 13.467, de 13 de julho de 2017, amplamente difundida como reforma trabalhista trouxe para o Brasil as mais profundas mudanças no ordenamento jurídico regulador das relações trabalhistas desde a instituição da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943. Modificando o funcionamento do mercado de trabalho, apresenta-se abarrotada de contradições e com resultados possivelmente bem divergentes dos veiculados, já que enfraquece a associação coletiva dos trabalhadores, descentralizando suas negociações e restringindo a intervenção da justiça do trabalho (CARVALHO, 2017). Desse modo oportuniza o desenvolvimento de trabalhos terceirizados, subcontratados e precarizados.

A precarização social e do trabalho reflete inúmeras dimensões de instituição da instabilidade, amparada e justificada pela diminuição dos custos de produção a partir da flexibilização do trabalho, transpondo a perda dos direitos trabalhistas, a desorganização de classes e perdas das identidades individual e coletiva (PIALARISSI, 2017; LOURENÇO e BERTANI, 2007). Apresenta vastas possibilidades em uma única cadeia produtiva indo desde o trabalho terceirizado, muitas vezes realizados no domicílio dos trabalhadores e intensificado até a sua exaustão até os desenvolvidos nos ambientes modernos e enxutos das grandes corporações mundiais (ANTUNES; PRAUN, 2015). É um acontecimento mundial com peculiaridades que extrapolam as diversas configurações do mundo do trabalho apresentando variantes e facetas nacionais, regionais e setoriais (DRUCK; FRANCO, 2011).

Dessa maneira, invade os espaços produtivos ganhando força pelo medo constante do desemprego, insegurança, instabilidade, concorrência e desunião das classes, não distinguindo o tipo de trabalhador, seus níveis de capacitação e habilidade, violentando ética, moral, política, física e psicologicamente esse cidadão, em função do lucro exacerbado. Possibilita privações contratuais trabalhistas, baixos salários e as péssimas condições de trabalho decorrentes da perda dos direitos e benefícios diretos e indiretos historicamente conquistados (férias anuais remuneradas, horas extras, transporte, alimentação, auxílio educação), com a omissão do

Estado em funções indispensáveis na esfera do trabalho e da proteção social (PIALARISSI, 2017; MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016; FERREIRA; AMARAL, 2014).

Para Antunes (2011) se a informalidade não se assemelha à precariedade teoricamente, na prática, ao extinguir os direitos se torna equivalente e, apontar suas ligações é fundamental já que a flexibilização e a informalização da força de trabalho são estratégias resolutas para potencializar exploração e a precarização do trabalho. A maior consequência observada no trabalho precário é a instabilidade do vínculo submetendo esses trabalhadores a uma condição de subserviência condizente com a organização do trabalho flexível influenciando não apenas na sua saúde, como em toda a sua subjetividade (MAGALHÃES, 2015; LOURENÇO; BERTANI, 2007).

Como estratégia para mitigar tais efeitos, o trabalhador muda o seu modo de agir, assumindo o compromisso de gestor de si próprio e responsável pelo desenvolvimento de suas competências, reinventando-se e, para tal, extrapolando seus limites (SÁ, 2012). Simultaneamente, os sindicatos perdem a sua representação sindical, seja política e ideologicamente com o surgimento de novas estratégias corporativas, submetendo-se a um sindicalismo de contrapropostas cujas negociações, na maioria das vezes, são desconsideradas pelas empresas (FILGUEIRAS et al, 2017). Em adição a esse enfraquecimento, os setores voltados ao interesse patronal expandem-se conjuntamente com as campanhas anti- sindicais além da diminuição da classe fabril (MIQUELUZZI, 1997).

O resultado dessa realidade é o afastamento do coletivismo e uma marcante exposição desses profissionais, refletindo na saúde propiciando diretamente a sua alienação e adoecimento (HIRATA, 2011; MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016).

3.2.2 A flexibilização

Não diferente, além da precarização, o crescente desemprego procria a flexibilização com a justificativa de uma maior geração de postos de trabalho (LIMA; BARROS; AQUINO, 2012; ALVES et al, 2015). Instaurada como subsídio para as diversas formas de modificação do direito do trabalho, cujo objetivo é criar meios que se adequem às mudanças econômicas, tecnológicas, políticas e sociais existentes na relação entre o capital e o trabalho surge como um modo maleável de conduta da empresa, baseado nos interesses do mercado, garantindo a total exploração da natureza e força de trabalho, possibilitando demissões arbitrárias, menores

salários, reduções ou aumento das horas trabalhadas e subdivisão das jornadas (ALVES et al, 2015).

Eclode num período de incertezas das relações de trabalho, fruto de embates econômicos mundiais, e principalmente devido à imposição de uma nova estrutura normativa entre trabalhadores e gestores (COSTA; RAZABONI JUNIOR, 2016). É o caminho traçado através de dois processos distintos que acompanham as modificações trazidas pela reestruturação produtiva: a falta de regulamentação e a flexibilização das legislações trabalhistas. A primeira como fruto da omissão do Estado em lidar com as relações trabalhistas e a flexibilização como a interface de ajuste para a aplicação da norma legal às peculiaridades regionais, empresariais ou profissionais, ainda que altere as condições contratuais para a consecução dessas metas. Ou seja, o favorecimento empresarial em prol da desproteção trabalhista (MARCOSIN; FORTI; MARCOSIN, 2012).

Sintetizador da precarização do trabalho, a flexibilização mescla a atividade laboral e a vida privada (ANTUNES; PRAUN, 2015; MIQUELUZZI, 1997). Assim, reinventa os modos de conduzir o trabalho e todas as suas relações, com implicações positivas e negativas para o trabalhador. Positivamente, ao possibilitar a esse indivíduo um maior envolvimento e reconhecimento da sua responsabilidade frente à produção e, desfavoravelmente, impossibilitando empregos dignos e o empoderamento social e na família (FREITAS, 2012). Além disso, age de acordo com as conveniências do empregador, busca dentre outros os cortes de pessoal, aumento da jornada de trabalho, definição de salários por méritos individuais e consequentemente a competitividade entre colegas, a reconstrução de habilidades e o retrocesso do poder sindical como financiador de movimentos sociais e de todo arcabouço de luta. (MIQUELUZZI; 1997).

De fato, tudo isso contribui para o aumento desenfreado do estresse laboral colaborador para o significativo aumento do número de acidentes do trabalho e, principalmente, das doenças ocupacionais (SILVA, 2015). No entanto, um dos argumentos usualmente utilizados pelos empregadores para justificar a adoção dessa medida são os elevados custos despendidos com um funcionário. Alegam que as altas taxas tributárias referentes aos custos trabalhistas impactem em 10% do custo total da produção, sendo mais viável, nos preceitos da mais valia, flexibilizar os 90% restantes. (COSTA;RAZABONI JUNIOR, 2016).

Constata-se que mesmo através do discurso incoerente e benevolente dos empresários, no sentido de flexibilizar para expandir o mercado de trabalho, nota-se uma tendência fortemente

falaciosa e insustentável dessa tentativa, ao simular uma falsa autonomia e se revelar como mais uma manifestação espúria da precarização laboral (LIMA; BARROS; AQUINO, 2012).

3.2.3 A terceirização

Atualmente a terceirização representa o veículo de expressão da flexibilização, difundindo-se para todas as atividades e ambientes de trabalho, apresentando diversas modalidades e maneiras de regulação. Frequentemente empregada pelas empresas para burlar a legislação trabalhista, desrespeitar direitos estabelecidos pela CLT, torna o trabalhador vulnerável e coloca em risco a sua relação de emprego (DRUCK; BORGES, 2002).

A terceirização ocorre com a subcontratação de empresas fornecedoras de mão de obra para executar e desenvolver atividades secundárias ou periféricas do processo produtivo, podendo ser desenvolvida mediante diferentes situações e interesses (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016). Dessa maneira, cabe a terceirizada a regulação e administração dessa mão de obra bem como a qualidade do serviço prestado para a empresa contratante (DE FREITAS; DE SOUZA COUTINHO, 2016). Ao transferir a posição de empregador a um “terceiro” afasta a responsabilidade sobre encargos e obrigações trabalhistas, além de facilitar o descarte da mão de obra de acordo com as variabilidades da empresa (MORAES, 2008).

Nesse sentido, representa a maneira mais trivial para as empresas se eximirem da legislação trabalhista e desrespeitar os direitos estabelecidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) comprometendo por sua vez a relação de emprego e representando a principal ferramenta para a precarização social e política gerando uma força de trabalho desprezível e descartável (DRUCK, 2016). Três elementos são atribuídos como motivadores para justificar ou defender a adoção da terceirização: a) possibilidade de focar diretamente na atividade principal; b) diminuição dos custos para produzir possibilitando maiores lucros acumulados e c) uma maior competitividade (DE FREITAS, DE SOUZA COUTINHO, 2016).

As empresas aumentam a sua capacidade de ganho através de dois caminhos, a implementação tecnológica com especificação dos serviços ou, da maneira menos onerosa, que visa achatar as condições de trabalho desses trabalhadores com pouco ou nenhum investimento em sua melhoria, abrigando para tanto, populações mais vulneráveis como mulheres, negros, jovens, imigrantes e, alavancando maior condição de desigualdade (BRASIL, 2014). Com relação aos impactos negativos relacionados à saúde diante da terceirização, identificou-se, além das doenças físicas, um aumento na incidência dos transtornos mentais e sofrimento

relacionado ao trabalho como o estresse, angústia e sentimentos de isolamento, bem como a incerteza quanto as suas próprias competências, independente do cargo ocupado (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016; MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016).

Conclui-se facilmente a legalização e legitimação da exploração predatória da força de trabalho pela terceirização, em sua forma mais cruel, desconsiderando qualquer limite dos trabalhadores, permitindo o retrocesso das condições laborais, o descaso quanto às medidas preventivas mesmo quando as atividades apresentem maior exposição e riscos aos trabalhadores , expondo-os ao aumento de acidentes e até mortes (DRUCK, 2016; BRASIL, 2014).

Destarte, analisar todas as transformações do trabalho de forma transitória é preocupante sendo imprescindível observar as mudanças e os reflexos na saúde dos trabalhadores na perspectiva de uma legislação já definida e que precisa ser conhecida, interpretada e transformada (MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016).

3.3 Determinantes sociais do processo saúde-doença

Atualmente, as numerosas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam uma íntima relação entre a situação de saúde e os fatores associados as condições de vida e trabalho dos indivíduos havendo influência direta com aspectos sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos, comportamentais e refletindo um significativo dinamismo e complexidade desse processo (ERTHAL, 2014; BUSS; PELEGRINNI FILHO, 2007). Ainda que a compreensão de tais influências sejam antigas, só recentemente este conceito passou a ser incorporado ao arcabouço conceitual e prático para a formulação de políticas e estratégias voltadas à saúde, com conseqüente expansão e fortalecimento de abordagens intersetoriais para as suas políticas e ações (CARVALHO, 2013).

Nesse sentido, esses diversos determinantes podem ser agrupados em diferentes categorias, como as biológicas, ambientais, econômicas e sociais, sendo o maior desafio estabelecer uma hierarquia entre esses fatores, já que não apresentam uma relação direta de causalidade, embora credite-se maior relevância aqueles que gerem estratificação social (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; BUSS; PELEGRINNI FILHO, 2007). Presume-se que a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas, de governança e todo mecanismo estrutural modificador do posicionamento social dos indivíduos, representem a causa mais profunda das iniquidades em

saúde, impactando diretamente na condição de vida, nas circunstâncias psicossociais, nos fatores comportamentais e no próprio sistema de saúde (CARVALHO, 2013).

Alguns modelos são encontrados hoje na tentativa de elucidar essa complexa relação na determinação da saúde, sendo o modelo de Dahlgren e Whitehead bastante mencionado, pela simplicidade, facilidade interpretativa para diversos tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos DSS (CNDSS, 2008). Todavia admite-se ainda a dificuldade de resposta à todas as lacunas referentes à saúde na sua integralidade. Especificamente a esse modelo, provavelmente por ainda tomar como referência a atenção médico-sanitária aos doentes, tomando risco individual como pilar (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009). Na Figura 1 é possível visualizar o modelo.



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Este modelo caracteriza-se por dispor dos determinantes sociais em diferentes camadas tendo como estrutura medular as condições individuais e suas características quanto à idade, sexo e condições hereditárias até os macros determinantes desse processo. Assim, os indivíduos encontram-se na base, os comportamentos e estilos de vida individuais representam a camada acima, vinda logo após, as redes de apoio sociais e comunitárias. Na camada posterior, destacam-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, o acesso a ambientes e serviços essenciais como educação e saúde evidenciando situações de vulnerabilidade as quais estes sujeitos estão expostos. Por fim, na camada mais externa estão os macros determinantes relacionados às condições econômicas, culturais e

ambientais da sociedade e possuindo influência sobre as demais camadas (GARBOIS et al, 2017).

Nessa perspectiva, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, ou seja, a camada mais geral e distal do modelo de Dahlgren e Whitehead, estratificam econômica e socialmente os indivíduos e grupos da população, facultando-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam condições diferenciadas de saúde. Isso significa que não há aleatorização da distribuição da saúde e da doença em uma sociedade, estando essa associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho desses indivíduos (CDNSS, 2008). Independente da capacidade de resposta desses modelos é possível perceber a importância de conectar o pensamento social na área da saúde coletiva, compreendendo o valor que a saúde representa para a sociedade e a sua dependência a ações que, muitas vezes, não têm relação com o setor Saúde (GARBOIS et al, 2017).

Desse modo, desigualdades ocorridas na idade escolar, podem reverberar na natureza das condições laborais e de emprego, nas características físicas do ambiente de trabalho e na qualidade do ambiente natural em que as pessoas habitam, bem como determinar o acesso e uso diferenciado de cuidados de saúde, com consequências para a promoção desigual de saúde e bem-estar, prevenção e recuperação de doenças e sobrevivência. Sendo fácil concluir que para reduzir iniquidades faz-se necessário implementar ações alinhadas entre si, em todos os setores da sociedade, interagindo com determinantes estruturais e de modo que eles se retroalimentem (CARVALHO, 2013).

Para as políticas públicas de saúde parece ser bastante desafiador, porém a insistir na segregação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade, impulsionar a fragmentação da vida e construir atalhos convergentes às diretrizes do Sistema Único de Saúde (GARBOIS et al, 2017).

3.4 A capacidade e a incapacidade para o trabalho

A capacidade para o trabalho representa a qualidade física, mental, ou ambas, com a qual o homem executa o seu trabalho, sendo um pilar no bem-estar de todo ser humano. Apresenta inúmeros fatores influenciadores que podem contribuir para a sua minoração indo desde aqueles ligados aos aspectos fisiológicos, ao estilo de vida até os relacionados ao ambiente e condições de trabalho (VALINOTE et. al., 2014).

De modo não diferente, consiste em um processo dinâmico, modificável ao longo da vida, sendo um produto da interação entre recursos e aptidões individuais e as características do trabalho, podendo ser mantida ou mesmo restaurada, caso medidas de promoção e prevenção sejam tomadas (VASCONCELOS et. al., 2011). Apresenta-se como um importante indicador da manutenção da força de trabalho e do estado de saúde do trabalhador ao identificar situações para a manutenção da atividade laboral, do bem-estar psicossocial, da competência individual e das condições para o trabalho, sendo bastante empregado devido à importância pelas suas implicações individuais, sociais e econômicas (MARTINEZ; LATORRE, 2009).

A sua avaliação tem se mostrado relevante para o campo da saúde do trabalhador devido aos impactos na força de trabalho seja pelo envelhecimento precoce, seja pela transição demográfica da população, subsidiando ações e estratégias para a sua manutenção ou promoção com melhores condições de trabalho e de vida (CORDEIRO; ARAÚJO, 2018).

Contudo, diversos fatores parecem determinar e influenciar negativamente ou positivamente esse indicador, a citar: os efeitos do envelhecimento, ser do sexo feminino, as condições socioeconômicas, de vida e os hábitos de saúde. Dessa maneira, a prática de atividade física parece ser um bom preditor, enquanto a obesidade, o tabagismo e o consumo abusivo de álcool configuram influências negativas por seus efeitos deletérios à saúde. Algumas características do trabalho, como atividades de conteúdo predominantemente mental, posturas estáticas com uso de força muscular, levantamento e transporte de peso, esforço intenso, brusco, repetitivo, exposições ao calor, frio, ruído, sujeira e umidade e ferramentas de trabalho inadequados parecem contribuir para uma pior capacidade. O estresse decorrente da organização e do ambiente psicossocial do trabalho, o número insuficiente de profissionais, a pressão de tempo e volume de trabalho, assim como a monotonia, o nível de responsabilidade e desvalorização, além das duplas jornadas e tempo no emprego também sugerem esse impacto negativo (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010; VASCONCELOS et. al., 2011).

Dentre esses fatores citados, o estresse no trabalho parece ser um fator especialmente relevante, pois associa-se como deletério a capacidade para o trabalho independente das questões de saúde e de estilos de vida. Nessa linha de raciocínio, é de fundamental importância na concepção e desenvolvimento de medidas visando a sua preservação, considerar e controlar o seu aparecimento relacionado aos fatores ambientais e psicossociais do trabalho, bem como prevenir a dependência ao álcool, incentivar à prática de atividade física e o controle de peso (MARTINEZ, LATORRE, 2009).

A redução dos fatores de risco faz-se importante tanto para o aprimoramento da capacidade laboral quanto para a qualidade de vida dos trabalhadores. Desse modo, incentivar mudanças no estilo de vida e na reorganização do trabalho através de mudanças administrativas favoráveis é tão importante quanto prevenir doenças musculoesqueléticas, fomentar atividades sociais; disciplinar os trabalhos em turnos; dentre outros (GODINHO et al, 2017).

Devido a esse grande número de fatores relacionados, a capacidade para o trabalho exige, para a sua mensuração, um instrumento que abarque toda essa complexidade (CORDEIRO; ARAÚJO, 2014). Visando prever o risco de incapacidade foi desenvolvido na Finlândia, o Índice de Capacidade para o trabalho. Este é um instrumento que permite avaliar e detectar precocemente alterações e prever a incapacidade dos trabalhadores resultantes do envelhecimento, subsidiar informações direcionando pesquisas preventivas e, quantificar a capacidade do trabalhador de realizar seu trabalho no momento presente ou em um futuro próximo em relação às exigências que o trabalho impõe ao seu estado de saúde e suas capacidades físicas e mentais. Pode ser utilizado como ferramenta para levantamentos do local de trabalho, considerando as exigências físicas e mentais de trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador, bem como um meio de gerenciamento para identificar populações sob o risco de diminuição de suas aptidões ao longo da vida laboral e intermediar ações relacionadas com o trabalho e com a legislação de benefícios (TUOMI et al, 2010; GODINHO et al, 2017).

Quando um trabalhador se torna incapaz de permanecer no trabalho ou voltar a trabalhar por conta de uma lesão ou doença, ocorre a incapacidade para o trabalho. Resulta de complexas interações entre o indivíduo, estado de saúde-doença, ambiente laboral e os contextos político, social e físico. Apresenta causas cíclicas, diversificadas e ligadas a diferentes estruturas ou organizações sociais, havendo necessidade de serem avaliadas e abordadas respeitando tal diversidade e complexidade (LOISEL, 2009; COSTA- BLACK, 2013; BAHIA, 2014). No Brasil é dimensionada por informações relacionadas ao perfil de afastamento superior a 15 dias de uma parcela da população economicamente ativa tida como contribuintes da Previdência Social (BRASIL, 2017).

Pode ser considerada um dos principais problemas de saúde pública dos últimos tempos por ser um fenômeno crescente no Brasil e mundialmente, com impactos diretos na vida do trabalhador, no seu convívio familiar, na economia, não somente pelo pagamento dos benefícios previdenciários, mas também pela interrupção da vida produtiva, principalmente quando adultos jovens, no intervalo entre 20-39 anos e pelo custo social com saúde pelo SUS e pela família. Nesse sentido, requer a adoção de ações articuladas de diferentes áreas, sentidos e

segmentos da sociedade (BAHIA, 2014; BRASIL, 2014; LADITKA; LADITKA, 2018). Os elevados custos e improdutividade associados à incapacidade relacionada ao trabalho são preocupações pertinentes, pois representam cerca de 4-5% do produto interno bruto (PIB) com uma média de 5% de absenteísmo por dia da mão-de-obra podendo variar de 2% a 10% a depender do setor, tipo de trabalho e cultura de gestão (WHO, 2007). Devido à impossibilidade de sustentar tamanho ônus muitos países têm buscado ativamente uma solução, até o momento, com limitadas respostas (LOISEL, 2009).

Na maioria dos países, o número de pessoas incapacitadas tem crescido, em razão do envelhecimento da população, visto que os idosos apresentam maior risco para o seu desenvolvimento. Contudo, outras condições aumentam a sua prevalência como o surgimento das condições crônicas de saúde, dos acidentes de trânsito, conflitos, alimentação inadequada e abuso de substâncias tóxicas. No mais, observa-se uma maior prevalência de incapacidade em países de renda mais baixa, com populações mais vulneráveis, como as mulheres e de baixa escolaridade (PRINS, 2013). Além disso, dentre as suas causas, as doenças crônicas como hipertensão arterial, transtornos mentais ou pós-tratamento de câncer têm sido apontadas como importantes barreiras à manutenção do trabalhador na vida produtiva, sendo alguns fatores de risco como o sobrepeso, obesidade, tabagismo e consumo exagerado de álcool, muitas vezes evitáveis (GOULART, 2011).

Com relação à população geral no mundo, o *World Report on Disability* estima que cerca de 2,2 a 3,8% da população apresente incapacidade grave, referindo-se a condições como tetraplegia, depressão severa ou cegueira (WHO, 2011). Um estudo publicado por Laditka (2018) sobre Incapacidade para o trabalho nos Estados Unidos, entre 1968-2015, e que estimava a prevalência, duração, recuperação e tendências demonstrou que mais de 40% dos adultos em idade ativa têm pelo menos uma condição crônica incapacitante e mais de 20% dessa população cursa com duas ou mais condições favoráveis para o seu surgimento. Ainda nesse estudo a prevalência de pelo menos um episódio incapacitante foi de 55% em adultos na faixa etária entre 25 aos 60 anos e, deles, 25% apresentaram incapacidade para o trabalho grave.

No Brasil, no período de 2000 a 2011, 88% dos auxílios- doença concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) foram originários de qualquer outra situação que não a do trabalho, com apenas 12% provenientes das relações de emprego. Nesse período houve um crescimento de 163% na concessão do auxílio-doença previdenciário, contra 124% do auxílio-doença acidentário. No que se refere à aposentadoria por invalidez, a previdenciária teve elevação de 23%, contra 6% da acidentária. Outro dado relevante foi a mudança da morbidade

dos afastamentos nesse ínterim, deslocando-se dos infectos/traumáticos para os crônicos, onde os fatores de riscos ergonômicos e a sobrecarga mental ultrapassaram os traumáticos, sendo responsáveis por 20,76% de todos os afastamentos ao trabalho, enquanto o grupo traumático representou 19,43% do total e, juntas, elas respondem por 40,25% de todo o universo previdenciário (BRASIL, 2014).

Já em 2015, o número total de afastamentos registrados, foi de 519.318 sendo 181.608 provenientes de Doença relacionada ao trabalho e 337.710 por acidentes. Deste total, 196.777 apresentaram tempo de permanência maior que 60 meses. No ano de 2017, foram registrados 549.409 acidentes de trabalho, incluindo doenças em todo o Brasil. É possível observar que esses eventos apresentam tendência decrescente, com 585.626 registros em 2016, representando uma queda de 6,2%, quando comparado ao ano de 2015, no qual foram reconhecidos 622.379 casos (BRASIL, 2017). À primeira vista, essa redução na frequência absoluta parece ser animadora, contudo, tem-se que considerar uma queda também no número de segurados empregados, ou seja, a possibilidade da invisibilidade daqueles trabalhadores absorvidos hoje pela informalidade.

Vale ressaltar que além do impacto emocional, a incapacidade sobrecarrega o sistema de saúde com aumento do número de consultas, exames e cirurgias. Ensejam em mais custos sociais com a redução na produtividade, absenteísmo e afastamento temporário e/ou definitivo, retirando precocemente do mercado trabalhadores em plena capacidade produtiva e impactando negativamente no déficit do sistema de previdência social (SALVETTI et al, 2012).

Atualmente muitos modelos são adotados visando uma melhor definição e reconhecimento da incapacidade, dentre eles o biomédico, o Forense, o social e o biopsicossocial, prevalecendo ainda uma hegemonia do modelo biomédico. Este, parte da premissa de que essa condição é resultante de um mau funcionamento do organismo, diretamente causado por uma alteração na saúde. O modelo Forense, usualmente adotado pelas seguradoras de saúde, fundamenta-se no modelo biomédico ao utilizar a perícia médica para a constatação da incapacidade e consequente concessão de benefícios. Infelizmente essa associação entre incapacidade e concessão de benefícios resulta muitas vezes em inconsistências e fraudes, sugerindo que possíveis interesses pessoais poderão influenciar a sua decisão de retorno ao trabalho. Já o modelo social considera a incapacidade como uma criação social, oriunda da falta de oportunidades sociais e condições excludentes e discriminatórias, cuja abordagem direciona-se para o ajuste ambiental e não diretamente ao indivíduo. Já o modelo biopsicossocial, por sua vez, legitima toda a sua complexidade e interdisciplinaridade, admitindo todo aquele

dinamismo referente às condições de saúde, o contexto ambiental onde este indivíduo é pertencente e os seus fatores psicossociais (BAHIA, 2014).

Embora ainda hegemônico e direcionador das diretrizes do programa de reabilitação profissional do INSS, o modelo biomédico clássico já demonstra insuficiência para explicar esse processo, motivo pelo qual surgiram outras possibilidades de abordagem, como o biopsicossocial, com uma visão mais panorâmica permitindo ampliar o olhar e procurar causas e soluções, não apenas próximas ao indivíduo, mas também no seu ambiente, local de trabalho, sistema de compensação, englobando os determinantes sociais. Reputa a incapacidade como um fenômeno de interação entre indivíduo e seu contexto, estabelecendo vastas modalidades de ação para o campo da saúde pública (LOISEL, 2005). Percebe-se dessa maneira, que o modelo mais adequado para lidar com essas condições é aquele que considera e respeita a sua complexidade, compilando o biomédico e social (SIMONELLI, et al, 2010).

Outro ponto de destaque referente à incapacidade para o trabalho relaciona-se ao grande número de diferenças conceituais, legais e previdenciárias havendo uma heterogeneidade de dados entre países, o que torna um enorme desafio compará-los epidemiologicamente, assim como estabelecer as associações dos diversos fatores de risco e seus efeitos. Atrelado a isso, observa-se também a indisponibilidade ou baixa qualidade de dados populacionais relacionados ao agravo, o que dificulta qualquer comparação ou associação (JAKOBI, 2013).

Estatísticas oficiais no Brasil limitam-se aos trabalhadores contribuintes no Regime Geral da Previdência Social (RGPS), ou seja, aos trabalhadores formais empregados, autônomos e demais contribuintes da previdência social, o que abre uma enorme lacuna com o aumento da informalidade vivenciada atualmente no país. Como agravante, os dados epidemiológicos sobre incapacidade geralmente estão baseados em bancos fornecidos por censos demográficos ou pelos sistemas de previdência social, sendo estes sempre aproximados e necessitando cautela na análise e interpretação. A exemplo, o fato de que os recenseadores só poderem registrar os dados quando as pessoas se considerarem incapacitadas ou quando os obtém por meio dos julgamentos de seus familiares e informantes. Ademais, mesmo preenchendo os critérios definidos pela pesquisa, caso não se considerem enquadrados nessa condição ou que não se abatam pela sua presença, poderão ficar fora das estatísticas (TAKAHASHI, 2006).

Essa mesma autora considera ainda que o banco de dados baseado nas informações relativas a beneficiários da previdência social utiliza critérios de seleção restritos respeitando definições legais de incapacidade, que são variáveis entre a realidade dos países, não sendo

possível uma universalidade conceitual e comparativa. Significa, portanto, que a sua mensuração quantitativa é dependente do sistema de proteção social de cada nação o que acaba por inviabilizar a sua comparação estatística entre países (TAKAHASHI, 2006).

Como ponto negativo no entendimento dessa abordagem, estudos demonstram problemas linguísticos na correta tradução dos termos deficiência e incapacidade, sendo ambos confundidos e utilizados inadequadamente no âmbito científico, político, legal e técnico (MARTINS; ARAÚJO, 2015; BRASIL, 2014; SAMPAIO e LUZ, 2009; TAKAHASHI, 2006). Em adendo, associam-se vários problemas metodológicos entre estudos como dificuldade de escolha dos métodos de coleta dos dados restringindo a comparabilidade da prevalência nacional da incapacidade sendo necessária prudência na interpretação dos resultados. Em particular, os países em desenvolvimento enfrentam limitações de dados sobre os tipos, causas e distribuição regional do problema (PRINS, 2013, pag. 4). Esses motivos geram uma dificuldade de comunicação entre os atores envolvidos e, conseqüentemente, o gerenciamento de suas implicações e a efetividade das abordagens terapêuticas (BAHIA, 2014).

A deficiência é entendida como disfunções ou condições anormais na estrutura do sistema corporal, comprometendo o funcionamento físico, mental e social do indivíduo, podendo ocorrer em todos os tipos e níveis de patologias, imediata ou tardiamente. Já a concepção de incapacidade ultrapassa uma condição biológica sendo caracterizada ou descrita como uma experiência penosa para executar qualquer atividade da vida devido a um problema de saúde podendo ser físico, vinculando-se às determinações estruturais e sociais (TAKAHASHI, 2006). Revela-se como um fenômeno de relações interligando a um contexto social, e exigindo englobar os determinantes estruturais e sociais na sua ocorrência e não diferente, no seu manejo (TAKAHASHI; KATO; LEITE, 2010). Desta maneira uma pessoa incapaz necessariamente não precisa ser deficiente e vice-versa, assim como pode também apresentar as duas condições.

Para fins previdenciários, a incapacidade laborativa é considerada como a “impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade em consequência de alterações morfopsicofisiológicas provocadas por doença ou acidente”. Na maioria das situações, a Previdência trabalha apenas com a sua definição, entendendo a incapacidade como a impossibilidade para atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos trabalhadores da categoria examinada, onde o ponto de referência e a base de comparação devem ser as condições daquele próprio examinado enquanto trabalhava e nunca os da média da coletividade operária (BRASIL, 2001).

Para sua avaliação deve-se analisar o grau, a duração ou a profissão desempenhada. Quanto ao grau, pode ser parcial, quando ainda permite o desempenho da atividade, sem qualquer agravamento da condição ou risco de morte, ou total quando impossibilita a permanência no trabalho, impedindo atingir a média de rendimento alcançada pelos trabalhadores da categoria do examinado em condições normais. Quanto a duração, classifica-se como temporária quando houver expectativa de recuperação dentro de um prazo previsível, ou indefinida não sendo possível assegurar a resolução do quadro com os recursos terapêuticos e reabilitação disponíveis. Por fim, de acordo com a profissão desempenhada pode ser: uni profissional quando o impedimento atinge somente uma atividade específica do cargo, função ou emprego; multiprofissional, abrangendo diversas atividades e omniprofissional, aquela que inviabiliza o desempenho de toda e qualquer atividade laborativa, sendo considerado inválido o indivíduo incapaz de prover o seu próprio sustendo devido a doença ou lesão (BRASIL,2018).

O Ministério da Saúde classifica a incapacidade laborativa como total ou parcial; temporária ou permanente e enfatiza a importância de se fazer a distinção entre a necessidade de afastamento somente da atividade desempenhada ou do trabalho como um todo. Aponta a dificuldade em realizar essa diferenciação já que no mesmo posto diversos fatores podem atuar sincronicamente impossibilitando essa distinção. Dentre os fatores podemos elencar: o diagnóstico da doença, a natureza e o grau de deficiência ou disfunção, o tipo de atividade ou profissão e suas exigências, a indicação de proteção do indivíduo doente contra reexposição ocupacional a agentes patogênicos sensibilizantes ou de efeito cumulativo, a existência de hipersuscetibilidade ao agente relacionado com a etiologia da doença, a idade, a escolaridade e o potencial para a readaptação profissional, além do mercado de trabalho e outros fatores exógenos, bem como os dispositivos legais pertinentes, acordos coletivos, dentre outros (BRASIL, 2018).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é, atualmente, o padrão mundialmente adotado pela Organização Mundial de Saúde para a conceitualização, classificação e mensuração da funcionalidade e incapacidade. É gratuita, possui linguagem padronizada e base conceitual para a sua definição e mensuração, com respectivas classificações e códigos, integrando o modelo biopsicossocial. Desse modo, assente o papel dos fatores ambientais no seu surgimento, além do papel das condições de saúde (OMS, 2013). Introduz um novo panorama para a compreensão da situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmica e complexa, compatível com o quadro dimensional que envolve a experiência completa de saúde (SALVETTI et.al, 2012).

Reconhece a incapacidade como um termo abrangente englobando deficiências, limitações de atividades, com os qualificadores de capacidade e desempenho, relacionando os fatores ambientais que interagem com todos esses constructos (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Considera, por sua vez, a deficiência como perdas decorrentes de alterações nas funções ou estruturas do corpo e a incapacidade como um termo genérico que engloba deficiências e limitações de atividades, indicando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo e sua condição de saúde com os seus fatores contextuais, sejam eles fatores ambientais e pessoais (OMS, 2004).

Sob essa ótica, Nubila (2010) salienta a assertividade da CIF na definição do processo de incapacidade ao equacionar os ambientes físicos, sociais e comportamentais, a condição de saúde do indivíduo e a sua individualidade (idade, sexo, nível de instrução, crenças, nível cultural e socioeconômico). Dessa maneira, é reconhecido que na presença de um contexto ambiental acessível e de políticas sociais positivas e menos excludentes, a experiência da incapacidade pode ser minorada (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010). Isso se sustenta por fatores não relacionados à doença em si, tendo as questões psicossociais e ocupacionais tais como o medo e dificuldades no ambiente de trabalho como possíveis determinantes (SALVETTI et.al, 2012).

Diante de tamanha complexidade, a incapacidade para o trabalho é derivada de fatores físicos, psicológicos, sociais, administrativos e culturais que, de maneira combinada fusionada e dinâmica ganham sentido e existência impedindo o retorno ao trabalho. Logo, tomá-la como alvo de intervenção da saúde pública, amplia os desafios e possibilidades de se obter maior efetividade das ações em reabilitação, de retorno e promoção à manutenção ao trabalho, ao possibilitar a identificação dos seus determinantes e interações no indivíduo, no contexto ambiental e social e possibilitar ações voltadas para os diferentes níveis de prevenção (BRASIL, 2014). Torna-se por esse ponto, imprescindível discutir as relações sociais de emprego e as políticas públicas de inclusão de pessoas com incapacidades (TAKAHASHI, 2010).

Considerando a interdependência entre a zona de intersecção de atuação da Saúde e da Previdência Social, é premente a definir os critérios para avaliação da incapacidade e da funcionalidade a fim de que possam ser adotados por ambos os setores, facilitando não somente o aspecto técnico e avaliativo, como a comunicação e a articulação entre estes setores visando reinseri-los tanto social como profissionalmente. Nesse contexto, é oportuna a discussão sobre a interdisciplinaridade na definição da incapacidade, particularmente nos casos de alta

complexidade clínica e social, permitindo tomadas de decisões embasadas nas diferentes dimensões (MAENO;VILELA, 2010).

As medidas de proteção social relativas à inclusão dos trabalhadores reabilitados e das pessoas com deficiência estão estabelecidas pela lei que trata dos benefícios da Previdência Social, a lei nº 8.213, de dezembro de 1991. Os artigos 19 e 20 a referida lei assente o acidente do trabalho como sendo o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente, deflagrando desde um simples afastamento, a redução ou perda ou da capacidade para o trabalho ou até mesmo a morte do segurado. Engloba o acidente ocorrido no trajeto do trabalho até o seu domicílio, a doença profissional desencadeada pelo exercício do trabalho específica a determinada atividade; e a doença do trabalho, adquirida em função de condições especiais em que o trabalho é realizado ou se relaciona (BRASIL, 1991).

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), é a autarquia federal responsável pela concessão de benefícios por incapacidade (previdenciários ou acidentários) no Brasil. Tais benefícios resultam de afastamentos por mais de 15 dias decorrentes dos riscos ambientais do trabalho, no entanto, contempla somente uma parcela da população economicamente ativa: o segurado empregado, o empregado doméstico, o trabalhador avulso e o segurado especial, no exercício de suas atividades (BAHIA, 2014). Inevitavelmente, para se valer do benefício é necessária a caracterização técnica do acidente ou doença pela perícia médica, através do reconhecimento técnico do nexos causal, e, somente a partir daí tem-se a decisão de encaminhamento do segurado para retorno ao trabalho ou emissão de um parecer sobre o afastamento (BRASIL, 2016).

3.5 A saúde do trabalhador no SUS

O cuidado à saúde dos trabalhadores, sob a ótica da esfera pública foi concebida pela Constituição Federal de 1988 por meio da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, ao reforçar o conceito ampliado de saúde, incorporando à Saúde Pública questões de saúde do trabalhador (BRASIL, 2005). Em 2002, criou-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador (RENAST), principal estratégia de implementação da Política para a área nos estados, distrito federal e municípios, visando uma otimização na sua institucionalização e organização de ações a partir da Atenção

Primária à Saúde (APS) e redefinição do papel a ser cumprido pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador -CEREST (LACERDA E SILVA; DIAS, 2011).

A RENAST apresenta as ações de Saúde do trabalhador cujo objetivo é a promoção e proteção da saúde desses indivíduos através de ações de vigilância dos riscos referentes ao trabalho, agravos à saúde e da assistência aos mesmos, e, executa diagnóstico situacional, tratamento e reabilitação integrados ao SUS (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JUNIOR, 2016). Desde então, a efetiva implementação das ações de Saúde do Trabalhador (ST) e de Saúde Ambiental no SUS têm sido discutidas, sendo irrefutável, primeiramente, a sua inserção na Atenção Básica à Saúde e na Estratégia Saúde da Família (ESF), portas de entrada do Sistema, e via pela qual a Saúde Pública se aproxima com o cotidiano de vida, saúde e doença dos cidadãos e cidadãs. Entretanto, ainda são muitas as dificuldades para a efetiva incorporação das relações produtivas, ambientais e de saúde nesse nível de organização do SUS (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Nesse escopo, é importante ressaltar a inclusão apenas do critério domiciliar para obtenção do acesso aos serviços de saúde na ESF, sendo necessária a inserção não somente dos residentes desse território, mas também dos trabalhadores das equipes, que passam grande parte da sua vida nesses lugares (DIAS E SILVA, 2013).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelece que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

Para ampliação e consolidação da Atenção Básica, foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao organizar a atuação em território, possibilitando relação entre a equipe e usuários do sistema de saúde com prioridade das ações educativas na interferência do processo de saúde -doença da população, ofertando autonomia individual e coletiva e melhor qualidade de vida (MACIAZEKI-GOMES et al, 2016).

Todavia, percebe-se é que a existência de leis e pretensões são insuficientes para modificar o desenvolvimento técnico-operacional das práticas de saúde em ST. Tomando como base a proposta da Atenção Básica no SUS, nota-se a necessidade do preparo das equipes nesse nível de atenção na inclusão do trabalho como elemento chave na vida das pessoas e como determinante do processo saúde/doença e, isto é, viabilizador do desenvolvimento de ações como é proposto na referida portaria (DO AMARAL DIAS, 2013).

Atualmente, verificamos as rotinas de trabalho na Atenção primária à Saúde centradas em atendimentos previamente agendados com o usuário, ações contempladas pelos principais programas de saúde, porém sem abranger a ST. Desse modo, dentre as diversas intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde estão sendo desenvolvidos apenas registros de agravos relacionados ao trabalho. (SILVA et al, 2016).

Uma importante colaboração para a integralidade no cuidado aos usuários trabalhadores são as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), principalmente pela sua aproximação com o território de atuação o que possibilita reconhecer, na maioria das vezes intuitivamente, a influência do trabalho na saúde das pessoas, bem como, os processos produtivos desenvolvidos no espaço domiciliar e peridomiciliar e suas relações com o adoecimento, e o perfil ocupacional dos residentes nesse território, suas queixas, demandas e conflitos relacionados ao trabalho (LACERDA E SILVA; DIAS, 2011; DIAS E SILVA, 2013). Desempenham, por sua vez, função intermediadora entre o saber técnico e popular, entre equipe de saúde e comunidade, estando inserido na cultura local, destacando-se como um negociador de práticas em saúde (MACIAZEKI-GOMES et al, 2016).

Contudo, as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos/doenças prescritas para serem desenvolvidas pelos ACS no campo da Saúde do Trabalhador são limitadas por diversos fatores, particularmente, pela carência de informações sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores; execução de ações prioritárias direcionadas aos grupos definidos a partir de diretrizes nacionais, como, por exemplo, o controle da hipertensão e diabetes e a persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas (LACERDA E SILVA; DIAS, 2011).

Não obstante, usualmente esses profissionais queixam-se da falta de continuidade do cuidado, qualificação inadequada para o entendimento e orientação sobre essas questões, difícil interlocução entre as equipes, escassez de tecnologia disponível para registro, comunicação e

informatização dos dados o que fragiliza suas as atribuições (SILVA et al, 2016; MACIAZEKI-GOMES et al, 2016).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, tenciona à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS 3.252/09). Ao seguir os princípios da universalidade e integralidade do cuidado esbarra na tradição brasileira de assegurar este direito apenas aos trabalhadores do setor formal, com carteira de trabalho assinada (BRASIL, 2017). Assim, com o aumento e diversidade da informalidade e da precarização do trabalho, do desemprego e más condições de trabalho, rompe a invisibilidade das condições de saúde e trabalho dos trabalhadores informais, abrindo perspectivas inovadoras de intervenção e proteção em saúde (BRASIL, 2018).

Sobre as ações de VISAT, registros na literatura técnica demonstram que as equipes de saúde da família reconhecem, no dia a dia, problemas de saúde relacionados ao trabalho, porém encontram dificuldades para manejar esses agravos e doenças, assim como no desenvolvimento de intervenções sobre os processos produtivos geradores de danos à saúde e o ambiente nos territórios sob sua responsabilidade sanitária. A situação se torna mais complexa quando se considera o cenário de mudanças nos processos produtivos decorrentes da incorporação de novas tecnologias e estratégias de gestão, que geram intensificação e flexibilização do trabalho organizado em cadeias produtivas, que ocupam espaços da rua e das casas, com crescente importância do trabalho realizado no domicílio e no peridomicílio dos trabalhadores, muitas vezes envolvendo a família e incorporando crianças e idosos, grupos mais vulneráveis da população, em atividades perigosas e informais, descoberto de garantias trabalhistas, e da proteção previdenciária (DIAS et. al, 2016).

4. MÉTODOS

O presente estudo integra o “componente I” do macro projeto multicomponente de pesquisa-intervenção Interinstitucional “Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família em Salvador: compreender para agir” que pretende descrever o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores, o mapeamento do perfil produtivo e processos de trabalho

existentes no território e o desenvolvimento de práticas integradas de intervenção, educação permanente e matriciamento em ST na ESF.

4.1 Desenho de estudo e população

Foi realizado um estudo de corte transversal, descritivo e de base populacional com todos os trabalhadores remunerados, formais e informais, na faixa etária acima dos 18 anos de idade, independente da sua ocupação, em uma microárea da Unidade de Saúde da Família da Federação, no Município de Salvador, Bahia.

4.2 Local da pesquisa

A Federação é um bairro central, bastante populoso e de composição economicamente heterogênea variando da classe média alta com condomínios de alto padrão de luxo e conforto à pobreza e miséria com grandes favelas muitas vezes com trechos de difícil acesso. É sede de universidades, escolas, igrejas, cemitérios, hospitais e possui uma população de 36.362 habitantes, com rendimento médio de R\$: 2.276,30 mensal (BAHIA,2016).

A unidade de saúde da família da Federação está localizada na Rua Pedro Gama, nº 28, no final de linha do ônibus do Bairro da Federação e é constituída por cinco equipes de saúde, compostas por enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo elas: ESF do Parque São Braz; ESF Vila da Pedra; ESF Jardim Federação; ESF Avenida Vera e ESF Silvestre de Farias. Essas equipes são referidas pelos profissionais e os usuários por cores, sendo a ESF do Parque São Braz a cor Lilás; a ESF Vila da Pedra a cor Amarela; a ESF Jardim Federação a cor Vermelha; a ESF Avenida Vera a cor Verde e a ESF Silvestre de Farias a cor Azul. Todas as cinco equipes contam com seis ACS em cada e somente a ESF do Parque São Braz não possui equipe de saúde bucal.

Essa unidade de saúde já está implantada no bairro há aproximadamente 15 anos e assiste a uma população, segundo o último cadastramento, de 13.192 pessoas. Está inserida em um dos 12 distritos sanitários de Salvador - BA, o distrito Barra - Rio Vermelho. Atende aos indivíduos moradores da área adstrita em todos os ciclos de vida e os serviços prestados segundo os eixos prioritários da atenção primária.

4.3 Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu no domicílio dos entrevistados através de visita domiciliar na companhia do Agente Comunitário de Saúde – ACS responsável pela microárea. A entrevista foi agendada em hora e local de acordo com a conveniência do participante. Nos casos em que o domicílio foi encontrado fechado por mais de três visitas previamente agendadas, foram considerados como perdas.

Antes da coleta de dados do estudo, os entrevistadores (voluntários, alunos de graduação, mestrado) foram treinados através da leitura do questionário e explicação de cada instrumento que foi utilizado, bem como as implicações éticas referentes a uma pesquisa apresentada na Resolução Nº 466/2012. Os dados foram coletados empregando questionário individual construído com base na revisão da literatura testado previamente em estudo piloto, constituído por 4 blocos, sendo o bloco 1, relacionado as características sociodemográficas, o bloco 2 avaliando a história de emprego e trabalho e características ocupacionais, o bloco 3 contemplando questões relacionadas aos hábitos de vida, cuidado a saúde e saúde autorreferida e o bloco 4 voltado para questões acerca acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (APÊNDICE).

Utilizou também de questionários conhecidos internacionalmente e validados no Brasil, como: Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), o *Job Stress Escala* (escala de estresse no trabalho) e a escala SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire*)(MARTINEZ ET AL., 2009; PASCHOAL; TAMAYO, 2004; SANTOS ET AL., 2010; ARAÚJO; KARASEK, 2008).

O ICT apresenta uma série de questões as quais consideram as exigências físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde e recursos do trabalhador, e sua análise tomará como base pontuações que podem variar de 7-49 pontos, sendo essa capacidade classificada em baixa(7-27 pontos), moderada (28-36 pontos), boa (37-43 pontos) e ótima (44-49 pontos) (TOUMI ET AL., 2005). Foi optado dicotomizar em capacidade para o trabalho inadequada (<37 pontos) e ICT adequado (≥ 37 pontos) (FISHER, 2005).

A ferramenta “Job Stress Escala” (escala de estresse no trabalho) foi utilizada na intenção de identificar o estresse que o trabalho pode gerar no trabalhador. Apresenta 17 questões subdivididas em dimensões que avaliam demandas psicológicas (5) e controle no trabalho (6) e o relacionamento com os seus superiores e colegas (6). Consiste numa adaptação do modelo de Karasek realizado por Theorell em 1988. Os valores serão obtidos pelas somas dos escores das questões, que tem resposta tipo escala Likert (1-4) com demanda psicológica apresentando variação de 5 a 20 e quanto maior o valor, maior a demanda. O escores das dimensões controle

e apoio social variaram de 6 a 24 cada, sendo maior o controle e apoio representados pelos valores mais altos (ALVES et al., 2004).

A sintomatologia de transtornos mentais foi avaliada pela escala SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire*), que contém 20 itens e rastreia transtornos mentais não-psicóticos (ansiedade, de humor e somatoformes) através de respostas do tipo sim/não. A escala é recomendada pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, sendo validada para a população brasileira por Mari e Williams em 1986. Os participantes com pontuações 8 ou mais serão considerados SRQ positivo, ou seja, com possível presença de transtornos mentais comuns (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

4.5 Variáveis do estudo

A variável dependente do estudo foi a incapacidade para o trabalho medida pelo Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), onde adotou-se capacidade inadequada (<37) como *proxy* de incapacidade.

As variáveis independentes foram: idade (em anos); sexo (feminino, masculino); raça (branca, preta, parda, indígena, oriental), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, completo, ensino médio incompleto, completo, superior incompleto, completo, especialização, mestrado, doutorado), profissão, atividade realizada, tipo de vínculo (carteira assinada, sem carteira assinada, autônomo, servidor público estatutário, servidor público celetista, cooperativado, trabalhador avulso, empregador, terceirizado), jornada de trabalho (dias trabalhados na semana, horas trabalhadas no dia, horas trabalhadas na semana), tempo de atuação, local de trabalho, estresse no trabalho, tabagismo (sim, não, ex-fumante), consumo de álcool (sim, não), prática atividade física (sim, não), dias praticados (até 2 dias, 3 dias ou mais), peso (kg), altura(m), demanda psicológica (baixa demanda, alta demanda), controle no trabalho (baixo controle, alto controle), doença relacionada ao trabalho (sim, não), transtorno mental comum (sim, não), riscos à saúde presentes no trabalho (vírus, bactérias, fungos, ventilação, temperatura, iluminação, radiação ionizante, exposição ao sol, substâncias químicas, trabalho em postura estática, movimentos repetidos, equipamentos inadequados, trabalho sobre pressão de chefia ou colegas),

4.6 Análise dos dados

Os dados foram coletados em tablets e a entrada dos arquivos foi através do Open Data Kit (ODK). As variáveis contidas no instrumento foram identificadas, codificadas e descritas no Livro de Códigos. Em seguida, o banco de dados foi estruturado com as variáveis codificadas e por fim, foi realizada uma análise descritiva das variáveis, onde foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis descritoras de acordo com o desfecho empregando-se o *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows versão 22.0.

4.7 Aspectos éticos

Todas as pessoas residentes e na faixa etária estipulada nos domicílios selecionados foram identificadas, informadas em relação à natureza, objetivos, procedimentos adotados, finalidades e relevância social da pesquisa e convidadas a participar da mesma, após formalização mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em observância à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O TCLE foi preenchido e assinado em duas vias, sendo uma para o entrevistado e a outra para o pesquisador. Foram tomadas todas as medidas resguardando a identidade, o sigilo e o uso das informações somente para fins científicos, proporcionando a beneficência e a não maleficência tal como a confidencialidade dos dados, sendo respeitada a autonomia e a liberdade de recusa da participação e/ou consentimento em qualquer fase do estudo. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), de acordo com o Parecer nº 2.677.897 (ANEXO 2).

5. ARTIGO

Características de trabalhadores com capacidade inadequada para o trabalho em uma microárea adscrita à estratégia de saúde da família

Resumo: O trabalho acarreta distintos efeitos na saúde e vida dos trabalhadores agravando o quadro de doenças e riscos de acidentes incapacitantes. Objetivo: descrever características dos trabalhadores com capacidade inadequada para o trabalho em uma área adscrita à Estratégia de Saúde da Família. Métodos: estudo transversal, descritivo com trabalhadores remunerados, acima de 18 anos de idade, residentes em uma microárea abrangida por uma equipe da Unidade de Saúde da Família da Federação, no Município

de Salvador, Bahia. Resultados: Foram caracterizados 98 trabalhadores cuja prevalência de capacidade para o trabalho inadequada foi de 16,3%, principalmente entre os negros (87,5%), com idade de 36 anos ou mais (68,8%), tempo de atividade de até 15 anos (75%) e vínculo informal (75%). Eram ativos fisicamente (55,6%), consumiam bebida alcoólica (68,8%), com consumo superior a três dias na semana (85,7%) e poucos eram fumantes (12,5%). O trabalho caracterizava-se como de baixa demanda psicológica (68,8%), e baixo controle (56,2%). Conclusão: Os resultados confirmam a presença de características consideradas como influenciadoras no desencadeamento e perpetuação da capacidade inadequada entre os trabalhadores. Desse modo, identificar e eliminar esses fatores quando possível é fundamental para prevenir, manter e aprimorar a capacidade laboral e uma melhor qualidade de vida ao trabalhador.

Palavras-chave: Avaliação da capacidade para o trabalho; Saúde do Trabalhador; Epidemiologia Descritiva; Estratégia de saúde da Família; Atenção básica.

INTRODUÇÃO

Diante da reestruturação produtiva, fenômeno observado mundialmente, diversas mudanças puderam ser observadas no âmbito do trabalho, tais como a forma e disponibilidade dos postos com aumentos expressivos da mecanização, as novas exigências intelectuais e de qualificações, multifunções, a intensificação das extra jornadas, além de todas as formas de superexploração e precarização do trabalho, como baixos salários e ritmos intensos (ANTUNES, 2009; DE OLIVEIRA; MASSARO, 2014; PEREIRA, DOLCI, & COSTA, 2016).

No Brasil, esses reflexos têm sido observados com a extinção de postos tradicionais e com a deterioração do trabalho nas suas distintas dimensões resultando em vulnerabilidade política e organizacional desses trabalhadores, seja através do descumprimento dos direitos trabalhistas, ora nas péssimas condições com o qual o trabalho é executado podendo refletir na piora das condições de saúde e os índices aumentados de acidentes (DRUCK, 2011). Parte desses efeitos manifestam-se, pelos adoecimentos com nexo laboral, sobretudo aqueles relacionados às lesões osteomusculares e transtornos mentais, podendo limitar temporária ou definitivamente a vida do trabalhador (DUTRA; COSTA; SAMPAIO, 2016; ANTUNES; PRAUN, 2015).

Entende-se como incapacidade para o trabalho a impossibilidade da sua execução, seja por um problema estrutural ou funcional do corpo, ou por dificuldades no cumprimento, na

participação de tarefas e, até mesmo, nas relações sociais no local de trabalho (KNARDAHL, JOHANNESSEN, STERUD, et al., 2017). Para fins previdenciários, incapacidade laborativa foi definida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) como a “impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade em consequência de alterações morfopsicofisiológicas provocadas por doença ou acidente” e classificada quanto ao grau, como parcial ou total e, quanto a duração, como temporária ou permanente (BRASIL, 2001).

É resultante de condições médicas e de fatores complexos como idade, sexo, antropometria, educação, condição psicológica, socioeconômica e tipo de demanda da ocupação, constituindo-se numa atribuição médico-administrativa, e que, de maneira combinada, integrada e dinâmica acaba impedindo o retorno ao trabalho contribuindo para o decréscimo da qualidade de vida e da percepção de saúde, sendo um importante preditor de morbimortalidade (BRASIL, 2014; DUTRA; COSTA; SAMPAIO, 2016; BRASIL, 2018).

Nesse escopo, a incapacidade laboral acarreta grandes perdas de produção e custos de compensação para as sociedades sendo imperativo considerar que o nível de capacidade de trabalho relativo às habilidades necessárias para executar e se manter trabalhando é variável ao longo do tempo (KNARDAHL, JOHANNESSEN, STERUD, et al., 2017). Requer, portanto, investimento da sociedade como um todo devido a sua complexidade e inúmeros fatores associados sejam físicos, psicológicos, sociais, administrativos e culturais (BAHIA, 2014).

Atualmente a incapacidade para o trabalho tem sido considerada um problema de saúde pública por ser um fenômeno crescente no Brasil impactando diretamente na vida do trabalhador e na economia do país, não somente pelo pagamento dos benefícios previdenciários, mas também pela interrupção temporária ou permanente da vida produtiva, principalmente quando adultos jovens. (BRASIL, 2014, LADITKA, 2018).

Em 2017, o número de trabalhadores afastamentos do trabalho devido a doenças ou acidentes ocupacionais no Brasil foi de 455.907 temporários e 12.651 permanentes, (BRASIL, 2017). Esses dados, referem-se apenas aos trabalhadores cobertos pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT), excluindo das estimativas os autônomos, domésticos, funcionários públicos estatutários, subempregados, trabalhadores rurais, entre outros o que abre uma enorme lacuna ao impedir a constatação da estimativa real da incapacidade para o trabalho (BAHIA, 2016).

Diante do cenário marcado pelo incremento da informalidade, desamparo das garantias trabalhistas, coberturas previdenciárias e expansão do trabalho realizado no domicílio e no

peridomicílio dos trabalhadores, muitas vezes com participação familiar e com a incorporação de grupos mais vulneráveis como crianças e idosos, percebe-se um aumento da responsabilidade do SUS e principalmente, da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família e a necessidade de um olhar mais atento a essa realidade em âmbito nacional (CRAVEIRO et.al, 2016). No atual modelo de atenção do SUS, a Atenção Básica é a porta de entrada para o desenvolvimento do cuidado diferenciado aos trabalhadores, incorporando o trabalho como um determinante do processo saúde-doença (DIAS; SILVA, 2013).

Para tanto cabe a ela realizar periodicamente o diagnóstico situacional de saúde dos indivíduos na área adscrita, identificar as suas necessidades, mapear as atividades produtivas desenvolvidas e detectar os riscos inerentes as situações de vulnerabilidade socioambiental decorrentes dessas atividades e, a partir daí, planejar e executar as ações de saúde com o entendimento da integralidade dessas ações e a indissociação no aspecto preventivo e curativo, embora haja prioridade às ações de promoção e vigilância em saúde (BRASIL, 2018).

Por esse motivo é fundamental que as Estratégias de Saúde da Família conheçam a população trabalhadora, suas características e necessidades de modo que estejam preparadas para identificar esses problemas e lidar com esses trabalhadores numa perspectiva integralizada e mais igualitária. Assim, esse trabalho objetivou caracterizar os trabalhadores com capacidade inadequada para o trabalho em área adscrita à Estratégia de Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo. A população estudada foi composta por todos os trabalhadores remunerados, acima de 18 anos de idade, residentes em uma microárea abrangida por uma equipe da Unidade de Saúde da Família da Federação, no Município de Salvador, Bahia.

O instrumento para coleta dos dados foi construído com base na revisão da literatura e previamente testado em estudo piloto. Apresenta-se em blocos: 1) Caracterização dos participantes; 2) Características ocupacionais; 3) Hábitos de vida, cuidado a saúde e saúde autorreferida 4) acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (APÊNDICE). Utilizou também de questionários conhecidos internacionalmente e validados no Brasil, como: Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), o *Job Stress Escala* (escala de estresse no trabalho) e a

escala SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire*) (MARTINEZ ET AL., 2009; PASCHOAL; TAMAYO, 2004; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA., 2010; ARAÚJO & KARASEK, 2008).

A coleta de dados ocorreu no período de Dezembro/2019 a Fevereiro/2020, no domicílio dos trabalhadores por entrevistadores previamente treinados. Diante da impossibilidade do trabalhador em responder ao questionário no momento da visita, agendou-se outro dia e horário de acordo com a conveniência do participante. Os domicílios encontrados fechados por mais de três visitas previamente agendadas, ou recusas na participação foram considerados como perdas.

As variáveis descritoras selecionadas para este estudo foram:

- 1) Sociodemográficas : sexo (masculino, feminino); idade (até 35 anos, 36 anos ou mais); cor da pele autorreferida (não negros, negros); situação conjugal (com companheiro, sem companheiro); escolaridade (ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo); religião (sim, não); possuir filhos (sim, não); renda pessoal (até 2, mais de 2 salários-mínimos) e familiar mensal (até 2, mais de 2 salários-mínimos).
- 2) Hábitos de vida, cuidado a saúde e saúde autorreferida: prática de atividade física (sim, não); índice de massa corpórea (IMC) (<25 peso adequado, >= 25 sobrepeso); consumo de bebida alcoólica (sim, não); frequência de consumo semanal (até 2 dias semana, acima de 3 dias); tabagismo (sim, não); prática de atividades de lazer (sim, não); saúde autorreferida (boa, ruim); possuir plano de saúde (sim, não).
- 3) Ocupacionais: idade do primeiro emprego (até 18 anos, 18 anos ou mais); tipo de vínculo (trabalhador formal: carteira assinada, estatutário e servidor celetista, terceirizado; trabalhador informal: autônomo, avulso, empregador, cooperativado); tempo na atividade em anos (até 15 anos ou 16 anos ou mais); ramo de atividade econômica em que trabalha (alimentação, doméstico, construção, comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas, indústria, transporte, armazenagem e correio, atividades administrativas e serviços complementares, educação, saúde humana e serviços sociais, artes, cultura, esporte e recreação, outras atividades de serviços domésticos); local de trabalho (domicílio, fora do domicílio), dias trabalhados na semana (< 5 dias, >5 dias); jornada de trabalho em horas (até 40, maior que 40); demanda psicológica (baixa, alta); controle no trabalho (baixo, alto); doença relacionada ao trabalho (sim, não); transtorno mental comum (sim, não).

- 4) Riscos no trabalho: Percebe riscos à saúde no trabalho (sim, não, NSA), riscos à saúde presentes no trabalho (biológico, físico, químico, ergonômico e psicossocial, mecânico e de acidentes).

A caracterização do ramo de atividade econômica foi baseada nas divisões da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), sendo elas: Alimentação; Doméstico; Construção; Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas; Indústria; Transporte, armazenagem e correio; Atividades administrativas e serviços complementares; Educação; Saúde humana e serviços sociais; Artes, cultura, esporte e recreação; Outras atividades de serviços.

Para avaliação do excesso de peso em nível populacional, foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), recomendado pela OMS e estimado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo. A fórmula para o cálculo do IMC é: peso (em kg) dividido pela altura² (em metros). Os pontos de corte adotados foram: IMC abaixo de 18,5 kg/m² considerado baixo peso ou desnutrido, eutrófico ou peso adequado entre >18,5 e <25 kg/m², sobrepeso entre ≥ 25 kg/m² e <30 kg/m² e obeso com >30 kg/m² (BRASIL, 2014).

Para obter a demanda psicológica e o controle no trabalho foi utilizada a escala de estresse no trabalho- *Job Stress Scale*, versão adaptada para o Brasil por Alves et. al (2004). Para a categorização da variável em alto e baixo, adotou-se como ponto de corte a mediana (COELHO ET AL., 2018; TEIXEIRA ET AL. 2015; ARAUJO; GRAÇA; ARAUJO, 2003): baixa demanda (5-15 pontos) e alta demanda (16-20 pontos); e a mediana do controle no trabalho (20 pontos), subdividindo estas dimensões em baixo controle (6-20 pontos) e alto controle (21-24 pontos).

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados pela escala SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire*). Adotou-se como ponto de corte para suspeição de TMC 7 ou mais respostas positivas para mulheres e acima de 5 para os homens (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2010).

A variável dependente do estudo foi a capacidade para o trabalho medida pelo Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Construído com base em um questionário autoaplicável composto de dez itens, sintetizados em sete dimensões: (1) capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida, (2) capacidade para o trabalho em relação a exigências físicas, (3) número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico, (4) perda estimada para o trabalho por causa de doenças, (5) faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses, (6)

prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos e (7) recursos mentais. Sua análise tem como base pontuações que podem variar de 7-49 pontos, sendo essa capacidade classificada em baixa (7-27), moderada (28-36), boa (37-43) e ótima (44-49) (TOUMI ET AL., 2005; ILMARINEN, 2001). De acordo com Cordeiro et al. (2018) existem algumas lacunas com relação aos pontos de corte das categorias do ICT para utilizar a escala categórica com confiabilidade e precisão (CORDEIRO ET AL., 2018). Dessa maneira, optou-se por dicotomizar em capacidade para o trabalho inadequada (<37 pontos) e capacidade para o trabalho adequada (≥ 37 pontos) (FISHER, 2005).

Os dados foram coletados em tablets e a entrada dos arquivos foi através do Open Data Kit (ODK). Na análise, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis descritoras de acordo com o desfecho empregando-se o *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for *Windows* versão 22.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), de acordo com o Parecer nº 2.677.897 (ANEXO 1). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, previamente à coleta dos dados.

RESULTADOS

Na microárea investigada, participaram do estudo 134 trabalhadores, havendo 14 recusas/perdas. Devido a problemas na base de dados, perderam-se informações sobre as variáveis referentes à capacidade para o trabalho de 26 entrevistados. Assim, apresentam-se os achados para 98 trabalhadores.

A prevalência de capacidade para o trabalho inadequada foi de 16,3%. Com maior frequência, ocorreu entre os participantes com idade de 36 anos ou mais (68,8%), negros (87,5%), sem companheiro (62,5%), escolaridade ensino médio incompleto ou completo (50,5%), que possuíam religião (87,5%), com filhos (68,8%) e tinham renda individual e familiar de até 2 salários-mínimos (93,3% e 66,7%, respectivamente). (Tabela 1)

Tabela 1- Características sociodemográficas de acordo com a capacidade para o trabalho de trabalhadores adstritos a uma microárea abrangida por uma equipe Estratégia de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2020.

Variável	n	%	Capacidade para o trabalho			
			Inadequada		Adequada	
			n	%	N	%
Sexo (N=98)						
Feminino	48	49	8	50	40	48,8
Masculino	50	51	8	50	42	51,2
Idade (N=98)						
Até 35 anos	39	39,8	5	31,2	34	41,5
36 anos ou mais	59	60,2	11	68,8	48	58,5
Cor da pele autorreferida (N=98)						
Não negros	5	5,1	2	12,5	3	3,7
Negros	93	94,9	14	87,5	79	96,3
Situação Conjugal (N=98)						
Com companheiro	39	39,8	6	37,5	33	40,2
Sem companheiro	59	60,2	10	62,5	49	59,8
Escolaridade (N=98)						
Ensino fundamental incompleto/completo	14	14,3	2	12,5	12	14,6
Ensino Médio incompleto/ completo	62	63,3	8	50,5	54	65,9
Ensino Superior incompleto/ completo	22	22,4	6	37,5	16	19,5
Religião (N=98)						
Sim	74	75,5	14	87,5	60	73,2
Não	24	24,5	2	12,5	22	26,8
Possui filhos (N=98)						
Sim	70	71,4	11	68,8	59	71,9
Não	28	28,6	5	31,2	23	28,1
Renda Individual (em salário-mínimo) (N=96)						
Até 2	86	89,6	14	93,3	72	88,9
Mais de 2	10	10,4	1	6,7	9	11,1
Renda Familiar (N=90)						
Até 2	60	66,7	8	66,7	52	66,7
Mais de 2	30	33,3	4	33,3	26	33,3

Com relação aos hábitos de vida, os participantes com capacidade para o trabalho inadequada, praticavam atividade física (55,6%), não havendo diferença na proporção entre peso adequado e sobrepeso (50% para ambos). Já o consumo de bebida alcoólica foi relatado por mais da metade desses indivíduos (68,8%), com consumo superior a três dias na semana (85,7%) e baixo relato de tabagismo (12,5%).

Com relação à atividade de lazer, muitos indivíduos com capacidade inadequada afirmaram desempenhar (87,6%) e quase que a totalidade considerou a saúde como boa (93,8%) e não possuíam plano privado de saúde (81,3%). (Tabela 2)

Tabela 2- Hábitos de vida, cuidado a saúde e saúde autorreferida de acordo com a capacidade para o trabalho de trabalhadores adstritos a uma microárea abrangida por uma equipe Estratégia de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2020.

Variável	n	%	Capacidade para o trabalho			
			Inadequada		Adequada	
			n	%	N	%
Prática de atividade física regular (N=42)						
Sim	32	76,2	5	55,6	27	84,4
Não	10	23,8	4	44,4	6	18,2
Índice de massa corporal (IMC) (N=98)						
<25(peso adequado)	33	33,7	8	50	25	30,5
>=25 (sobrepeso)	65	66,3	8	50	57	69,5
Consumo de bebida alcóolica (N=98)						
Sim	73	74,5	11	68,8	62	75,6
Não	25	25,5	5	31,2	20	24,4
Consumo por semana (N=73)						
Até 2 dias na semana	50	68,5	1	14,3	45	72,6
Acima de 3 dias	23	31,5	6	85,7	17	27,4
Tabagismo (N=98)						
Sim	7	7,1	2	12,5	5	6,1
Não	91	92,9	14	87,5	77	93,9
Realização de atividade de lazer (N=98)						
Sim	85	86,7	14	87,6	71	86,6
Não	13	13,3	2	15,4	11	13,4
Plano de Saúde (N=98)						
Sim	16	16,3	3	18,7	13	15,9
Não	82	83,7	13	81,3	69	84,1
Saúde autorreferida (N=98)						
Boa	66	67,3	15	93,8	51	62,2
Ruim	32	32,7	1	6,2	31	37,8

De acordo com as características e condições de trabalho, a maioria tinha 18 anos de idade quando começou a trabalhar (56,2%), era trabalhador informal (75%), tempo de atividade de até 15 anos (75%), trabalhavam em atividades de comércio e reparação de veículos automotores e motocicletas (31,1%), com o trabalho realizado fora do domicílio (81,2%) sendo esse trabalho geralmente realizado em até 5 dias na semana (56,3%).

Considerando os aspectos psicossociais, o trabalho se caracterizou como de baixa demanda psicológica (68,8%), embora tivessem também baixo controle (56,2%). A doença relacionada ao trabalho foi pouco mencionada dentre o grupo (6,2%) assim como não foi identificada sintomatologia sugestiva de transtorno mental comum entre a maioria desses indivíduos (87,5%). (Tabela 3)

Tabela 3- Características ocupacionais de acordo com a capacidade para o trabalho de trabalhadores adstritos a uma microárea abrangida por uma equipe Estratégia de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2020.

Variável	n	%	Capacidade para o trabalho			
			Inadequada		Adequada	
			n	%	N	%
Idade primeiro emprego (N=98)						
Até 18 anos	61	62,2	7	43,8	54	65,9
18 anos ou mais	37	37,8	9	56,2	28	34,1
Vínculo (N=98)						
Trabalhador formal	33	33,7	4	25	29	35,4
Trabalhador informal	65	66,3	12	75	53	64,6
Tempo na atividade (N=98)						
Até 15 anos	76	77,6	12	75	64	78,1
16 anos ou mais	22	22,4	4	25	18	21,9
Ramo de atividade econômica em que trabalha (N=98)						
Alimentação	8	8,2	1	6,3	7	8,6
Doméstico	15	15,3	2	12,5	13	15,8
Construção	5	5,1	2	12,5	3	3,7
Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas	18	18,4	5	31,1	13	15,8
Indústria	2	2	1	6,3	1	1,2
Transporte, armazenagem e correio	4	4,1	-	-	4	4,9
Atividades administrativas e serviços complementares	20	20,4	2	12,5	18	22
Educação	2	2	-	-	2	2,4
Saúde humana e serviços sociais	4	4,1	-	-	4	4,9
Artes, cultura, esporte e recreação	7	7,1	2	12,5	5	6,1
Outras atividades de serviços	13	13,3	1	6,3	12	14,6
Local de Trabalho (97)						
Domicílio	21	21,6	3	18,8	18	22,2
Fora do domicílio	76	78,4	13	81,2	63	77,8
Jornada de trabalho semanal (em horas) (N=98)						
Até 40	52	53,1	8	50	44	53,7
Maior que 40	46	46,9	8	50	38	46,3
Dias trabalhados na semana (N=98)						
<5 dias	60	61,2	9	56,3	51	62,2
>5 dias	38	38,8	7	43,7	31	37,8

Demanda psicológica (N=98)						
Baixa	55	56,1	11	68,3	44	53,7
Alta	43	43,9	5	31,2	38	46,3
Controle no Trabalho (N=98)						
Baixo	60	61,2	9	56,2	51	62,2
Alto	38	38,8	7	43,8	31	37,8
Doença Relacionada ao trabalho (N=98)						
Sim	8	8,2	1	6,2	7	8,5
Não	90	91,8	15	93,8	75	91,5
Transtorno Mental Comum (N=98)						
Sim	35	35,7	2	12,5	33	40,2
Não	63	64,3	14	87,5	49	59,8

Os riscos à saúde presentes no trabalho foram percebidos por metade dos sujeitos com capacidade inadequada (50%) e dentre esses, os riscos ergonômicos e psicossociais foram reconhecidos por todos os respondentes (100%), seguido dos riscos químicos (71,4%). Dentre os riscos ergonômicos e psicossociais, os movimentos repetitivos foram apontados como os mais prevalentes (85,7%) seguido de trabalho executado na mesma posição (57,1%) e pressão do chefe (48%), enquanto, que os produtos químicos foi o unânime dentre os tipos de risco químico descritos (71,4%). (Tabela 4)

Tabela 4- Percepção de riscos à saúde relacionados ao trabalho e seus tipos de acordo com a capacidade para o trabalho de trabalhadores adstritos a uma microárea abrangida por uma equipe Estratégia de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2020.

Variável	n	%	Capacidade para o trabalho			
			Inadequada		Adequada	
			N	%	N	%
Percebe risco à saúde no trabalho (N=98)						
Sim	53	53,1	7	43,7	46	56,1
Não	39	39,8	8	50	31	37,8
Nsa	6	7,1	1	6,3	5	6,1
Riscos percebidos (N=53)						
Biológico (N=31)						
Vírus	25	80,6	1	14,3	24	52,2
Bactérias	29	93,5	2	28,6	27	58,7
Fungos	18	58,1	1	14,3	17	37
Físico (N=29)						
Ruído	3	10,3	-	-	3	6,5
Ventilação	12	22,6	-	-	12	26,1
Radiação não -ionizante	8	15,1	-	-	8	17,4

Temperatura inadequada	21	39,6	2	28,6	19	41,3
Iluminação	6	20,7	-	-	6	13,1
Químico (N=26)	26	49,1	5(71,4)	71,4	21	45,7
Produtos Químicos	25	96,2	5(71,4)	71,4	20	43,5
Poeira	2	7,7	-	-	2	4,3
Ergonômico e psicossocial (N=45)	45	84,9	7	100	38	88,4
Trabalho na mesma posição	35	77,8	4	57,1	31	67,4
Movimentos Repetitivos	36	80	6	85,7	30	65,2
Mobiliário Inadequado	6	13,3	-	-	6	13,1
Pressão dos colegas	7	15,6	1	14,3	6	13,1
Pressão do chefe	16	35,6	3	48,9	13	28,3
Ativo/alerta	1	2,2	-	-	1	2,2
Mecânico e de acidentes (N=19)	19	35,8	2	28,6	17	37
Equipamento antigo	3	15,8	1	14,3	2	4,3
Equipamento Inadequado	5	26,3	1	14,3	4	8,7
Risco de acidente	2	10,5	-	-	2	4,3
Violência urbana	14	73,7	-	-	14	30,4

DISCUSSÃO

Os dados evidenciaram que a capacidade inadequada para o trabalho não foi um evento raro na população estudada. Em outros a prevalência variou entre 9,4% a 17,9% (HOLTERMANN; HANSEN; BURR; ET AL., 2012; JENSEN, 2012; STERUD, 2014 a; SIDORCHUK ET AL., 2012; CORDEIRO; ARAÚJO, 2018). Contudo, percebe-se que o dimensionamento das doenças, acidentes de trabalho e seus reflexos são muito mais desafiadores, complexos e de difícil mensuração do que os revelados nos periódicos por excluir diversas formas de uso do trabalho, como o parcial, o temporário, subcontratado e informal (TORRES et al, 2013).

As características sociodemográficas deste estudo são semelhantes às de outras pesquisas sobre capacidade inadequada para o trabalho constituindo-se em sua maioria por negros, de maior idade, baixa escolaridade e baixa renda (LEE ET AL., 2020; ZAVARIZZI, ALENCAR, 2018; RANK & HIRSCHL, 2014; ROBROEK ET AL., 2013 a). Embora Salvador seja a cidade cuja população é majoritariamente negra (PNAD, 2019), é reconhecido especificamente no âmbito da saúde, desigualdades e vulnerabilidades entre as raças, com os negros apresentando um pior estado de saúde autorreferida quando comparado aos brancos, bem como, maior prevalência de condições crônicas e sobreposição de riscos (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014). Na particularidade

do trabalho, os negros encontram-se em situações mais precárias, com trabalho sem carteira assinada, autônomo, familiar não remunerado e doméstico, principalmente quando mulheres e sem companheiros para compartilhar as despesas domésticas (HARBER-ASCHAN ET AL., 2020; LEE ET AL., 2020; ZAVARIZZI, ALENCAR, 2018; PRONI; GOMES, 2015; FIMLAND ET AL., 2015; OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014; STERUD, 2014^a).

Em referência a idade, com o avançar dos anos há um aumento no comprometimento da saúde e a ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho que dificultarão a recuperação da capacidade laboral. Porém, é preciso salientar que jovens ainda que não tenham comprometimento funcional incapacitante, adoecem e precisam ser considerados (HARBER-ASCHAN ET AL., 2020; MASCARENHAS; CORDEIRO E ARAÚJO, 2017; BARBOSA-BRANCO, 2014). A baixa escolaridade foi outro atributo comum nas pessoas com capacidade inadequada para o trabalho assim como em outros estudos (ZAVARIZZI, ALENCAR, 2018; STERUD, 2014a; SCHURING ET AL., 2013; ROBROEK ET AL., 2013 a), assentindo o efeito negativo das atividades braçais e uma prevalência de afastamento duas vezes maior entre trabalhadores operacionais em relação ao administrativo (LEE ET AL., 2020; GUSTAFSSON; MARKLUND; ARONSSON, 2019; ROBROEK ET AL., 2015).

Afiliação religiosa foi uma característica frequente na população estudada, tanto na geral como naqueles com capacidade inadequada para o trabalho. Ainda que a prática religiosa favoreça na recuperação de doenças físicas e mentais e permitam novas interpretações em situações de estresse, auxiliando na ansiedade e possibilite um maior enfrentamento das adversidades e engajamento para o trabalho, por si só, é insuficiente para reduzir os riscos do desenvolvimento de incapacidade, necessitando de uma participação conjunta da organização com medidas de melhoria associadas (ARIZA-MONTES, et al., 2019 (RIBEIRO et. al., 2019; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016; BAKIBINGA; MITTELMARK, 2014; (ALVES et al., 2010).

Em relação aos hábitos de vida e cuidado à saúde e saúde autorreferida, as pessoas com capacidade inadequada para trabalho não apresentavam hábitos de vida insalubres, contrariando o disposto na literatura, com exceção ao consumo e frequência de bebida alcoólica. No entanto, os hábitos de vida foram autorreferidos e passivos de viés de prevaricação, particularmente quanto ao real consumo ou prática, a exemplo, do álcool e cigarro ou atividade física (VIRTANEN, ERVASTI ET AL., 2018). Outrossim, devido à natureza do estudo, não se pode

identificar se as pessoas com capacidade inadequada para o trabalho mudaram seus hábitos antes ou após a ocorrência dos limites funcionais.

Quanto à prática de atividade física sabe-se que indivíduos fisicamente ativos estão mais preparados para atender as demandas físicas e psicológicas ocupacionais, com conseqüente, melhor capacidade para o trabalho (FIMLAND ET AL., 2015; QUIST ET AL., 2014; ROBROEK ET AL., 2013). Entretanto, seus benefícios e necessidades são diferentes para cada tipo de trabalho, sendo preponderante atingir o nível recomendado semanal (ANDERSEN; IZQUIERDO; SUNDSTRUP, 2017).

O consumo de álcool, por sua vez, quando em altas doses aumenta o afastamento do trabalho por transtornos mentais, assim como a abstinência (ERVASTI ET AL., 2018; KAILA-KANGAS ET AL., 2018). Desse modo, as condições relacionadas ao consumo de álcool e incapacidade não dependem apenas do consumo propriamente dito, sendo fundamental identificar esses padrões de comportamento entre as pessoas nos cuidados de saúde ocupacional, mapear e elaborar uma rede de apoio com um olhar para a saúde mental (SKOGEN ET AL., 2012). Apesar disso, nessa investigação, não se pode avaliar adequadamente a frequência da ingestão, devido às muitas perdas apresentadas na variável.

Outro ponto relevante nesse estudo foi que quase a totalidade das pessoas com capacidade inadequada para o trabalho considerou a sua saúde como boa, contrariando o esperado em outras pesquisas, sendo possível supor que essas pessoas mesmo com redução na capacidade laboral desconsideraram a sua saúde ruim, devido a necessidade de realizar atividades cotidianas como as domésticas e ocupacionais. (ROBROEK ET AL., 2015; STERUD, 2014a; VAN RIJN ET AL., 2014, ROBROEK ET AL., 2013 a.). No mais, a maioria desses indivíduos não possuía plano de saúde e utilizavam o SUS, fato que leva a um maior tempo de espera para realização de consultas e exames, além de maiores dificuldades para agendamentos e continuidade nos atendimentos de reabilitação (ZAVARIZZI, 2018).

Apesar dos estudos considerarem a atividade de lazer, um fator de proteção para o adoecimento e incapacidade (MALTA, 2020; SOUSA, et al, 2020), essa prática foi observada em grande número dos entrevistados com capacidade inadequada. Todavia, é preciso eleger uma perspectiva positiva do lazer com ações focadas na educação e saúde de modo que os trabalhadores estejam ativos, realizando atividades físicas, sem uso de drogas ou qualquer outra prática que favoreça o sedentarismo e comportamentos destrutivos (ANTUNES; NEVES; FURTADO, 2018). Esse direcionamento de como se utiliza o tempo livre pode ter influenciado

nos resultados encontrados, como o consumo de álcool por mais de três dias semanais entre a maioria dos incapacitados, por exemplo.

No que tange as características ocupacionais, nossos achados foram similares a outros trabalhos, com uma maior frequência de indivíduos com capacidade inadequada entre aqueles com menos tempo na atividade e sob o vínculo informal (JESUS; ARAÚJO, 2020; RODRIGUES; FERREIRA, 2011). Corroborando nossos achados estudo afirmou que trabalhadores com menos de cinco anos de experiência têm um risco 20% maior de desenvolver lesões quando comparado a aqueles com tempo maior tempo de experiência, porém essa diferença não é persistente entre os jovens (DONG; WANG, LARGAY, 2015). Além disso, embora seja reconhecido o efeito de maiores jornadas ao maior risco de adoecimento e acidente (COSTA ET AL.; 2018), nesse estudo a jornada de trabalho entre os trabalhadores com capacidade inadequada foi até 5 dias na semana, não podendo afirmar, se isso é decorrente das características intermitentes do próprio trabalho ou das condições de saúde.

Um ponto de destaque devido a atual situação de desemprego no Brasil é a informalidade tão presente no cotidiano e relato dos trabalhadores com capacidade de trabalho inadequada desse estudo. Já é de conhecimento que a saúde de trabalhadores informais é mais comprometida quando comparada aos formais, não somente pelo processo de trabalho, mas também pela característica das atividades realizadas e tipo de exposição ao qual esses indivíduos estão submetidos (BERNADINO; ANDRADE, 2015). Outrossim, sabe-se da existência de iniquidades no acesso aos serviços de saúde, duração do tratamento e o tempo de recuperação dos trabalhadores informais e formais, evidenciado pela menor procura dessas pessoas com vínculos informais aos serviços de saúde, pelo retorno prematuro às atividades por dificuldades financeiras e desproteção social (COCKELL;PERTICARRARI, 2011).

Esses achados podem explicar ainda o baixo relato de doença relacionada ao trabalho e sintomas sugestivos de transtornos mentais encontrados nessa pesquisa, refletindo a questão do não diagnóstico de morbidade relacionadas ao trabalho, uma vez esse trabalho sendo qualificado como de baixa demanda psicológica e também baixo controle. Isso pois já é validado que ter o alto controle, ainda que haja alta demanda psicológica, diminui os efeitos nocivos presentes no trabalho, permitindo novos aprendizados e maior concentração no manejo de estresses rotineiros decorrentes da repetitividade, sobrecarga, pressão de tempo e produtividade (TEIXEIRA ET AL., 2015).

Dessa maneira são necessárias investigações para compreender esses macrodeterminantes e informações sobre características de saúde dos trabalhadores e da demanda atendida pelos serviços de saúde, de modo que além do acesso aos cuidados de saúde, os serviços sejam mais resolutivos, com prestação de cuidados de saúde universais, a fim de eliminar essas iniquidades entre trabalhadores. Uma medida para a redução dessas desigualdades é o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção primária que tem avançado com a estruturação da Estratégia Saúde da Família oportunizando que agentes comunitários de saúde e demais membros possam identificar dificuldades no acesso e o não atendimento da demanda dos trabalhadores (MILQUIN ET AL., 2013).

Os fatores de risco ocupacionais à saúde foram reconhecidos por metade dos trabalhadores com capacidade inadequada, particularmente os ergonômicos e psicossociais, dentre eles, os movimentos repetitivos, na mesma posição e os riscos químicos. A literatura que trata esse assunto é vasta e os resultados são bastante heterogêneos. Contudo, reconhece-se que um em cada quatro casos de afastamento por mais de 40 dias foi atribuído à exposição ergonômica relacionada ao trabalho, com uma forte relação de dose-resposta a processos biomecânicos observados em movimentos repetitivos, sustentação de carga, posturas em pé, com flexão de pescoço, inclinação de tronco e sustentação de carga (STERUD, 2014a). Quanto aos riscos químicos, por essas substâncias estarem presentes em vários ambientes e processos de trabalho credita-se uma maior exposição inclusive com a existência de uma associação entre os riscos e o perfil socioeconômico trabalhador e suas condições de trabalho (CARVALHO et al, 2017; GONÇALVES; DIAS, 2011).

Esse estudo apresentou algumas limitações. O primeiro deles se refere ao desconhecimento do número total de trabalhadores existentes da microárea e assim não se pode afirmar que todos os trabalhadores foram entrevistados, embora tenha realizado as entrevistas em horários e dias distintos, incluindo os finais de semana, visando minimizar perdas e o efeito de auto-seleção (trabalhador sadio ao contrário). Outrossim, houve perdas de observações em algumas variáveis na base de dados por questões técnicas incontornáveis, o que impossibilitou a realização de inferência estatística, limitando o poder analítico do estudo.

É possível também que tenha ocorrido o viés de prevalência uma vez que estudos transversais informam apenas os casos existentes na população no momento da coleta de dados e o viés de prevaricação, por conter perguntas que poderiam causar constrangimentos ou medo de denúncias e perdas de benefícios, como o Bolsa Família. Pensando nisso, os entrevistadores

foram treinados para no primeiro momento, durante a apresentação do TCLE informar o anonimato e o total sigilo das informações, além da pesquisa não ter qualquer relação com o governo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhadores com capacidade de trabalho inadequada tinham acima de 36 anos, na maioria negros, sem companheiros, com baixa escolaridade, possuíam religião, filhos e com renda individual e familiar de até dois salários-mínimos. Com relação aos hábitos de vida, eram ativos fisicamente, sem diferença na proporção entre peso adequado e sobrepeso, consumiam bebidas alcólicas por mais de três dias na semana, com poucos fumantes. Praticavam atividade de lazer, autopercebiam a saúde como boa e não tinham plano de saúde. Começaram a trabalhar com 18 ou mais, eram trabalhadores informais e com tempo de atividade de até 15 anos, desenvolviam atividades de comércio e reparação de veículos automotores e motocicletas na sua maioria, com trabalho realizado fora do domicílio por até cinco dias na semana. O trabalho caracterizava-se como de baixa demanda psicológica e baixo controle, com baixo relato de doença relacionada ao trabalho assim como sintomatologia sugestiva de transtorno mental. Metade desses indivíduos afirmaram perceber riscos à saúde presentes no trabalho, principalmente os fatores ergonômicos e psicossociais, com predomínio dos movimentos repetitivos, trabalho executado na mesma posição e pressão do chefe, respectivamente.

Apesar dos limites apresentados no presente estudo, ele foi inovador por se propor a identificar a capacidade para o trabalho inadequada entre a população de trabalhadores adscritos à Estratégia de Saúde da Família, suas características, independente da ocupação e do tipo de vínculo de trabalho. Assim, pode ser tomado como precursor para a realização de pesquisas de base populacional, particularmente as longitudinais, devido a essa ser um dos atributos da Atenção Básica.

Os resultados reiteram a complexidade envolvida na manutenção da capacidade inadequada para o trabalho e confirmam a presença de características consideradas como influenciadoras no seu desencadeamento e perpetuação. Conhecer a população trabalhadora adstrita a Estratégia de saúde da Família, seu estilo de vida e condições ambientais e de trabalho possibilita preparar a equipe para a identificação precoce desses fatores desencadeadores e/ou perpetuadores, de

forma a criar estratégias menos fragmentadas e reducionistas para atenuá-los ou eliminá-los, e, consequentemente aprimorar a capacidade laboral e qualidade de vida desses indivíduos.

As pesquisas futuras sobre a incapacidade no trabalho devem se concentrar na identificação precoce de trabalhadores em risco, no uso de estratégias mais inovadoras e flexíveis, combinadas com perdas funcionais específicas, na integração mais forte do local de trabalho nos esforços de reabilitação e em uma melhor compreensão do estigma e outros fatores sociais no trabalho, particularmente entre os trabalhadores informais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MM; REIS, ALPP. Acidentes de trabalho com material biológico em profissionais de saúde notificados no Sinan – Bahia 2007-2012. In: Brasil. Ministério da Saúde. **A epidemiologia da saúde do trabalhador no Brasil** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia. – Brasília : Ministério da Saúde, p.223-230, 2020.

ALVES, MGM ET AL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública [online]**. v.38, n.2, p.164-171, 2004.

ALVES, RRN et al . The influence of religiosity on health. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 2105-2111, July, 2010.

AMORIM, LA et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 22, n. 10, p. 3403-3413, 2017.

ANDERSEN LL, IZQUIERDO M, SUNDSTRUP E. Over weight and obesity are progressively associated with lower work ability in the general working population: cross-sectional study among 10,000 adults. **Int Arc Occup Environ Health**; v. 90, p.779-787, 2017.

ANTUNES, P. C.; NEVES, R. L. R.; FURTADO, R. P. O lazer em ações do Ministério da Saúde: ênfase no lazer ativo. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**. Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 3-19, mai.-ago. 2018.

ANTUNES, R; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 123, p. 407-427, 2015.

ANTUNES, R. As configurações do trabalho na sociedade capitalista. **Rev. katálisis** , Florianópolis, v. 12, n. 2, pág. 131-132, dezembro de 2009.

ARAÚJO, TM; GRAÇA, CC; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 4: p. 991-1003, 2003.

ARAÚJO, T; & KARASEK, R. Validade e confiabilidade do questionário de conteúdo profissional em empregos formais e informais no Brasil. **Scandinavian Journal of Work Environment and Health**, v.6 , p.52-59, 2008.

ARIZA-MONTES A; LEAL-RODRÍGUEZ, A; RAMÍREZ-SOBRINO J; MOLINA-SÁNCHEZ H. Safeguarding Health at the Workplace: A Study of Work Engagement, Authenticity and Subjective Wellbeing among Religious Workers. **Int J Environ Res Public Health**. v.16; n. 17, p. 3016, Aug, 2019.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Orientações técnicas para ações de prevenção e manejo da incapacidade para o trabalho no SUS**. Salvador: DIVAST. 49p: il., 2014.

BAKIBINGA P; VINJE, HF; MITTELMARK, M. The role of religion in the work lives and coping strategies of Ugandan nurses. **J Relig Health**. v.53, n. 5, p. 1342-52, Oct, 2014.

BARBOSA-BRANCO, A; BÜLTMANN, U; STEENSTRA, I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. **Cad Saude Publica.**, v. 28, n. 10, p.1854-66, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil**; organizado por Elizabeth Costa Dias ; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, n. 38, 212 p. : il., 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora na Atenção Básica, n. 41** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária/Instituto Nacional do Seguro Social**. – Brasília, 2018. 132 p.:il.

BRASIL. **Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda 2016: Indicadores da Saúde do Trabalhador com base na Rais: livro 7.**/ Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. São Paulo: DIEESE, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária/Instituto Nacional do Seguro Social**. – Brasília, 2018. 132 p.:il.

BRASIL. IBGE. **Pesquisa nacional de saúde : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação /** IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema de informação da atenção básica.** 2020. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em: 30 jun. 2020.

BERNARDINO, DCAM; ANDRADE, M. O Trabalho Informal e as Repercussões para a Saúde do Trabalhador: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. IV, n. 7, p. 149-158, dez. 2015.

CARVALHO, AL. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: **Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.** Vol. 2. pp. 19-38, 2013.

CARVALHO, Leandro Vargas Barreto de et al . Exposição ocupacional a substâncias químicas, fatores socioeconômicos e Saúde do Trabalhador: uma visão integrada. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe2, p. 313-326, June, 2017.

CIRINO, JF; DALBERTO, CR. Trabalhadores formais versus informais: diferenças de rendimento para a região metropolitana de belo horizonte. **Perspectiva Econômica**, v. 11, n.2, p. 81-94, 2015.

COCKELL FF, PERTICARRARI D. Retratos da informalidade: a fragilidade dos sistemas de proteção social em momentos de infortúnio. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1709-1718, 2011.

COELHO, JAPM; SOUZA, GH; CERQUEIRA, CL; ESTEVES, GGL; BARROS, BRN. Estresse como preditor da Síndrome de Burnout em bancários. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v.18, n.1, p.306-315, 2018.

CORDEIRO, TMSC, ARAÚJO, TM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. Bahia, Brasil. **Revista de Salud Pública [online]**. v. 20, n. 4, p. 422-429, 2018.

CRAVEIRO, CE et. al. Protocolo: saúde do trabalhador na atenção primária. Betim, MG: Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de Betim, 2016. [40] p. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/protocolo-saude-trabalhador-atencao-primaria-saude>.

DE OLIVEIRA, L.J; MASSARO, L.M. As mudanças contemporâneas no mundo do trabalho e o princípio da valorização do trabalho humano. **Scientia Iuris**, Londrina, v.18, n.2, p.189-209, dez.2014

- DIAS, EC; SILVA, TL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013.
- DONG, XS; WANG, X; LARGAY JA. Occupational and non-occupational factors associated with work-related injuries among construction workers in the USA. **Int J Occup Environ Health.** v. 21, n. 2, p.142-50, 2015.
- DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências. **Caderno CRH**, Salvador, UFBA, v. 24, 2011.
- DUTRA, FCMS; COSTA, LC; SAMPAIO, RF. A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. **Fisioter. Pesqui.** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 98-104, mar. 2016.
- FISCHER FM. Breve histórico desta tradução. In: Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A, organizadores. *Índice de capacidade para o trabalho*. São Carlos: **EduFSCar**, p. 9-10, 2005.
- FIMLAND, MS; VIE, G; JOHNSEN, R; NILSEN, TI; KROKSTAD, S; BJØRNGAARD, JH. Leisure-time physical activity and disability pension: 9 years follow-up of the HUNT Study, Norway. **Scand J Med Sci Sports.** v. 25, n. 6, p.558-565, 2015.
- GONCALVES, Cláudia Giglio de Oliveira; DIAS, Adriano. Três anos de acidentes do trabalho em uma metalúrgica: caminhos para seu entendimento. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 635-646, Feb. 2011 .
- GONCALVES, DM; STEIN, AT; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 380-390, Feb. 2008.
- GUSTAFSSON, K; MARKLUND, S; ARONSSON, G et al., Physical work environment factors affecting risk for disability pension due to mental or musculoskeletal diagnoses among nursing professionals, care assistants and Other occupations: a prospective, population-based cohort study. **BMJ Open.**, v. 9, n. 10, 2019
- HARBER-ASCHAN, L; CHEN, WH; MCALLISTER, A, et al. The impact of longstanding illness and common mental disorder on competing employment exits routes in older working age: A longitudinal data-link age study in Sweden. **PLoS One.** v. 15, n.2, 2020.
- HOLTERMANN, A; HANSEN, JV; BURR, H, et al. The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. **British Journal of Sports Medicine**, n.46, p. 291-295, 2012.
- ILMARINEN J. Aging and work. **Occup Environ Med.** 2001; v58, p.546-551, 2001.
- JENSEN, LD; RYOM, PK; CHRISTENSEN, MV, et al. Differences in risk factors for voluntary Early retirement and disability pension: a 15-year follow-up in a cohort of nurses' aides. **BMJ Open**, v. 2:e000991, 2012.

JESUS, HS; ARAÚJO, TM. Incidência dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico em Sergipe entre 2008 e 2012. In: Brasil. Ministério da Saúde. **A epidemiologia da saúde do trabalhador no Brasil** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia. – Brasília : Ministério da Saúde,p.161-171, 2020.

KAILA-KANGAS, L; KOSKINEN, A; LEINO-ARJAS, P; VIRTANEN, M; HÄRKÄNEN, T; LALLUKKA, T. Alcohol use and sickness absence due to all causes and mental- or musculoskeletal disorders: a nationally representative study. **BMC Public Health.**, v.18, n.1, p. 152, 2018.

KNARDAHL, S; JOHANNESSEN, HÁ; STERUD, T, et al. The contribution from psychological, social and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. **BMC Public Health**; n.17, v.176, 2017.

LADITKA, S.B. Work disability in the United States, 1968–2015: Prevalence, recovery, and trends. **SSM - Population Health.**, n. 4, p. 126–134, 2018.

LAHELMA, E; LAAKSONEN, M; LALLUKKA, T, et al. Working conditions as risk factors for disability retirement: a longitudinal register link age study. **BMC Public Health.**, v.12, p.309, 2012.

LEE, S; YOON, JH; KANG, YJ; KIM, T; KOO, JW; KANG, MY. Effect of Socioeconomic Factors on the Relationship Between Musculoskeletal Pain and Ill-Health Retirement in Korea: Results From the Korean Longitudinal Study of Aging. **J Occup Environ Med.**, v.62, n. 2, p.27-32, 2020.

MACHADO, FKS; GIONGO, CR; MENDES, JMR. Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. **Rev. psicol. polít.** São Paulo, v. 16, n. 36, p. 227-240, ago., 2016.

MALTA, DC et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco e proteção em adultos com ou sem plano de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.25, n.8, p.2973-2983, 2020.

MASCARENHAS, FAN; BARBOSA-BRANCO, A. Incapacidade laboral entre trabalhadores do ramo Correios: incidência, duração e despesa previdenciária em 2008. **Cadernos de Saúde Pública [online]**., v. 30, n. 6, p.1315-1326, 2014. [Acessado 9 Junho 2020].

MARTINEZ, MC; LATORRE, MRDO. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 761-772, 2009.

MIQUILIN, IOC et al . Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 7, p. 1392-1406, July 2013 .

MORAES, PRS. Terceirização e precarização do trabalho humano. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, Porto Alegre, n.74, v.4, p.148-168, 2008.

- MOREIRA-ALMEIDA, A; SHARMA, A; VAN RENSBURG, BJ; VERHAGEN, PJ; COOK, CC. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 87-88, 2016.
- OLIVEIRA, BLCA; THOMAZ, EBAF; SILVA, RA. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). **Cad. Saude Publica.**, n.30, v.7, p.1-15, jul, 2014.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Futuro do Trabalho no Brasil: Perspectivas e Diálogos Tripartites. 2018.
- PASCHOAL, T; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.
- PRONI, MW; GOMES, DC. Precariedade ocupacional: uma questão de gênero e raça. **Estud. av.**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 137-151, dez., 2015.
- PEREIRA, AM.; DOLCI, LN; COSTA, LS. O sentido do trabalho no contexto da crise estrutural do capital. **Rebela-Revista Brasileira de Estudos Latino-Americanos**, n.6, v.2, 2016.
- QUIST, HG; THOMSEN, BL; CHRISTENSEN, U et al. Influence of life style factors on long-term sickness absence among female healthcare workers: a prospective cohort study. **BMC Public Health**. v.14, p.1084, 2014.
- RANK, MR; & HIRSCHL, TA. The risk of developing a work disability across the adult years. **Disability and Health Journal**, v.7; n. 2, p. 189–195, 2014.
- RIBEIRO, LCPJM et al . A espiritualidade na flexibilização de pensamentos e crenças de uma paciente ansiosa. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 126-131, dez., 2019.
- ROBROEK, SJW; JÄRVHOLM, B; VAN DER BEEK, AJ; PROPER, KI; WAHLSTRÖM, J; BURDORF, A. Influence of obesity and physical work load on disability benefits among construction workers followed up for 37 years. **Occup Environ Med.**, v.74, n. 9, p. 621-627, 2017.
- ROBROEK, SJ; RONGEN, A; ARTS, CH; OTTEN, FW; BURDORF, A; SCHURING, M. Educational Inequalities in Exit from Paid Employment among Dutch Workers: The Influence of Health, Lifestyle and Work. **PLoSOne**. v. 10, n. 8, p. 0134867. Aug, 2015.
- ROBROEK, SJ; SCHURING, M; CROEZEN, S; STATTIN, M; BURDORF, A. Poor health, unhealthy behaviors, and unfavorable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe: a four year follow-up study. **Scand J Work Environ Health**. v.39, n.2, p.125-133, 2013.
- ROBROEK, SJ; REEUWIJK, KG; HILLIER, FC; BAMBRA, CL; VAN RIJN, RM; BURDORF, A. The contribution of overweight, obesity, and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. **Scand J Work Environ Health**. v. 39, n.3, p. 233-240, 2013.
- RODRIGUES, VMCP; FERREIRA, ASS. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, jul.-ago., 2011.

ROSA, LS; CARDOSO, LS; COSTA, VZ; CAMPONOGARA, S; BUSANELLO, J; CEZAR-VA, MR. Rede de saúde do trabalhador: planejamento e execução do processo de trabalho. **J. of Nurs.** and H. 2016 [acesso em 2017 nov 13];1:103-115. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/6038>

SANTOS, KOB; ARAÚJO, TM; OLIVEIRA, NF. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 544-560, jul.-set., 2010.

SCHURING, M; ROBROEK, SJ; OTTEN, FW; ARTS, CH; BURDORF, A. The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands. **Scand J Work Environ Health.**, v. 39, n. 2, p. 134-143, 2013.

SOUZA, KHJF et al. Fatores associados aos riscos de adoecimento da equipe de enfermagem no trabalho em instituição psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, Ribeirão Preto, v. 28, e3235, 2020.

STERUD, T. Work-related gender differences in physician-certified sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. **Scand J Work Environ Health.**, v. 40, n. 4, p. 361-369, 2014.

- a. STERUD T. Work-related mechanical risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. **Eur J Public Health.** v. 24, n. 1, p. 111-116, 2014.

TORRES, ARA; CHAGAS MIO; MOREIRA, ACA; BARRETO, ICDHC; RODRIGUES, EM. O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. **SANARE-Rev. Políticas Públicas**, v.10, n.1, 2013.

TEIXEIRA, JRB et al. Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 97-110, Jan., 2015.

TUOMI K. et al. Índice de capacidade para o trabalho; Traduzido por Frida Marina Fisher. São Carlos: **EdUFSCar**, 2010, 59p.

VAN RIJN, RM; ROBROEK, SJW; BROUWER, S et al. Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review. **Occup Environ Med**, n. 71, p. 295-301, 2014.

VIRTANEN, M; ERVASTI, J; HEAD, J et al. Lifestyle factors and risk of sickness absence from work: a multicohort study. **Lancet Public Health.** n. 3, v.11, p. 545-554, 2018.

ZAVARIZZI, CP; ALENCAR, MCB. Afastamento do trabalho e os percursos terapêuticos de trabalhadores acometidos por LER/Dort. **Saúde em Debate [online]**. v. 42, n. 116, p. 113-124, 2018.

7. REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, MC; CABRAL, MSR. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. *São Paulo Perspec.* [online]. v,17, n.1, p.3-10, 2003.

ALVES, SMP et al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 20, n. 10, p.3043-3050, 2015.

ALVES, MGM et al. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Rev. Saúde Pública [online]*. v. 38, n.2, p. 164-171, 2004.

ANTUNES, R; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.*, n. 123 p. 407-427, 2015.

ANTUNES, R. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? *Serv. Soc. Soc.*, n. 107, p. 405 419, 2011.

ASSUNÇÃO, AA. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.

BAHIA. CONDER. **Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia. Painel de informações: dados socioeconômicos do município de Salvador por bairros e prefeituras-bairro / Sistema de Informações Geográficas Urbanas do Estado da Bahia (INFORMS - Organizador)**. 5ª ed. Salvador: CONDER/ INFORMS, 189 p., 2016

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Orientações técnicas para ações de prevenção e manejo da incapacidade para o trabalho no SUS**. DIVAST, Salvador, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora na Atenção Básica**, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária/Instituto Nacional do Seguro Social**. – Brasília, 2018. 132 p.:il.

BRASIL. **Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda 2016: Indicadores da Saúde do Trabalhador com base na Rais: livro 7.**/ Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. São Paulo: DIEESE, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional. **Coordenação Geral de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. 1º Boletim Quadrimestral sobre**

Benefícios por Incapacidade. Dia Mundial em Memória às Vítimas de Acidentes de Trabalho. Brasília. Abril. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 out. 2011a

BRASIL. **Terceirização e desenvolvimento: uma conta que não fecha: / dossiê acerca do impacto da terceirização sobre os trabalhadores e propostas para garantir a igualdade de direitos / Secretaria.** Nacional de Relações de Trabalho e Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. - São Paulo: Central Única dos Trabalhadores, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil;** organizado por Elizabeth Costa Dias ; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Resolução CNPS nº 1.316, de 2010: <http://www.in.gov.br/autenticidade.html.00012010061400084>.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de janeiro de 1991.** Dispõe sobre planos de benefícios da previdência social, e dá outras providências. Diário Oficial da União, nº 142, seção 1, p. 121, 25 de jul. 1991b.

BENZONIP, E; BRAGION, A. Construção e Validação do Inventário de Percepção de Afastamento do Trabalho. **Revista Trabalho (En)Cena**, v. 1, n. 2, p.162-175, 2016.

BUSS, PM; PELEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CARRAPATO, P; CORREIA, P; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saude soc.**, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017.

CARVALHOS, S. Uma visão geral sobre a reforma trabalhista. **Mercado de Trabalho**. n. 63, p.81-94, 2017

CECCON, RF et al . Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2225-2234, 2014.

CDSS. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.** Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CORDEIRO, TMSC; ARAÚJO, TM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde, Bahia, Brasil. **Revista de Salud Pública [online]**. v. 20, n. 4, p. 422-429, 2018.

COSTA-BLACK, KM. et al. Work Disability Models: Past and Present. **Handbook of Work Disability. Prevention and Management**. Springer Science+Business Media New York 2013.

COSTA, NMM; JÚNIOR, RBR. Flexibilização das normas trabalhistas e seus aspectos positivos e negativos. In: **Revista Aporia Jurídica (on-line)**. Revista Jurídica do Curso de Direito da Faculdade CESCAGE. n. 1, p. 373-387, 2016.

DE FREITAS, LA; DE SOUZA, LRC. Terceirização: uma Análise a partir da Percepção dos Trabalhadores Terceirizados de uma Universidade Pública na Cidade do Rio de Janeiro. **XIII SEGeT-Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia:Desenvolvimento de competências frente aos desafios do amanhã**, 2016.

DIAS, EC et al. Diretrizes para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família. **Universidade Federal de Minas Gerais**, 2016. 42p. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/294234/>

DIAS EC, organizador. Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília (DF): **Ministério da Saúde do Brasil**; 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114).

DIAS, EC; SILVA, TL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013.

DIAS, MDA. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**; v. 8, n. 127, p. 69-80, 2013.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. educ. saúde**, v.14, n. 1, p. 15-43, 2016.

DRUCK G; BORGES, A. Terceirização: Balanço de uma década. **Cad. CRH**, Salvador, v. 37, p. 111-139, 2002.

DRUCK, G; FRANCO, T. Trabalho e precarização social. **Cad. CRH**. Salvador, v. 24, n. 1, p. 09-13, 2011.

ERTHAL, G. Determinantes sociais do processo saúde- doença sob a ótica de usuários de uma estratégia de saúde da família rural. 2014. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- **Centro de Ciências da Saúde**, Universidade Federal de Santa Maria, RS.

FARIAS, N; BUCHALLA, CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FERREIRA, AMA; AMARAL, AS. A saúde do trabalhador e a (des)proteção social no capitalismo contemporâneo. **Rev. katálysis**, v.17, n. 2, p.176-184, 2014.

FISCHER, FM; BORGES, FNS; ROTENBERG, L et al. A (in)capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 97-103, 2005.

FILGUEIRAS, VA et al. Saúde e segurança do trabalho no Brasil / **Ministério Público do Trabalho**, Brasília : Gráfica Movimento, 474p., 2017.

FONTES, AP; FERNANDES, AA; BOTELHO, MA. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 28, n. 2, p.171-178, 2010.

FREITAS, TV. A Flexibilização da Jornada de Trabalho e seus Impactos sobre a Vida das Trabalhadoras Inseridas no Setor de Teletendimento. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas, **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 25, n. 1, 2012.

GARBOIS, JÁ; SODRE, F; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n.112, p. 63-76, 2017.

GONÇALVES, DM; STEIN, AT; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GOULART, FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: **Ministério as Saúde**, 92p, 2011.

HERNANDEZ, J; NETO, FXV; OLIVEIRA, TC; RODRIGUES, AA; NETO, CHE; VOSER, RC. Validação de construto do instrumento perfil do estilo de vida individual. **Rev. Eletrônica da Escola de Educação Física e Desportos**, UFRJ.2007; v. 3, n. 1, p. 3-17, 2007.

HIRATA, H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. **Cad. CRH**, Salvador, v. 24, n. 1, p.15-22, 2011.

JAKOBI, HR et al . Incapacidade para o trabalho: análise dos benefícios auxílio-doença concedidos no estado de Rondônia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3157-3168, 2013.

LACERDA E SILVA T; DIAS EC; RIBEIRO ECO. Saberes e práticas do Agente Comunitário de Saúde na atenção à Saúde do Trabalhador. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, 2011, v.15, n. 38, p. 859-870, 2011.

- LADITKA, S.B. Work disability in the United States, 1968–2015: Prevalence, recovery, and trends. *SSM - Population Health*. v. 4, p. 126–134, 2018.
- LAUDARES, JB. As relações de trabalho numa sociedade capitalista. *Rev Tecnologia Sociedade [online]*, v. 2, p. 99-107, 2006.
- LIMA, CA; BARROS, EMC; AQUINO, CAB. Flexibilização e intensificação laboral: manifestações da precarização do trabalho e suas consequências para o trabalhador. *Revista Labor*, v.1, n. 7, p. 102 – 125, 2012.
- LOISEL, P. Developing a New Paradigm: Work Disability Prevention. *Occupational Health Southern Africa*. v.15, n. 2, p.56-60, 2009.
- LOISEL, P; DURAN, DJ. Applying transdisciplinarity to the complexity of work disability prevention. **Paper Presented at the 2nd World Congress on Transdisciplinarity in Brazil**. São Paulo, Brasil, Centro de Educação Transdisciplinar, CETRANS. September 4th - 16th, 2005.
- LOURENCO, EAS; BERTANI, IF. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 32, n.115, p. 121-134, 2007.
- MACHADO, FKS; GIONGO, CR; MENDES, JMR. Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v.16, n.36, p.227-240, 2016.
- MACIAZEKI-GOMES, RC. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1.637-1.646, 2016.
- MAENO, M; VILELA, RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 87-99, 2010.
- MAGALHÃES, AGA. Precarização do Trabalho: reflexos e impactos na política de saúde brasileira. **VII Jornada Internacional Políticas Públicas**, UFMA, p.25-28, ago. 2015.
- MANDARINI, MB; ALVES, AM; STICCA, MG. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Psicol.*, Organ. Trab., Brasília, v.16, n. 2 p. 143-152, 2016.
- MARCOSIN C; FORTI, V; MARCOSIN, AF. Neoliberalismo e reestruturação produtiva: debatendo a flexibilização dos direitos trabalhistas no Brasil. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina; v. 14, n. 2, p. 23-46, 2012.
- MARQUES, SVD; MARTINS, GB; SOBRINHO, OC. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, p. 668-680, 2011.

MARTINE, MC; LATORRE, MRDO; FISCHER, FM. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. v.15 n.1, p.1553-1561, 2010.

MARTINEZ, MC; LATORRE, MRDO. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 761-772, 2009.

MARTINS, AC; ARAÚJO, ES. Deficiência não é incapacidade: o que isso significa? **Rev. CIF Brasil**. v. 3, n. 3, p. 18-27, 2015.

MIQUELUZZI, O. Neoliberalismo e flexibilização conseqüências e alternativas para os trabalhadores e seus sindicatos. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v.15, n. 22, p. 63-76, 1997.

MORAES, PRS. Terceirização e precarização do trabalho humano. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, Porto Alegre, v. 74, n. 4, p.148-168, 2008.

NEVES, DR et al . Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 318-330, 2018.

DI NUBILA, HBV. Uma introdução à CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p.122-123, 2010.

OIT. **La Prevención de las enfermedades profesionales**. [Internet]. 1o ed. Geneva, Switzerland: OIT; 2013.

OIT. **Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe**. Lima: OIT / Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2018. 224 p. (Panorama Laboral Temático, 4)

OLIVEIRA, RN; CEZNE, NA. O novo Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário e sua aplicação no procedimento administrativo de concessão de auxílio-doença por acidente do trabalho. **Revista da FESDT**. Porto Alegre, 2009; v. 2, n. 1, p.7-45, 2009.

OLIVEIRA, MAC; PEREIRA, IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 66, p. 156-164, 2013.

OMS -Organização Mundial da Saúde. **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS

PIALARISSE, R. Precarização do Trabalho. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 66, 2017.

PINHEIRO, FA; TROCCOLI, BTO; CARVALHO, CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 307-312, 2002.

PRINS, R. Sickness Absence and Disability: An International Perspective. **In: LOISEL, A. Handbook of work disability: prevention and management.** Chapter 1, p. 3-14. Springer, New York, 2013.

RAMOS, M; TITTONI, J; NARDI, H. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho*, v. 11, n. 2, p. 209-221, 2008.

SÁ, T. “Precariedade” e “trabalho precário”: consequências sociais da precarização laboral. **Configurações [Online]**, 7 | 2010, posto online no dia 18 fevereiro 2012, consultado o 04 dezembro 2018. URL : <http://journals.openedition.org/configuracoes/203> ; DOI : 10.4000/configuracoes.203

SÁ, KA; LESSA, I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Rev. Saúde Pública [online]*, v.43, n.4, pp. 622-630, 2009.

SALVETTI, MG et al . Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, p. 16-23, 2012.

SAMPAIO, RF; LUZ, MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, 2009.

SANTOS, VM et al. Aplicação do questionário nórdico musculoesquelético para estimar a prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em operárias sob pressão temporal. **In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO (ENEGEP)**, 35.,Fortaleza: ABEPRO, 2015.

SANTOS, AL; RIGOTTO, RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SAUNDERES, SL & NEDELEC, BJ. What Work Means to People with Work Disability: A Scoping Review. **OccupRehabil.**, v. 24, n. 1, p. 100–110, 2014.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, A; FERRAZ, L; RODRIGUES-JUNIOR, SA. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, n. 16, 2016.

SILVA, ABRB. Acidentes, adoecimento e morte no trabalho como tema de estudo da História. **In: OLIVEIRA, TB., org. Trabalho e trabalhadores no Nordeste: análises e perspectivas de pesquisas históricas em Alagoas, Pernambuco e Paraíba [online]**. Campina Grande: EDUEPB, p. 215- 240, 2015.

SILVA, N; TOLFO, SR. Trabalho significativo e felicidade humana: explorando aproximações. **Rev. Psicol.**, Organ. Trab., Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 341-354, 2012.

SIMONELLI, AP et al . Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 35, n.121, p. 64-73, 2010.

SOUZA, MEL; FAIMAN, CJS. Trabalho, saúde e identidade: repercussões do retorno ao trabalho, após afastamento por doença ou acidente, na identidade profissional. **Saúde, Ética & Justiça.** v.12, n.1/2, p. 22-32, 2007.

TAKAHASHI, MABC; IGUTI, AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, 2008.

TAKAHASHI, M; KATOM, LEITE, RAO. Incapacidade, reabilitação profissional e saúde do trabalhador: velhas questões, novas abordagens. **Rev. bras. saúde ocup.,** São Paulo, v. 35, n. 121, p. 07-09, 2010.

TAKAHASHI, MABC. Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990 [**Tese de Doutorado**]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.

TAMBELLINI, AMT; SCHÜTZ, GE. Contribuição para o debate do CEBES sobre a “Determinação Social da saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v.33, n. 83, p. 371-379, 2009

TUOMI, K. et al. Índice de capacidade para o trabalho; Traduzido por Frida Marina Fisher. São Carlos: **EdUFSCar,** 59p, 2010.

VALINOTE, HC; PACHECO, LF; VIANA, FP; FORMIGA, CKMR. Análise da qualidade de vida, Capacidade para o Trabalho e Nível de estresse em Trabalhadores da Construção Civil. **Revista Brasileira de Ciências Ambientais,** n. 32, Jun, 2014.

VASCONCELOS, SP et al . Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia ocidental. **Rev. bras. epidemiol.,** São Paulo, v. 14, n. 4, p. 688-697, 2011.

World Health Organization (WHO). **World report on disability 2011** [página da internet] 2011. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

8. APÊNDICE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO

PROJETO: Saúde do trabalhador na Estratégia de Saúde da Família em Salvador:
Compreender para agir
SUBPROJETO 1: Perfil ocupacional e de morbimortalidade dos trabalhadores no
município de Salvador/BA

QUESTIONÁRIO Nº: _ _ _

Equipe responsável:

- 1. Amarela (Vila da Pedra)
- 2. Vermelha (Jardim Federação)
- 3. Lilás (Parque São Brás)
- 4. Azul (Silvestre de Farias)
- 5. Verde (Av. Vera)

Microárea:

Nome do Agente:

Prenome Entrevistador:

Prenome Entrevistado:

Número da família:

BLOCO 1- CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	
1. Qual é o seu sexo? 0. <input type="checkbox"/> Feminino 1. <input type="checkbox"/> Masculino 9. <input type="checkbox"/> Ignorado	2. Qual é a cor da sua pele/etnia? 0. <input type="checkbox"/> Branca 1. <input type="checkbox"/> Preta 2. <input type="checkbox"/> Parda 3. <input type="checkbox"/> Indígena 4. <input type="checkbox"/> Oriental 9. <input type="checkbox"/> Ignorado
3. Qual é a sua situação conjugal? 0. <input type="checkbox"/> Solteiro 1. <input type="checkbox"/> Casado/união estável 2. <input type="checkbox"/> Separado/divorciado/desquitado 3. <input type="checkbox"/> Viúvo 9. <input type="checkbox"/> Ignorado	5. Você tem filhos? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Se não, pule para a questão 6 Se sim, quantos filhos você tem? _ _ 88. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado
4. Qual a sua idade? ____ anos	
6. Qual é a sua escolaridade? 0. <input type="checkbox"/> Analfabeto 1. <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto (Antigo 1º grau) 2. <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo (Antigo 1º grau) 3. <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto (Antigo 2º grau) 4. <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo (Antigo 2º grau) 5. <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto 6. <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo 7. <input type="checkbox"/> Especialização 8. <input type="checkbox"/> Mestrado 9. <input type="checkbox"/> Doutorado 99. <input type="checkbox"/> Ignorado	7. Qual é a sua religião? 0. <input type="checkbox"/> Nenhuma 1. <input type="checkbox"/> Católico 2. <input type="checkbox"/> Cristão/evangélico 3. <input type="checkbox"/> Espírita kardecista 4. <input type="checkbox"/> Umbandista 5. <input type="checkbox"/> Candomblecista 6. <input type="checkbox"/> Outra . Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Ignorado
9. Em média, quanto (em reais) você recebe por mês? R\$: _ _ _ _ _	8. Quantas pessoas moram com você na mesma casa? ____
10. Em média, quanto (em reais) a sua família recebe por mês? R\$: _ _ _ _ _	
BLOCO 2- HISTÓRIA DE EMPREGO E TRABALHO; CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS...	

<p>11. Qual é o seu tipo de vínculo na atividade principal?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Empregado com carteira assinada 2. <input type="checkbox"/> Empregado sem carteira assinada 3. <input type="checkbox"/> Autônomo/ conta própria 4. <input type="checkbox"/> Servidor público estatutário 5. <input type="checkbox"/> Servidor público celetista 6. <input type="checkbox"/> Cooperativado 7. <input type="checkbox"/> Trabalhador avulso 8. <input type="checkbox"/> Empregador 9. <input type="checkbox"/> Terceirizado 10. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____ 99. <input type="checkbox"/> Ignorado 88. <input type="checkbox"/> NSA <p>Se for empregado com carteira assinada, servidor público estatutário ou servidor público celetista, pular para a questão 22</p>	<p>12. Por qual motivo você trabalha sem carteira assinada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> nunca consegui emprego 2. <input type="checkbox"/> Nunca procurei 3. <input type="checkbox"/> Estou estudando 4. <input type="checkbox"/> Não consigo emprego 5. <input type="checkbox"/> Por minha opção(ex. cuidar dos filhos) <p>Se a resposta for “por minha opção, pule para a questão 22.</p>
<p>13. Há quanto tempo está sem trabalhar com carteira assinada ?</p> <p>-----Anos -----Meses</p> <p>8. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<p>14. Você está procurando emprego com carteira assinada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não, eu optei por uma atividade autônoma 2. <input type="checkbox"/> Não, eu desisti de procurar. 8. <input type="checkbox"/> NSA <p>Se a resposta for “Não, eu optei por uma atividade autônoma” pular para a questão 22.</p> <p>Se a resposta for “Não, eu desisti de procurar” pule para a questão 16.</p>
<p>15. Há quanto tempo você procura emprego?</p> <p>-----Anos -----Meses</p> <p>8. <input type="checkbox"/> NSA</p> <p>Se a pessoa está procurando emprego, pular para a questão 17.</p>	<p>16. Por quanto tempo você procurou emprego?</p> <p>-----Anos -----Meses</p> <p>8. <input type="checkbox"/> NSA</p>
<p>17. Você gostaria de trabalhar com carteira assinada, mas desistiu de procurar porque perdeu a esperança?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 8. <input type="checkbox"/> NSA</p> <p>Se a resposta for não, pular para a questão 19.</p>	<p>18. Por qual motivo você perdeu a esperança de ter um emprego com carteira assinada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sou muito novo 2. <input type="checkbox"/> Estou muito velho 3. <input type="checkbox"/> Não tenho o estudo que pedem 4. <input type="checkbox"/> Não tenho experiência 5. <input type="checkbox"/> Não consegui o trabalho na área que procurava 6. <input type="checkbox"/> O salário oferecido era muito baixo
<p>19. Você está desanimado quando pensa nas suas possibilidades futuras de trabalhar com carteira assinada?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 8. <input type="checkbox"/> NSA</p> <p>Se a resposta for não, pular para a questão 21.</p>	<p>20. Caso esteja desanimado quanto as suas possibilidades de trabalhar com carteira assinada, como você se classificaria?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Pouco desanimado 2. <input type="checkbox"/> Desanimado e preocupado, mas acho que é uma fase 3. <input type="checkbox"/> Já não penso nisso, desisti de tentar me encaixar
<p>21. O trabalho que você faz hoje foi a alternativa encontrada para sobreviver?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>22. Com que idade você começou a trabalhar recebendo por isso? __ anos</p> <p>8. <input type="checkbox"/> NSA</p>

<p>1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>23. Qual atividade de trabalho é a sua principal fonte de renda atual? _____</p>
<p>24. Existe outra atividade de trabalho remunerado? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim Se não, pule para a questão 25 Se sim, qual? _____ 88. NSA</p>	<p>25. Há quanto tempo trabalha na sua atividade principal? __ <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> anos 8. <input type="checkbox"/> NSA</p>
<p>26. Quantos dias na semana você trabalha em sua atividade principal de trabalho? __</p>	<p>27. Quantas horas, em média, você trabalha na semana na sua principal de trabalho? __ 88. <input type="checkbox"/> NSA</p>
<p>28. Quantas horas, em média, você trabalha na semana considerando todas as suas atividades remuneradas? __ 8. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<p>29. Qual é o seu turno de trabalho? 1. <input type="checkbox"/> Manhã 2. <input type="checkbox"/> Tarde 3. <input type="checkbox"/> Manhã/tarde 4. <input type="checkbox"/> Noite 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 8. <input type="checkbox"/> NSA</p>
<p>30. Onde você trabalha na sua atividade principal? 1. <input type="checkbox"/> Na sede da empresa 2. <input type="checkbox"/> Na própria casa 3. <input type="checkbox"/> Casa de terceiros 4. <input type="checkbox"/> Na rua 5. <input type="checkbox"/> Sede de negócio próprio 6. <input type="checkbox"/> serviço publ. saúde 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Se a resposta for na própria casa, pular para a questão 33</p>	<p>31. Quanto tempo você leva para chegar ao seu local de trabalho principal? __ 0. <input type="checkbox"/> minutos 1. <input type="checkbox"/> horas 88. <input type="checkbox"/> NSA</p>
<p>32. Como você vai para o seu trabalho? 1. <input type="checkbox"/> Transporte público 2. <input type="checkbox"/> Bicicleta 3. <input type="checkbox"/> Caminhando 4. <input type="checkbox"/> Veículo próprio (moto, carro) 5. <input type="checkbox"/> Transporte da empresa 8. <input type="checkbox"/> Transporte compartilhado 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 8. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<p>33. Você usa equipamento de proteção individual? 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 8. <input type="checkbox"/> NSA Se não, por qual motivo? _____</p>
<p>34. Você recebeu do empregador equipamento de proteção individual? 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> trabalhador por conta própria ou empregador 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 8. <input type="checkbox"/> NSA Se for trabalhador por conta própria ou empregador, pular para a questão 38</p>	<p>35. Você recebeu treinamento para o uso do equipamento de proteção individual? 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 8. <input type="checkbox"/> NSA</p>
<p>36. Onde você trabalha existe fiscalização do uso do equipamento de proteção individual? 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 8. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<p>37. Você recebeu treinamento sobre saúde e segurança no trabalho? 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 8. <input type="checkbox"/> NSA</p>
<p>38. O seu trabalho oferece perigo à sua saúde? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA Se não, pule para o bloco 3. Se sim, quais são os riscos à sua saúde presentes no seu local de trabalho? 1. Vírus 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 2. Bactérias 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 3. Fungos 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 4. Ventilação 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 5. Temperatura (muito calor/muito frio)</p>	<p>7. Radiação ionizante (raio-x) 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 8. Radiação não ionizante (sol, infravermelho, ultravioleta, microondas) 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 9. Produtos químicos 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 10. Trabalho na mesma posição 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 11. Repetição de movimentos</p>

0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 6. Iluminação inadequada 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 12. Equipamentos inadequados ao seu tamanho 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 13. Pressão do chefe 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 14. Pressão de colegas 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 15. Violência urbana 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 16. Arranjo dos equipamentos inadequado 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado 17. Equipamentos antigos 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado
BLOCO 3- HÁBITOS DE VIDA, CUIDADO À SAÚDE E SAÚDE AUTORREFERIDA	
Falemos um pouco sobre o hábito de fumar (...)	
39. Com relação ao hábito de fumar cigarros, você: 0. <input type="checkbox"/> Nunca fumei 1. <input type="checkbox"/> Já fumei, mas parei 2. <input type="checkbox"/> Sou fumante 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Caso nunca tenha fumado, pule para a questão 42. Se for ex-fumante, pule para a questão 40. Se for fumante, pule para a questão 41.	40. Se você parou de fumar, há quanto tempo isso ocorreu? _ _ _ <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> anos 888. <input type="checkbox"/> Não se aplica
41. Se você é fumante, quantos cigarros você fuma diariamente? _ _ _ 888. <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Falemos um pouco sobre o consumo de álcool (...)	
42. Você bebe álcool? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Caso não beba, pule para a questão 48	43. Quantos dias na semana, em média, você consome álcool? _ 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado
44. Você já pensou em largar a bebida? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado	45. Ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado
46. Se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado	47. Bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca (abrir os olhos?). 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado
Falemos agora sobre a prática de atividade física (...)	
48. Você pratica atividade física? 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Caso você não pratique atividade física, vá para a questão 52	49. Qual (is) o (s) tipo (s) de atividade física você pratica? Caminhada 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Corrida 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Academia 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Pilates/Yoga 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Esportes Coletivos (Futebol, basquete, vôlei) 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Artes marciais (jiu-jitsu, taekwondo, capoeira) 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. <input type="checkbox"/> NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Outro. Qual? _____ 88. <input type="checkbox"/> NSA 99. <input type="checkbox"/> Ignorado
50. Quantas vezes, em média, você pratica atividade física na semana? _ _ 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica 99. <input type="checkbox"/> Ignorado	51. Em média, quanto tempo você gasta com cada vez que pratica atividade física na semana? _ _ <input type="checkbox"/> minutos <input type="checkbox"/> horas 88. <input type="checkbox"/> NSA 99. <input type="checkbox"/> Ignorado
52. Você realiza alguma atividade de lazer? 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Se não, pule para a questão 53.	Se sim, qual (is)? Igreja 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Tv/rádio 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Jogos (cartas, damas, etc.) 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Jogos eletrônicos 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado

	<p>Redes sociais 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Cinema 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Praia 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Show 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 8. NSA 9. <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____</p>
<p>Falemos agora sobre a sua saúde, a forma como costuma cuidar dela e afastamento do seu trabalho (...)</p>	
<p>53. Em quais situações você costuma procurar os serviços de saúde: Realização de exames de rotina 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Resolver problema de saúde 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Participação em grupos 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Recebimento de medicamentos 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Recebimento de outros insumos (material para curativo, preservativo) 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Realização de procedimentos (curativo, aplicação de medicamentos, verificação da pressão) 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>54. Quais serviços de saúde você costuma procurar? Posto de Saúde do bairro 0. <input type="checkbox"/> Sim 1. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> Ignorado UPA 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Emergência 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Consultório particular 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>
<p>55. Além do SUS, você possui outro plano de saúde? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>56. Qual é o seu peso? __ , __ Kg</p>
<p>57. Qual é a sua altura? __, __ m</p>	<p>58. Considerando a realização das suas atividades diárias, como você considera a sua saúde? 0. <input type="checkbox"/> Excelente 1. <input type="checkbox"/> Muito boa 2. <input type="checkbox"/> Boa 3. <input type="checkbox"/> Regular 4. <input type="checkbox"/> Ruim 5. <input type="checkbox"/> Muito Ruim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>
<p>59. Você ficou impedido de trabalhar nos últimos 12 meses por algum problema de saúde? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Sim, ainda estou afastado. 8. <input type="checkbox"/> Não tive nenhuma doença 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Se Não, pule para a questão 63</p>	<p>60. Se ficou ou ainda está afastado do trabalho por doença por quanto tempo? ___ <input type="checkbox"/> dia (s) <input type="checkbox"/> mês (es) <input type="checkbox"/> ano (s) 888. Não se aplica 999. Ignorado</p>
<p>61. Recebeu algum auxílio da Previdência Social durante o tempo de afastamento do trabalho? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Se Não, pule para a questão 63</p>	<p>62. Qual tipo de benefício você recebeu? 0. <input type="checkbox"/> Acidentário 1. <input type="checkbox"/> Previdenciário 2. <input type="checkbox"/> Outros: _____ 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>
<p>BLOCO IV – ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS OCUPACIONAIS AGORA FALAREMOS UM POUCO SOBRE ACIDENTES E DOENÇAS OCUPACIONAIS (...)</p>	
<p>63. Dentre as doenças abaixo, que são relacionadas ao trabalho, você já teve ou tem diagnóstico médico: Câncer relacionado ao trabalho 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Doença de pele 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças osteoarticulares relacionadas ao trabalho 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Perda auditiva induzida por ruído 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>Pneumoconiose 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Transtorno mental relacionado ao trabalho 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Outra. Qual? _____</p> <p>64. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum tipo de acidente? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Se não sofreu nenhum tipo de acidente, pule para a questão 85 PROBLEMAS NO SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO</p>
<p>65. Estava trabalhando quando se acidentou? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>66. Estava indo ou voltando para o trabalho quando se acidentou? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>

<p>67. Em que você trabalhava quando se acidentou?</p> <p>_____</p>	<p>68. Qual era o seu tipo de vínculo quando se acidentou?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Empregado com carteira assinada 2. <input type="checkbox"/> Empregado sem carteira assinada 3. <input type="checkbox"/> Autônomo/ conta própria 4. <input type="checkbox"/> Servidor público estatutário 5. <input type="checkbox"/> Servidor público celetista 6. <input type="checkbox"/> Cooperativado 7. <input type="checkbox"/> Trabalhador avulso 8. <input type="checkbox"/> Empregador 9. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____ 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica 99. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>			
<p>69. Há quanto tempo trabalhava na ocupação quando se acidentou? _ _ _ <input type="checkbox"/> dia (s) <input type="checkbox"/> mês (es) <input type="checkbox"/> ano (s)</p>	<p>70. Qual era o seu turno de trabalho quando você se acidentou?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Manhã 2. <input type="checkbox"/> Tarde 3. <input type="checkbox"/> Manhã/tarde 4. <input type="checkbox"/> Noite 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>			
<p>71. Em que lugar ocorreu o acidente de trabalho?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> no local de trabalho 1. <input type="checkbox"/> na rua à serviço da empresa 2. <input type="checkbox"/> na rua, quando estava indo/voltando para o trabalho</p>	<p>72. Você sofreu alguma lesão física em decorrência do acidente?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Caso não tenha sofrido lesão, pule para a questão 85.</p>			
<p>73. Qual foi o local da lesão?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Olho 2. <input type="checkbox"/> Cabeça 3. <input type="checkbox"/> Pescoço 4. <input type="checkbox"/> Tórax 5. <input type="checkbox"/> Abdome 6. <input type="checkbox"/> Mão 7. <input type="checkbox"/> Membro superior 8. <input type="checkbox"/> Membro inferior 9. <input type="checkbox"/> Pé 10. <input type="checkbox"/> Todo o corpo 11. <input type="checkbox"/> Outro: _____ 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica 99. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>74. Qua (is) tipo (s) de lesões você sofreu?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Fratura 2. <input type="checkbox"/> Amputação 3. <input type="checkbox"/> Esmagamento 4. <input type="checkbox"/> Escoriação 5. <input type="checkbox"/> Luxação 6. <input type="checkbox"/> Corte 7. <input type="checkbox"/> Entorse 8. <input type="checkbox"/> Contusão 9. <input type="checkbox"/> Perfuração 10. <input type="checkbox"/> Queimadura 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica 99. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>			
<p>75. Você precisou de atendimento médico devido ao acidente?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>76. Você ficou hospitalizado devido ao acidente?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>			
<p>77. Você ficou afastado do trabalho em decorrência do acidente?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Caso não, pule para 81.</p>	<p>78. Por quanto tempo você ficou afastado do trabalho? _ _ _ <input type="checkbox"/> dia (s) <input type="checkbox"/> mês (es) <input type="checkbox"/> ano (s) 888. <input type="checkbox"/> Não se aplica 999. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>			
<p>79. Recebeu algum auxílio da Previdência durante o tempo de afastamento do trabalho devido ao acidente de trabalho?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Se Não, pule para a questão 81</p>	<p>80. Se recebeu auxílio da Previdência, que tipo de benefício você recebeu?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Acidentário 1. <input type="checkbox"/> Previdenciário 2. <input type="checkbox"/> Outros: _____ 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>			
<p>81. O acidente de trabalho trouxe consequências para a sua família?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado Se Não, pule para a questão 83</p>	<p>82. Se sim, qual foi a consequência do acidente de trabalho para a sua família?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> aumento de despesa familiar 2. <input type="checkbox"/> diminuição da renda familiar 3. <input type="checkbox"/> sobrecarga de um membro da família devido ao cuidado/atenção prestados 4. <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>			
<p>83. Você sofreu algum problema psicológico depois do acidente?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>84. O acidente de trabalho foi registrado na CAT?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica 9. <input type="checkbox"/> Ignorado</p>			
<p>AGORA FALAREMOS UM POUCO MAIS SOBRE PROBLEMAS NO SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO...</p> <p>Responda às questões colocando X no quadrado apropriado para cada pergunta. Por favor responda todas as perguntas mesmo que nunca tenha tido problemas em qualquer parte do seu corpo.</p>				
	<p>Nos últimos 12 meses, alguma vez você teve problemas (como dor, formigamento/ dormência)</p>	<p>Nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais (trabalho, atividades domésticas)</p>	<p>Nos últimos 12 meses, Você consultou algum profissional da área de saúde (médico, fisioterapeuta) Por causa dessa condição em:</p>	<p>Nos últimos 7 dias, você teve algum problema em:</p>

	em:	e de lazer por causa de problema em:		
PESCOÇO	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()
OMBROS	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()
Parte superior costas	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()
COTOVELO	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()
PUNHOS/MÃOS	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()
Parte inferior costas	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()
QUADRIL/COXAS	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()
JOELHOS	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()
TORNOZELOS/PÉS	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()	Não () Sim ()

AGORA, FALAREMOS UM POUCO SOBRE A PERCEPÇÃO ACERCA DA SUA CAPACIDADE PARA O TRABALHO.

Por favor, responda com atenção a todas as questões, marcando a que melhor reflete sua condição.

1. Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com um X um número na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----





2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

MUITO BAIXA	BAIXA	MODERADA	BOA	MUITO BOA
1	2	3	4	5

3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

MUITO BAIXA	BAIXA	MODERADA	BOA	MUITO BOA
1	2	3	4	5

4- Na sua opinião quais das lesões por acidente ou doenças citadas abaixo você possui ATUALMENTE. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico. Caso não tenha nenhuma doença, deixa em branco a questões e todos os seus sub-itens.

	Minha Opinião	Diagnóstico Médico
1. Lesões nas costas.		
2. Lesões nos braços/mãos		
3. Lesões nas pernas/pés		
4. Lesões em outras partes do corpo. Onde? _____ Que _____ tipo _____ de _____ lesão?		
5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes.		
6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes.		
7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática).		
8. Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.		
9. Artrite reumatoide.		
10. Outra doença músculo esquelética. Qual? _____		
11. Hipertensão arterial (pressão alta).		
12. Doença coronariana, dor no peito durante o exercício (angina pectoris).		
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana.		
14. Insuficiência cardíaca		

15. Outra doença cardiovascular. Qual? _____		
16. Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda).		
17. Bronquite crônica.		
18. Sinusite crônica.		
19. Asma.		
20. Enfisema.		
21. Tuberculose pulmonar.		
22. Outra doença respiratória. Qual? _____		
23. Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa).		
24. Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia).		
25. <input type="checkbox"/> Problema ou diminuição da audição.		
26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lente de contato de grau).		
27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia).		
28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. Qual? _____		
29. Pedras ou doença da vesícula biliar.		
30. Doença do pâncreas ou do fígado.		
31. Úlcera gástrica ou duodenal.		
32. Gastrite ou irritação duodenal.		
33. Colite ou irritação duodenal.		
34. Outra doença digestiva. Qual? _____		
35. Infecção das vias urinárias.		
36. Diarreia.		
37. Constipação.		
38. Gases.		
39. Doenças dos rins.		
40. Doenças nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata).		
41. Outra doença geniturinária. Qual? _____		
42. Alergia, eczema.		
43. Outra erupção. Qual? _____		
<input type="checkbox"/> Outra doença da pele Qual?		
45. Tumor benigno.		
46. Tumor maligno (Câncer). Onde? _____		
47. Obesidade.		
48. Diabetes.		

49. Varizes.		
50. Colesterol alto.		
51. Bócio ou outra doença da tireoide.		
52. Outra doença endócrina ou metabólica. Qual?		
53. Anemia.		
54. Outra doença do sangue. Qual?		
55. Defeito de nascimento. Qual?		
56. Outro problema ou doença. Qual?		

5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

- 1 – Na minha opinião **estou totalmente incapacitado** para trabalhar.
- 2 – Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.
- 3 – **Frequentemente** preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.
- 4 – **Algumas vezes** preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.
- 5 – Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.
- 6 – Não há impedimento / Eu não tenho doenças.

6. Quantos DIAS INTEIROS você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

1	2	3	4	5
De 100 a 365 dias	De 25 a 99 dias	De 10 a 24 dias	Até 9 dias	Nenhum

7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?

1	4	7
É improvável	Não estou muito certo	Bastante provável

8. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Nunca

9. Você tem sentido ativo e alerta?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase nunca	Sempre

10. Recentemente você tem sentido cheio de esperança para o futuro?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Continuamente

AGORA FALAREMOS UM POUCO SOBRE A PERCEPÇÃO SOBRE ESTRESSE NO TRABALHO

Escala de estresse no trabalho- job stress scale

INSTRUÇÕES: Indique o quanto experimenta no seu trabalho (atividade profissional) o que é relatado. Tome como referência os últimos 30 dias.

1	2	3	4
Nunca ou quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente

01. ____ Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
02. ____ Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (produzir muito e em pouco tempo)?
03. ____ Seu trabalho exige mais de você?
04. ____ Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
05. ____ O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes? (exige tarefas que você discorde?)
06. ____ Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?
07. ____ Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
08. ____ Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
09. ____ No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
10. ____ Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
11. ____ Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

INSTRUÇÕES: Indique o quanto você concorda ou discorda com as afirmações abaixo, utilizando as opções de resposta abaixo.

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo mais que concordo	Concordo mais que discordo	Concordo totalmente

01. ____ Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
02. ____ No trabalho, nos relacionamos bem com os outros.
03. ____ Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

04. ____ Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
05. ____ No trabalho, eu me relaciono bem com os meus chefes.
06 ____ Eu gosto de trabalhar com os meus colegas.

Vamos falar de como você tem se sentido no último mês.

	NÃO 0	SIM 1
1. Sente dor de cabeça frequente?		
2. Tem falta de apetite?		
3. Você dorme mal?		
4. Você se assusta com facilidade?		
5. Tem tremores nas mãos?		
6. Você se sente nervoso (a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
7. Tem má digestão?		
8. Sente que suas ideias ficam embaralhadas de vez em quando?		
9. Tem se sentido triste ultimamente?		
10. Tem chorado mais do que de costume?		
11. Consegue sentir algum prazer nas tuas atividades diárias?		
12. Tem dificuldade de tomar decisões?		
13. Acha seu trabalho diário é penoso, e te causa sofrimentos?		
14. Você se considera útil na tua vida?		
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16. Se sente uma pessoa sem valor?		
17. Alguma vez já pensou em acabar com a tua vida?		
18. Se sente cansado o tempo todo?		
19. Sentes alguma coisa desagradável no estômago?		
20. Você se cansa com facilidade?		

9. ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO
Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico 40.026-010 Salvador, Bahia,
Brasil. Tel.: 55 71 3283.5573 Fax: 55 71 3283-5573 Cels. Oi 8873-7412 Tim 9305-
8288 Vivo 9916-6825



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - COMPONENTE I

1. Dados sobre a pesquisa e respectivos responsáveis

Título: Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família em Salvador: compreender para agir.

Componente I: Perfil ocupacional e de morbimortalidade dos trabalhadores

Instituição responsável: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Pesquisadora responsável: Prof^a Mônica Angelim Gomes de Lima

Convidamos você a participar da nossa pesquisa. Precisamos de sua colaboração para identificar o perfil de adoecimento dos trabalhadores adstritos à Unidade de Saúde da Família da Federação, bem como compreender as características do seu processo de trabalho. Para tanto será aplicado um questionário composto pelos seguintes blocos: bloco 1 – características sociodemográficas; bloco 2 – características ocupacionais e bloco 3 – hábitos de vida, cuidado à saúde e saúde autorreferida. A sua participação poderá contribuir para a elaboração de estratégias de prevenção e controle de doenças relacionadas ao trabalho. Para responder ao questionário será agendada hora e local de acordo com a sua conveniência. Durante a aplicação do questionário caso haja a sensação de desconforto, cansaço, receio ou constrangimento você poderá solicitar um tempo para descansar, deixar de responder a qualquer pergunta ou mesmo desistir de participar da pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis por este trabalho fazem parte de um grupo de pesquisa composto por membros da Universidade Federal da Bahia - UFBA, Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – Cesat/Ba e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest/Salvador estando todos disponíveis, a qualquer momento, para o esclarecimento de possíveis dúvidas que venham a surgir.

Sua participação é voluntária e muito importante. Você poderá desistir da pesquisa em qualquer tempo, caso assim deseje. As informações obtidas serão mantidas sob sigilo, sendo estritamente confidenciais e somente serão utilizadas para este fim, seu nome em nenhuma hipótese será mencionado ou divulgado. Caso queira pensar se deve participar da pesquisa poderá ficar com este documento e fornecer a resposta no dia seguinte.

Se você concorda em participar dessa pesquisa, se todas as dúvidas foram esclarecidas pelo pesquisador (a) e aceita os procedimentos que serão realizados, por favor, assine esse termo em duas vias. Uma via ficará com você e a outra, com o (a) entrevistador (a). Abaixo, encontram-se os contatos do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da

Bahia, você poderá acessá-lo (a) em caso de dúvidas em relação a essa pesquisa como também poderá fazer alguma denúncia relacionada à mesma.

Consentimento: Eu, _____ li ou ouvi a leitura do consentimento informado. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Sou voluntário a participar deste projeto.

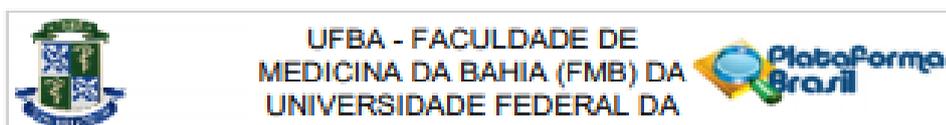
Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia - FAMEB/UFBA. End.: Largo do Terreiro de Jesus, s/n- Pelourinho - Salvador-Bahia Tel: 71 3283 5564 Email: cepfmb@ufba.br . Horário de funcionamento: manhãs de 2ª, 3ª e 5ª das 07 às 13 horas; tardes de 2ª (14 às 18 horas), 4ª e 6ª das 13 às 18 horas.

Salvador, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura do (a) entrevistador (ora)

10. ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família em Salvador: compreender para agir

Pesquisador: Mônica Angelim Gomes de Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79426717.1.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.406.459

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado pela pesquisadora e coordenadora geral do projeto Mônica Angelim Gomes de Lima, que justifica a submissão deste estudo ao CEP pois o mesmo "está sendo submetido ao Edital FAPESB n. 003/2017/PPSUS, faixa 2 (projetos até R\$125.000,00) OU faixa 1 (projetos até R\$200.000,00)?". A submissão ao CEP é condição para a admissão da proposta neste Edital."

A autora afirma que "a Estratégia de Saúde da Família (ESF) assume um papel crucial na atenção básica, na medida em que coordena um sistema de saúde integrado que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. Desse modo, se a construção do SUS implica uma reviravolta ética, a reorganização da atenção básica através da ESF amplia e aprofunda o trajeto desse giro ético, pois sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe técnico-assistencial, mas a um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania."

Portanto, "trata-se de um projeto de pesquisa multicomponente, de natureza quanti e qualitativa, através do qual pretende-se produzir o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores, o mapeamento do perfil produtivo e processos de trabalho existentes no território e do desenvolvimento de práticas integradas, de intervenção, educação permanente e matriciamento

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



UFBA - FACULDADE DE
MEDICINA DA BAHIA (FMB) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Protocolo: 2.486.489

em ST na ESF."

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO:

"Desenvolver tecnologias voltadas para integração de práticas de saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família no município de Salvador- BA."

SECUNDÁRIOS:

"I - Delimitar o perfil de morbimortalidade da população trabalhadora."

"II - Descrever os processos de trabalho no território e na equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família."

"III - Descrever a forma como as demandas de saúde do trabalhador são tratadas no contexto da estratégia da saúde da família."

"IV - Identificar facilitadores, barreiras e estratégias adotadas pelas equipes para o atendimento das demandas de saúde do trabalhador."

"V - Desenvolver processo de educação permanente com as equipes de saúde da ESF a partir da produção de dados."

"VI - Instituir planejamento conjunto para desenvolvimento de práticas integradas no território da ESF."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

"Os riscos oriundos da pesquisa estão relacionados à possível produção de desconforto, cansaço, receio, constrangimentos e identificação. Caso isso ocorra, o participante poderá pedir um tempo para descansar, deixar de responder qualquer pergunta ou mesmo desistir de participar da pesquisa, sem qualquer justificativa. Será assegurado ao participante a liberdade de recusar fazer parte da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer fase. As respostas serão confidenciais, com garantia de sigilo, o pesquisador garantirá privacidade para o participante

Endereço: Largo do Terezo de Jesus, s/n
Bairro: FELCOURINHO CEP: 40.026-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cspmb@ufba.br

Continuação do Projeto: 2.496.499

em ST na ESF."

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO:

"Desenvolver tecnologias voltadas para integração de práticas de saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família no município de Salvador- BA."

SECUNDÁRIOS:

"I - Delimitar o perfil de morbimortalidade da população trabalhadora."

"II - Descrever os processos de trabalho no território e na equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família."

"III - Descrever a forma como as demandas de saúde do trabalhador são tratadas no contexto da estratégia da saúde da família."

"IV - Identificar facilitadores, barreiras e estratégias adotadas pelas equipes para o atendimento das demandas de saúde do trabalhador."

"V - Desenvolver processo de educação permanente com as equipes de saúde da ESF a partir da produção de dados."

"VI - Instituir planejamento conjunto para desenvolvimento de práticas integradas no território da ESF."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

"Os riscos oriundos da pesquisa estão relacionados à possível produção de desconforto, cansaço, receio, constrangimentos e identificação. Caso isso ocorra, o participante poderá pedir um tempo para descansar, deixar de responder qualquer pergunta ou mesmo desistir de participar da pesquisa, sem qualquer justificativa. Será assegurado ao participante a liberdade de recusar fazer parte da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer fase. As respostas serão confidenciais, com garantia de sigilo, o pesquisador garantirá privacidade para o participante

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



UFBA - FACULDADE DE
MEDICINA DA BAHIA (FMB) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Projeto: 2.496.459

população deste estudo compreenderá todos os trabalhadores remunerados na faixa etária acima de 18 anos de idade identificados nas áreas abrangidas pelas ESF. O participante será abordado no seu domicílio e a entrevista será agendada em hora e local de acordo com a sua conveniência."

COMPONENTE II: serão avaliados os processos de trabalho na ESF através de um "estudo descritivo sobre os processos produtivos intra e extradomiciliares existentes no território da Federação por meio da realização do mapeamento com localização geográfica dos processos produtivos (mapa estático) e sua caracterização (mapa dinâmico). Será aplicado um questionário estruturado. Neste componente, os participantes serão abordados no seu local de trabalho e a entrevista será previamente agendada e realizada em local escolhido pelo participante para preservação da privacidade e o sigilo das informações. Serão entrevistados tanto os trabalhadores da USF (54 participantes) quanto os trabalhadores dos processos produtivos identificados no território (aproximadamente 100 participantes)."

COMPONENTE III: será avaliado a Saúde do trabalhador no território da ESF. "Os dados qualitativos serão produzidos a partir da imersão dos pesquisadores no locus da pesquisa e utilização das técnicas da observação participante e da entrevista semiestruturada. (N aproximado de 60). Cada participante será abordado na Unidade de Saúde e a entrevista será realizada em uma sala reservada com a presença do pesquisador e do entrevistado, a fim de preservar a confidencialidade e o sigilo."

"As equipes de saúde da família são compostas por enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS). Essa unidade de saúde já está implantada no bairro há aproximadamente quinze anos e assiste a uma população, segundo o último cadastramento, de 12095 pessoas."

Participantes da pesquisa: "todos os trabalhadores de saúde da Equipe de Saúde da Família das cinco equipes que compõem a USF Federação e, os usuários atendidos. Quanto aos usuários, os critérios definidos para essa pesquisa serão: pessoas de ambos os sexos, em idade produtiva (acima de 18 anos), que frequentam a Unidade Saúde da Família (USF) definida como locus."

Quanto aos critérios de exclusão: "Trabalhadores da Unidade de Saúde da Família afastados do trabalho; Processo de trabalhos ilegais e/ou comércio de produtos ilícitos."

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br

Página 01 de 08



UFBA - FACULDADE DE
MEDICINA DA BAHIA (FMB) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Papear: 2.496.459

Análise dos dados: "serão digitados com dupla entrada no EPI Info 3.5.1 (permitirá verificar erros de digitação para correção). Para as variáveis qualitativas, serão calculadas as suas frequências absolutas e relativas [...]. Para os componentes II e III, o tratamento dos dados produzidos será norteado por perspectivas socioantropológicas, com interesse em examinar e co-produzir uma compreensão sobre o atendimento das demandas de saúde do trabalhador [...], bem como subsidiar a estruturação do processo de matriciamento e educação permanente dos profissionais de saúde da USF."

N total de 675.

ORÇAMENTO TOTAL DE R\$102.040,54 (PB) OU R\$103.640,54 (projeto)?: FINANCIAMENTO PRÓPRIO

CONTRAPARTIDA NÃO INFORMADO.

Trata-se, portanto, de um macroprojeto, que permitirá a elaboração de outras produções científicas e acadêmicas (artigos e dissertações) bem como de diversos estudos para divulgações em eventos. Elaborado de forma clara, com uma base teórica consistente e bem fundamentada. Trará importantes contribuições para os participantes, sociedade e comunidade científica/acadêmica, além da relevância de sua aplicabilidade junto ao SUS bem como sua participação e contribuições no setor produtivo. Com relação aos aspectos éticos na pesquisa, o presente projeto está de acordo com o que preconiza a Resolução 466/2012, necessitando de alguns ajustes nos TCLEs e de recomendações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: ADEQUADA

TERMO DE COMPROMISSO, SIGILO E CONFIDENCIALIDADE: ADEQUADO

CARTA DE ANUÊNCIA DA SMS: ADEQUADA

CRONOGRAMA: ADEQUADO

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELDURINHO CEP: 40.026-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: csp/fmb@ufba.br

Página 22 de 28



UFBA - FACULDADE DE
MEDICINA DA BAHIA (FMB) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Protocolo: 3.456.456

TCLEs:

COMPONENTE I: VER PENDÊNCIAS
COMPONENTE II: VER PENDÊNCIAS
COMPONENTE III: VER PENDÊNCIAS

Recomendações:

ESCLARECER A CONTRAPARTIDA INSTITUCIONAL.

COM RELAÇÃO AOS RISCO:

É IMPORTANTE QUE A PESQUISADORA REVEJA O POSSÍVEL RISCO PSICOSSOCIAL UMA VEZ QUE PODERÃO EMERGIR RESPOSTAS QUE PODERÃO CAUSAR ABALOS PSICO-EMOCIONAIS E/OU SOCIAIS DIANTE DAS PERGUNTAS CONTIDAS NO QUESTIONÁRIO DO COMPONENTE II.

TCLEs:

COMPONENTE I

- LINGUAGEM ACESSÍVEL AOS PARTICIPANTES ("processo de trabalho"; "características sociodemográficas"; "saúde autorreferida"; características ocupacionais " etc).

COMPONENTE I, II e III:

- EXPLICITAR OS BENEFÍCIOS ESPERADOS e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano. (ITEM IV.3, letra B da Resolução 466/12).

- EXPLICITAR A NÃO PENALIZAÇÃO CASO O PARTICIPANTE DESISTA DE PARTICIPAR DA PESQUISA (ITEM IV.3, letra D da Resolução 466/12).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: FELICURRÃO CEP: 40.026-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5264 Fax: (71)3283-5267 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.496.499

cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1016571.pdf	27/10/2017 17:32:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_do_Trabalhador_na_Est rategia_de_Saude_da_Familia_em_Salv ador_compreender_para_agir.docx	27/10/2017 17:31:12	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5264 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.496.459

Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/10/2017 17:24:18	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
Orçamento	Orcamento_PPSUS_2017.docx	27/10/2017 17:15:38	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_sigilo_confide ncialidade.pdf	27/10/2017 17:08:49	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
Outros	Carta_anuencia_SMS.pdf	27/10/2017 17:04:17	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_DIVAST_CESAT.p df	27/10/2017 16:55:33	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_com_profissionais de_saude.docx	26/10/2017 20:48:49	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_componente_II.docx	26/10/2017 20:46:34	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
Outros	Questionario_Sub_componente_I.docx	26/10/2017 20:44:51	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Componente_III.docx	26/10/2017 20:42:49	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Componente_II.docx	26/10/2017 20:42:37	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Componente_I.docx	26/10/2017 20:42:22	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	26/10/2017 20:38:20	Mônica Angelim Gomes de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 29 de Novembro de 2017

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br

