



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



VANESSA SALGADO SILVA

**SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA:
CONDIÇÕES DE TRABALHO E DEMANDAS EM SAÚDE EM
OFICINAS AUTOMOTIVAS DO TERRITÓRIO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador - Bahia

2018

VANESSA SALGADO SILVA

**SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA:
CONDIÇÕES DE TRABALHO E DEMANDAS EM SAÚDE EM
OFICINAS AUTOMOTIVAS DO TERRITÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal da Bahia, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva (área de concentração: Saúde, Ambiente e Trabalho).

Orientador: Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena

Co-orientadora: Prof. Dra. Mônica Angelim Gomes de Lima

Salvador

2018

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA)

Silva, Vanessa Salgado
Saúde do trabalhador na atenção básica: Condições de trabalho e demandas em saúde em oficinas automotivas do território / Vanessa Salgado Silva. -- Salvador, 2018.
97 f.

Orientador: Paulo Gilvane Lopes Pena.
Coorientador: Mônica Angelim Gomes de Lima.
Dissertação (Mestrado - Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho) -- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, 2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Condições de Trabalho. 5. Oficina de reparação automotiva. I. Pena, Paulo Gilvane Lopes. II. Lima, Mônica Angelim Gomes de. III. Título.

VANESSA SALGADO SILVA

**SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA:
CONDIÇÕES DE TRABALHO E DEMANDAS EM SAÚDE EM
OFICINAS AUTOMOTIVAS DO TERRITÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Data da defesa: 08 de junho de 2018

Banca Examinadora

Paulo Gilvane Lopes Pena – Orientador _____

Doutor em Sócio-economia do Desenvolvimento pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales-Paris/Universidade Federal da Bahia

Mônica Angelim Gomes de Lima _____

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia/Universidade Federal da Bahia

Elizabeth Costa Dias _____

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas/Universidade Federal de Minas Gerais

Dedicatória

A

Maria Emília e Claudionor, amados pais, por me ensinarem o caminho do aprendizado, da honestidade, da persistência e dos sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Paulo Pena, por acreditar no meu projeto, apoiar minhas escolhas e contribuir para o aprimoramento desse estudo.

À minha querida coorientadora Mônica Angelim, pela inserção no mundo da Saúde do Trabalhador, pelos direcionamentos, contribuições e incentivos.

À Elizabeth Dias, por solícitamente aceitar compor minha banca, compartilhar seus conhecimentos e fornecer importantes contribuições de maneira tão carinhosa e acolhedora.

Aos trabalhadores das oficinas de reparação automotiva, pela receptividade, acolhimento e por oferecerem parte de seu tempo e de sua história para a construção desta pesquisa.

À minha mãe Maria Emília, ao meu pai Claudionor, e aos meus irmãos Viviane e Marcus, por todo o apoio e torcida eterna pelo meu sucesso.

Ao meu companheiro Igor, por todo o amor, paciência, compreensão e apoio essenciais durante esse período dedicado ao estudo.

Às minhas amigas e companheiras de trabalho do NASF por todo o suporte ao longo dessa trajetória e compreensão nos períodos de ausência.

Aos meus colegas fisioterapeutas da UFBA, em especial, minhas amigas Elis, Elaine e Adriana, por todo o apoio incondicional e crucial para o sucesso dessa jornada.

Às amigas construídas e fortalecidas ao longo deste aprendizado acadêmico no PPGSAT, Taiane, Ivy, Vânia, Luamorenna, Luzinete, pela parceria, troca, apoio mútuo e pela leveza proporcionada nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

À todas as pessoas que cruzaram o meu caminho, e contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desse importante ciclo em minha vida, deixo registrada a minha eterna gratidão.

*“Que os nossos esforços desafiem
as impossibilidades. Lembrai-vos de que as
grandes proezas da história foram conquistadas daquilo que parecia impossível.”*

(Charles Chaplin)

RESUMO

Introdução: As práticas de saúde mais próximas do cotidiano de vida e trabalho das comunidades estão vinculadas à Atenção Básica. Trabalhadores residentes e não residentes do território da Estratégia Saúde da Família (ESF) executam atividades produtivas, as quais incluem serviços de natureza informal e familiar, com condições precárias de trabalho, reforçando a necessidade de aproximação entre ESF e trabalhadores do território. Dentre essas atividades, as oficinas de reparo automotivo apresentam-se em grande quantidade e envolvem a exposição a diversos agressores à saúde. **Objetivo:** Compreender as condições de trabalho e as demandas de atenção à saúde dos trabalhadores de oficinas de reparação automotiva inseridos no território da ESF em um distrito sanitário do município de Salvador - Bahia/Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, com perspectiva socioantropológica e aproximações etnográficas, utilizando elementos da análise ergonômica do trabalho. As oficinas foram selecionadas buscando garantir a representação da diversidade de serviços e de configurações de trabalho, mediante reconhecimento junto aos agentes comunitários de saúde e identificação de informantes-chave. Foram realizadas observações sistemáticas, anotações em diário de campo e entrevista semiestruturada. Para análise das informações foi utilizado o procedimento qualitativo de Análise de Conteúdo, utilizando a modalidade da análise temática, assim como elementos da Análise Ergonômica do Trabalho. **Resultados:** Foram identificadas e visitadas 45 oficinas no território, as quais possuem efetivo de 1 a 9 trabalhadores, força de trabalho exclusivamente masculina e idade entre 17 e 80 anos. Muitas possuem uma organização familiar, sendo comum a presença do trabalho informal, com jornada de trabalho flexível; remuneração baixa e variável; inconstância/ausência de férias e planejamento previdenciário; e ambientes de trabalho insalubres. Os principais riscos identificados foram: manipulação de produtos químicos, arranjos físicos, ferramentas e posturas inadequadas, uso de máquinas e equipamentos sem proteção, manuseio de produtos inflamáveis e projeção de peças e partículas sobre o corpo. Embora apresentem pouca ou nenhuma demanda de cuidado no nível da atenção primária, foram relatadas dor na coluna e nos membros superiores, problemas odontológicos, respiratórios e sistêmicos, assim como demanda por atualização do cartão vacinal. Os trabalhadores acreditam ter uma boa saúde, menosprezando sintomas considerados comuns, e não demonstram uma relação de vínculo e cuidado na USF de seu território, embora familiares frequentem ou sejam visitados por profissionais da unidade, relatando busca direta por serviços especializados e de emergência. **Conclusão:** Foram evidenciadas as condições de um trabalho tradicionalmente precário e que se degrada em função da precarização das relações, apresentando características responsáveis pela transformação do trabalho em um gerador de desigualdade em saúde. O presente estudo demonstra a necessidade da adoção de medidas na esfera da proteção à saúde desses trabalhadores, com ênfase na vigilância e na promoção de uma atenção integral. Para tanto, é fundamental que haja uma aproximação entre as equipes de saúde e esses trabalhadores, de maneira a contribuir para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na AB. São necessárias mais investigações que busquem apoiar o desenvolvimento de políticas específicas de proteção à saúde do trabalhador informal e não assalariado, considerando sua inserção no território da ESF.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Saúde do Trabalhador; Estratégia Saúde da Família; Condições de Trabalho; Oficina de reparação automotiva.

ABSTRACT

Introduction: The health practices closest to everyday life and work of communities are related to Primary Care. Resident and nonresident workers in the Family Health Strategy (FHS) territory carry out productive activities which include informal and family services with precarious work conditions, reinforcing the need of approximation between FHS and territory workers. Among these activities, the automotive repair workshops present in great quantity and involve exposure to several harmful elements to health. **Objective:** Understanding work conditions and health care demands of automotive repair workshop workers within a health district of FHS territory, in Salvador – Bahia/Brazil. **Method:** Descriptive and exploratory research with socio-anthropological perspective and ethnographic approaches, using Ergonomic Analysis of Work elements. The workshops were selected to ensure representation of the diversity of services and job settings, through recognition with community health agents and key informants identification. Systematic observations, records in field diary and semistructured interviews were performed. For informations analysis, Content Analysis qualitative procedure was used, applying thematic analysis modality, as well as elements of Ergonomic Analysis of Work. **Result:** Forty-five workshops with staffs of 1 to 9 workers were identified and visited in the territory, with exclusively male workforce and ages between 17 and 80 years old. Many have a family organization with informal work and flexible work hours; low and variable remuneration; vacation and social security planning inconstancy/absence; and unhealthy working environments. The main risks identified were: manipulation of chemicals, physical arrangements, inadequate tools and postures, unprotected use of machinery and equipment, handling of flammable products, and pieces and particles projection on the body. Although there is little to no demand for care at Primary Care level, spine and upper limbs pain, dental, respiratory and systemic problems have been reported — as well as the need of the vaccination card update. Workers believe they are in good health, neglecting symptoms that are considered common, and do not show a bond and care relationship in their territory family health unit, although relatives attend or are visited by unit professionals, reporting a direct search for specialized and emergency services. **Conclusion:** The conditions of a traditionally precarious work that is degraded due to relations precariousness were evidenced, presenting characteristics responsible for the transformation of work into a generator of inequality in health. The present study demonstrates the need to adopt measures in the field of these workers health protection, with emphasis on vigilance and comprehensive care promotion. Therefore, an approximation between the health teams and these workers is essential in order to contribute to National Health Policy of Worker implementation in AB. Further research is needed to support the development of specific health protection policies for the informal and self-employed worker, considering their inclusion in FHS territory.

Keywords: Primary Health Care; Worker's health; Family Health Strategy; Work conditions; Automotive repair workshop

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADRT	Agravos e doenças relacionadas ao trabalho
AET	Análise Ergonômica do Trabalho
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CESAT	Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador
DSBRV	Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
3. METODOLOGIA	16
3.1 Posição da pesquisadora	16
3.2 Tipo de pesquisa	16
3.3 Local de estudo e Sujeitos da pesquisa	17
3.4 Estratégia de pesquisa	18
3.5 Plano de análise	20
3.6 Compartilhamento dos resultados	21
4. ARTIGO I – Saúde do trabalhador na atenção básica: Especificidades do trabalho e demandas em saúde de trabalhadores de oficinas do território	22
5. ARTIGO II – Condições de trabalho em oficinas automotivas inseridas no território da Estratégia Saúde da Família	53
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
8. APÊNDICES	86
8.1 Apêndice A – Roteiro de entrevista semiestruturada	86
8.2 Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
8.3 Apêndice C – Perigos, riscos e repercussões à saúde dos trabalhadores das oficinas automotivas de acordo com o tipo de serviço	90
9. ANEXOS	92
9.1 Anexo I – Parecer de aprovação do projeto pelo CEP	92
9.2 Anexo II – Confirmação de Submissão do artigo II à Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	97

1. INTRODUÇÃO

No campo da Saúde Pública no Brasil, as práticas de saúde mais próximas do cotidiano de vida e de trabalho das comunidades estão vinculadas às atividades da AB, concretamente estabelecidas pela ESF, constituindo uma reorientação do modelo assistencial e de vigilância em saúde. (BRASIL, 1997) A AB, compreendida como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado integral, deve desenvolver ações por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios delimitados. Estes correspondem a espaços sociopolíticos dinâmicos, onde se encontram processos produtivos e tecnológicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares. (BRASIL, 2012)

A contribuição da ESF para a atenção integral à saúde dos trabalhadores pressupõe o envolvimento das EqSF, assim como o conhecimento sobre as atividades produtivas, perfil epidemiológico e situações de vulnerabilidade da população. No entanto, as ações de cuidado dos trabalhadores muitas vezes são pontuais e pouco articuladas com as diretrizes e objetivos da PNSTT, a qual alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de ST e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. A PNSTT tem como componente estruturante a VISAT, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a AB. (BRASIL, 2012; LACERDA E SILVA et al., 2014)

Para o desenvolvimento da atenção integral à ST, faz-se necessário o cumprimento das responsabilidades atribuídas às equipes técnicas e às esferas de gestão do SUS, assim como a incorporação de ações em ST de forma organizada e sistemática no processo de trabalho das EqSF, de maneira a atender aos interesses e necessidades dos trabalhadores. (BRASIL, 2012; DIAS; LACERDA E SILVA, 2013) A transversalidade das ações intra e interssetoriais, e a articulação das práticas de promoção, vigilância e assistência à saúde, considerando o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença, são características indispensáveis para o desenvolvimento das ações de ST no SUS. (GOMEZ; MACHADO; PENA, 2013)

A Constituição Federal de 1988 no artigo 196 define que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Também fixa as bases legais para a organização do

SUS, seguindo princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social. (GIOVANELLA, 2013) Ao considerar que o SUS é a única política pública de cobertura universal, para o cuidado da saúde dos trabalhadores, faz-se necessária uma redefinição das práticas de saúde e a construção de um novo modelo de atenção, com ampliação das ações de vigilância em saúde. (DIAS; HOEFEL, 2005)

O crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, reforça o papel da AB em levar as ações de saúde o mais próximo do cotidiano de vida e trabalho das pessoas. (SANTOS; RIGOTTO, 2011; HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005) As atividades produtivas envolvem diretamente a saúde dos trabalhadores, que por um lado pode representar fonte de renda, bem-estar, socialização e realização, mas a depender das relações, condições e formas de organização do trabalho, também pode ser espaço de exploração, sofrimento e acidentes. (SANTOS; RIGOTTO, 2011) O mercado de trabalho brasileiro, por sua vez, é caracterizado por empregos cada vez mais adversos, não regulamentados e desprotegidos, e pelo desemprego, sendo crescente a informalidade nos contratos de trabalho e a expansão de muitas formas de empregos precários e atípicos. Além disso, existe uma lacuna de conhecimento sobre como essas condições afetam o estado de saúde dos trabalhadores e as desigualdades relacionadas à saúde. (DIAS et al., 2011)

Os territórios adscritos de atuação e responsabilidade sanitária das equipes de saúde da família concentram uma grande variedade de atividades produtivas e de trabalho, executados por trabalhadores residentes e não residentes. Dentre a diversidade de processos produtivos desenvolvidos nos territórios da ESF, as oficinas de reparação automotiva apresentam-se em grande quantidade, correspondem ao setor serviço, comumente tratado como sinônimo do setor terciário, que reúne uma diversidade de atividades, produtos e processos, e a maioria possui natureza informal com condições precárias de trabalho. (PENA, 2010)

Os trabalhadores dessas oficinas encontram-se expostos a numerosos agressores à saúde, destacando-se movimentações manuais de cargas, com constrangimentos posturais e condições ergonômicas desfavoráveis, além de exposições a ruído e a produtos químicos, com provável sub-registro de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais, e desinformação por parte de proprietários e trabalhadores quanto às exposições a que estão submetidos e suas possíveis consequências para a saúde. (BINDER, 2001; STAMATO, 2015; GUIJARRO; ÁVALOS; RAZZA, 2010; AMORIM; CAVALCANTE; PEREIRA, 2012) Dentre os principais tipos de lesões destacam-se: cortes e ferimentos superficiais; luxações, entorses e distensões; fraturas ósseas; concussão e lesões internas; e queimaduras, escaldamento e

congelamento. (SMITH, 2007; LÓPEZ-ARQUILLOS; RUBIO-ROMERO, 2016) Há ainda o risco de leucemia e outros cânceres hematológicos, presumivelmente devido à exposição e manipulação de gasolina, a qual possui benzeno em sua composição, devendo ser prioritária a redução dos riscos nesses locais de trabalho. (HUNTING, 1995)

Segundo a OMS, cerca de 85% dos trabalhadores em todo o mundo, aproximadamente 2,2 bilhões não possuem acesso a serviços de saúde ocupacional. Esta condição também pode ser encontrada junto aos trabalhadores das oficinas de reparação automotiva, em sua maioria inseridos no setor informal de trabalho, os quais possuem uma desassistência à sua saúde, embora muitos estejam inseridos no território da AB. Desde 2007, no entanto, a OMS tem orientado os serviços a fornecerem uma assistência à saúde dos trabalhadores, fato que se articula com o caráter de atenção integral proposto pelo SUS. (WHO, 2007)

Dentre as características da AB que podem ser consideradas facilitadoras para o desenvolvimento de ações de vigilância destacam-se a organização territorial, os vínculos do serviço com a população, a atenção contínua e integral, a atuação multiprofissional, assim como a presença do agente comunitário de saúde que agrega um diferencial no trabalho da equipe de saúde. (DIAS; LACERDA E SILVA; ALMEIDA, 2012) A AB corresponde, portanto, a uma importante alternativa para otimização da saúde e minimização das desigualdades entre os grupos populacionais, na direção da equidade. (MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2013)

Apesar de as EqSF desenvolverem ações no território e perpassarem por diversos processos produtivos rotineiramente, ainda persiste uma invisibilidade dos trabalhadores do território da ESF por parte das equipes. Considerando que tais processos podem ser executados por trabalhadores residentes e não residentes, presentes na área adscrita em horários compatíveis com o funcionamento das unidades, de modo a facilitar o contato das equipes, e que estes desempenham atividades com riscos ocupacionais diversos que geram necessidades e demandas de saúde, fica clara, portanto, a importância da aproximação entre as equipes e esses trabalhadores. No entanto, para que a AB coordene de fato as ações de ST, faz-se necessária a capacitação dos profissionais, a redefinição e redimensionamento de suas tarefas e a garantia de procedimentos de referência e contrarreferência adequados, e não somente acrescentar mais uma atribuição às equipes já sobrecarregadas. (MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2013)

Diante dos desafios para o cuidado integral do trabalhador no âmbito da AB e dos obstáculos para a implantação da PNSTT, é importante compreender como a presença de processos produtivos, como a de oficinas de reparação automotiva no território da ESF,

conformam especificidades nas suas dimensões técnica, de organização e de relações de trabalho, e explicitam demandas de saúde para o SUS e a USF do território. Para tanto, foram desenvolvidos dois artigos, cujo primeiro se debruçou sobre as especificidades do trabalho e as demandas de atenção à saúde desses trabalhadores, enquanto o segundo se aprofundou no debate sobre as condições de trabalho dos mesmos.

Vale destacar que este estudo integra o desenvolvimento de um projeto de pesquisa ampliado proposto pelo grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade, em parceria com o CESAT e o CEREST Salvador, e aprovado no edital do PPSUS: Gestão Compartilhada em Saúde. Este se propõe a realizar a aproximação entre os níveis estadual e municipal e a integração de práticas de saúde do trabalhador na ESF no município de Salvador-BA, em parceria com a UFBA.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender as condições de trabalho e as demandas de atenção à saúde dos trabalhadores de oficinas de reparação automotiva inseridos no território da ESF em um distrito sanitário do município de Salvador - Bahia/Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

Compreender as especificidades do trabalho e as demandas de atenção à saúde de trabalhadores de oficinas de reparação automotiva inseridas no território da ESF.

Compreender as condições de trabalho em oficinas de reparação automotiva inseridas no território da ESF.

3. METODOLOGIA

3.1 Posição da pesquisadora

A pesquisadora que conduziu o trabalho de campo é profissional do NASF da USF do território pesquisado. No entanto, no que se refere às suas atribuições profissionais junto às equipes atuantes no território, não houve aproximação prévia com os trabalhadores e com o ambiente de trabalho das oficinas de reparação de veículos automotores.

Na pesquisa qualitativa o envolvimento do entrevistado com o entrevistador é condição de aprofundamento da investigação e da própria objetividade. O pesquisador precisa envolver-se com seu objeto de estudo, ao mesmo tempo em que observa a si mesmo, e os fenômenos de interferência. Essa necessidade de o pesquisador observar a si mesmo e a seu comportamento no campo, visando uma postura de respeito para com seus interlocutores, é conhecido como “reflexividade”. A pesquisa qualitativa é envolta por aspectos fluidos não-mensuráveis que devem ser examinados nos mais diversos ângulos, sendo necessária criatividade na capacidade de observação e análise. Tanto o investigador quanto os participantes são simultaneamente sujeito e objeto de investigação. Dessa forma, não é possível isolar o conhecimento produzido da pessoa que o produziu, e a prática da reflexividade deve ser permanente nas relações entre o pesquisador e seus interlocutores. (TURATO, 2003; MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015; MINAYO; GUERRIERO, 2004)

A reflexividade faz parte da ética, a qual fez parte da elaboração do projeto de pesquisa, da delimitação do objeto de estudo, e do trabalho de campo, prosseguindo até a publicação dos resultados.

3.2 Tipo de Pesquisa

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa para melhor aproximação e compreensão do objeto de estudo em suas diversas dimensões, com perspectiva socioantropológica, e utilização de aproximações etnográficas e de elementos da AET.

O estudo das Ciências Humanas envolve a análise do ser humano em sua complexidade (relações, ética, contextos históricos, sociais e culturais), permitindo o estudo do objeto com maior profundidade. O universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as

vivenciam. O método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, representações, significados, crenças, valores, percepções, opiniões e atitudes. Possui fundamento teórico, permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referente a grupos particulares, e propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias. Nesse sentido, os estudos qualitativos buscam se aproximar das dimensões subjetivas e sócio culturais que envolvem o indivíduo e sua condição de vida e de trabalho. O pesquisador, ao utilizar os métodos qualitativos, deve ser capaz de perceber os pequenos detalhes muitas vezes imperceptíveis pelo senso comum, mas que são essenciais para a construção científica. (TURATO, 2003; MINAYO, 2014)

3.3 Local de estudo e Sujeitos da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no município de Salvador, capital do estado da Bahia, o qual possui uma população de 2.938.092 habitantes, sendo 53% do sexo feminino. Corresponde à cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil, com uma extensão territorial de 693,3km. A sua região político-administrativa compreende 10 regiões administrativas denominadas Prefeituras Bairro e 12 Distritos Sanitários. (SALVADOR, 2014)

Na estrutura organizacional da SMS de Salvador, o CEREST coordena as ações em saúde do trabalhador, cuja concepção deste estudo se deu em parceria e através da interlocução com o mesmo. O Plano municipal de saúde do município (2014-2017) traz a Vigilância da Saúde como eixo estruturante da Atenção à Saúde, apresentando como um dos objetivos o fortalecimento das ações de ST na rede de atenção e vigilância em Salvador. Os ADRT se configuram como um importante problema de saúde pública, porém ainda com pouca visibilidade entre os profissionais de saúde, tendo elevada subnotificação nos sistemas de informação do SUS. Entre 2007-2012 verificou-se crescimento nas notificações de ADRT, onde o DSBRV foi o que mais notificou (15,3%). (SALVADOR, 2014)

Dentre as unidades existentes nesse distrito, o presente estudo desenvolveu suas ações na área de abrangência de uma USF localizada próxima ao CESAT e ao CEREST, e composta por cinco EqSF. Esta corresponde à unidade que concentra a segunda maior quantidade de equipes e área de cobertura do distrito. Está implantada há aproximadamente quinze anos, com equipes completas, promove assistência a uma população de aproximadamente vinte mil pessoas e apresenta áreas com diferentes características sociais, econômicas e sanitárias. Seu território caracteriza-se por um local populoso, com 36.362 habitantes de acordo com o Censo

de 2010, localizado na região central da cidade de Salvador. Cabe ressaltar que a maior USF do distrito possui sete equipes, no entanto trata-se de uma constituição recente, com equipes ainda incompletas, e com menor reconhecimento e vinculação com o território adscrito.

Com o objetivo de aproximação da realidade da população do território de estudo e da diversidade de processos produtivos e de trabalho desenvolvidos, foi realizado um levantamento preliminar em uma das regiões cobertas pela USF conhecida pela grande quantidade de comércio e serviços desenvolvidos, e de responsabilidade de vigilância em saúde de duas equipes da unidade. Foram identificadas 159 atividades de comércio/serviços, tais como: lojas diversas (35 sendo 15 de vestuário), oficinas de reparação de veículos (26, sendo 2 de motocicletas), mercadinhos/mercearias (18), bares (12), salão de beleza/barbearia (12), lanchonetes (6), lava jato (5), dentre outras. Diante de sua grande concentração no território e dos diversos riscos envolvidos em seu processo de trabalho, optou-se por delimitar a pesquisa para as oficinas de reparação de veículos automotores. Foram então mapeadas as oficinas localizadas nas áreas das outras três equipes da USF, sendo contabilizadas outras 21, e totalizadas 45 no território adscrito da USF estudada.

3.4 Estratégia de pesquisa

A pesquisa qualitativa desenvolvida possui aproximações etnográficas, utilizando elementos da AET, as quais são correntes teórico-metodológicas que privilegiam a ação situada em contextos organizacionais e buscam estudar os sujeitos em situações reais de atividade. Enquanto a etnografia trata do estudo da vida social e da cultura, possuindo originalmente abrangência antropológica, a AET complementa esta análise de modo a identificar modos e estratégias operatórias adotadas, assim como aspectos biomecânicos e psicossociais envolvidos, em condições reais de trabalho. (THERRIEN; CARVALHO, 2009; TURATO, 2003; GUÉRIN et al., 2001)

Para a produção de dados foram realizadas observações sistemáticas com momentos de maior presença em direção à observação participante, com o propósito de compreender o trabalho real, a dinâmica do ciclo produtivo e das relações de trabalho. Após período de familiarização com o campo e contato com o cotidiano, foram realizadas entrevistas situadas, consecutivas ou simultâneas às atividades, de acordo com a disponibilidade dos trabalhadores, além de anotações em diário de campo, gravações de áudio e registros das atividades de trabalho, mediante autorização, no período entre agosto/2017 e abril/2018.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com questões norteadoras, buscando ampliar e aprofundar a comunicação, estimular a narrativa das vivências, das interpretações e das relações sociais dos entrevistados, com a emergência de temas novos provocados por seu questionamento. A primeira parte do roteiro de entrevista foi composta por dados de caracterização do participante e de sua atividade de trabalho, e a segunda parte foi constituída por questões norteadoras que buscaram compreender as características técnicas, de organização e de relações de trabalho; identificar os potenciais riscos relacionados ao trabalho, o histórico de agravos, as necessidades e demandas de saúde, assim como a relação com os serviços de saúde.

Foram realizadas visitas em todas as oficinas do território, mediante reconhecimento junto aos ACS e identificação de informantes-chave, e realizadas conversações com pelo menos um trabalhador por oficina, buscando obter uma breve caracterização das atividades desenvolvidas e informações relacionadas ao cuidado à saúde. As questões pautadas estiveram relacionadas às condições de saúde dos trabalhadores e sua relação com o SUS e a USF, e informações a respeito do quantitativo de trabalhadores, tipos de serviços oferecidos, local de moradia e existência de relação familiar entre os trabalhadores. Foram realizadas seis entrevistas em profundidade que englobaram trabalhadores de cinco oficinas distintas com diferentes serviços prestados, tamanho e quantidade de trabalhadores. O número de participantes foi considerado suficiente quando os dados da pesquisa refletiram as categorias de estudo e se tornaram repetitivos. (MINAYO, 2014) Além da produção de informações a partir dos trabalhadores entrevistados, os relatos apresentados envolvem registros de diário de campo dos interlocutores das demais oficinas visitadas.

No diário de campo foram registradas impressões pessoais da pesquisadora, observações de comportamentos e relações, resultados de conversas informais, manifestações dos interlocutores quanto aos pontos investigados, dentre outros aspectos relevantes. De acordo com Oliveira (1998), os dados contidos no diário de campo ganham em inteligibilidade sempre que rememorados pelo pesquisador, uma vez que a memória constitui elemento rico na redação de um texto, contendo ela mesma uma massa de dados cuja significação é melhor alcançável quando o pesquisador a traz de volta do passado, tornando-a presente no ato de escrever. (OLIVEIRA, 1998)

As aproximações etnográficas foram realizadas em três oficinas totalizando 64 horas de observação. Estas foram selecionadas para aprofundamento dos aspectos observacionais das atividades de trabalho, contemplando os diferentes tamanhos, sem restrição quanto ao tipo de serviço prestado, visando garantir a representação da diversidade das atividades (mecânica,

elétrica, chaparia, pintura e capotaria). Foi realizada a observação do ciclo produtivo de todas as atividades desenvolvidas nessas oficinas, com suporte de elementos da AET, buscando compreender as especificidades técnicas, relacionais e da organização do trabalho, assim como a dinâmica das atividades e os riscos ocupacionais envolvidos. Para tanto, a pesquisadora acompanhou todas as etapas dos processos de trabalho, incluindo desde a chegada do carro na oficina, a interação com os clientes e colegas de trabalho, o desempenho do trabalho real da reparação do automóvel, até a sua devolução.

Como questão de aproximação e cordialidade, o primeiro contato da pesquisadora foi realizado com o dono da oficina, e tanto funcionários, quanto proprietários, puderam ser participantes da pesquisa. Um cuidado específico foi tomado em relação à presença de menores aprendizes, os quais não foram entrevistados, sendo realizados registros em diário de campo para discussão em outra etapa do projeto. Foram excluídas oficinas de reparação automotiva exclusivas de motocicletas. Os dados das entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos.

3.5 Plano de análise

Para a análise das informações foram utilizados elementos da AET, cuja a atividade, as condições nas quais esta é realizada, e suas consequências corresponderam a objetos de análise do trabalho, assim como o procedimento qualitativo de Análise de Conteúdo, utilizando a modalidade da análise temática. Esta descreve três etapas para a sistematização dos dados: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/interpretação. Uma leitura flutuante das respostas dos sujeitos foi realizada e, em seguida, feita a marcação e recorte das falas, agrupando os achados por categorias de análise. (GUÉRIN et al., 2001; MINAYO, 2014)

A identificação dos principais núcleos de sentido foi realizada considerando as regularidades do discurso e os sentidos frequentes presentes nas falas. Os dados foram organizados e classificados de acordo com as seguintes categorias e seções descritivas: Artigo 1 - a) Território produtivo da ESF, b) Da aprendizagem ao ensinamento, c) Saúde e adoecimento, d) Acesso e relação com os serviços de saúde, e) Impactos das visitas às oficinas automotivas; e Artigo 2 - a) Condições de trabalho nas oficinas automotivas, b) Estratégias operatórias e de regulação da atividade, c) Perigos e riscos à saúde dos trabalhadores, e d) Ausência de articulação com a ESF do território.

A discussão dos resultados considerou os elementos envolvidos na constituição e reconhecimento do território produtivo, aproximação dos processos e ambientes de trabalho, compreensão das relações sociais, com a USF e o SUS, e no reconhecimento da informalidade e precarização das relações de trabalho. Utilizou como base os conceitos de vigilância em saúde, território e relação com a saúde, apresentados por Rigotto; aspectos relacionados à configuração da classe trabalhadora brasileira, apresentados por Jessé Souza e Antunes; e conceitos da análise ergonômica do trabalho, como modo operatório, estratégias regulatórias, variabilidade e atividade, apresentados por Guérin. (SANTOS; RIGOTTO, 2011; SOUZA, 2012; ANTUNES, 2006, 2015; GUÉRIN, 2001)

Os participantes da pesquisa receberam nomes fictícios, visando a preservação de suas identidades. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da UFBA, respeitando as normas preconizadas pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

3.6 Compartilhamento dos resultados

Os resultados deste trabalho serão publicados na forma de artigos científicos, em periódicos e revistas científicas, além de serem apresentados para a comunidade estudada, para a SMS, e para os profissionais das equipes de saúde do território, com o objetivo de promover o diálogo referente ao cuidado à saúde dos trabalhadores inseridos no território de atuação das EqSF.

4. ARTIGO 1

Saúde do trabalhador na atenção básica: Especificidades do trabalho e demandas em saúde de trabalhadores de oficinas do território

1. Introdução

O desenvolvimento de ações de ST, entendidas enquanto um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção da saúde, assim como a recuperação e reabilitação de trabalhadores submetidos a riscos decorrentes de condições de trabalho, são estabelecidas pela Lei 8.080/1990 como atribuições do SUS. (BRASIL, 1990) No entanto, apesar de o cuidado integral à ST estar regulamentado como responsabilidade do SUS desde a década de 1980, ainda não houve incorporação efetiva das concepções, paradigmas e ações com reconhecimento do lugar do trabalho na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental. (DIAS; LACERDA E SILVA, 2013)

A contribuição da ESF para a atenção integral à saúde dos trabalhadores pressupõe o envolvimento das EqSF, assim como o conhecimento sobre as atividades produtivas, perfil epidemiológico e situações de vulnerabilidade da população. (BRASIL, 2012) No entanto, as ações de cuidado aos trabalhadores são pontuais e pouco articuladas com as diretrizes e objetivos da PNSTT, a qual alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. A PNSTT tem como componente estruturante a VISAT, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a AB. (BRASIL, 2012; LACERDA E SILVA et al., 2014)

Dentre as características da AB consideradas facilitadoras para o desenvolvimento de ações de vigilância destacam-se a organização territorial; os vínculos do serviço com a população; a atenção contínua e integral; a atuação multiprofissional; e a presença do agente comunitário de saúde que agrega um diferencial no trabalho da equipe de saúde. (DIAS, 2012) A AB corresponde, portanto, a uma importante alternativa para otimização da saúde e minimização das desigualdades entre os grupos populacionais, na direção da equidade, (MINAYO-GOMEZ, 2013) e para o desenvolvimento de ações contínuas e sistemáticas em ST no território.

Os territórios adscritos de atuação e responsabilidade sanitária das EqSF concentram uma grande quantidade de atividades produtivas e de trabalho, executados por trabalhadores residentes e não residentes. Dentre a diversidade de processos produtivos desenvolvidos nos territórios da ESF, as oficinas de reparação automotiva apresentam-se em grande quantidade. A maioria possui natureza informal com condições precárias de trabalho e envolvem uma exposição constante a diversos riscos ocupacionais aos trabalhadores, os quais, por sua vez, possuem necessidades e demandas de atenção à saúde.

Nos Estados Unidos, em 2005, haviam 954.000 profissionais de serviços automotivos, dentre os quais ocorreram 15.680 lesões e doenças não-fatais envolvendo uma média de 5 dias de afastamento do trabalho. (SMITH, 2007) No Brasil, foi identificado que nas oficinas de São Paulo, os trabalhadores estão expostos a numerosos agressores à saúde, destacando-se movimentações manuais de cargas, exposições a ruído e a produtos químicos, com provável sub-registro de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais. (BINDER, 2001) No entanto, embora esteja evidenciada a relação entre o trabalho exercido nas oficinas automotivas e sua exposição a fatores de riscos com consequentes lesões e acidentes em seu ambiente de trabalho, estes trabalhadores, residentes ou não residentes do território onde trabalham, que corresponde à área de abrangência e de atuação da ESF, não possuem uma atenção à saúde.

De acordo com dados do plano global de ação da OMS, estima-se que cerca de 85% dos trabalhadores em todo o mundo, ou seja, 2,2 bilhões de trabalhadores não tenham acesso a serviços de saúde ocupacional. Os trabalhadores dessas oficinas, em sua maioria inseridos no setor informal de trabalho, estão incluídos nesse contingente, e encontram-se desassistidos. Desde 2007, no entanto, a OMS tem orientado os serviços de saúde a fornecerem essa assistência, fato que se articula com o caráter de atenção integral à saúde proposto pelo SUS. (WHO, 2007)

A PNSTT, por sua vez, define princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Destaca ainda a necessidade de contemplar todos os trabalhadores priorizando pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, assim como os trabalhadores das oficinas automotivas, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (BRASIL, 2012)

Dessa forma, o presente estudo busca, portanto, compreender as especificidades do trabalho e as demandas de atenção à saúde de trabalhadores de oficinas de reparação automotiva inseridas no território da ESF.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, com perspectiva socioantropológica, aproximações etnográficas e de elementos da Análise Ergonômica do Trabalho (AET). A pesquisadora que conduziu o trabalho de campo é profissional do NASF da USF do território pesquisado. No entanto, no que se às suas atribuições profissionais junto às equipes atuantes no território, não houve aproximação prévia com os trabalhadores e com o ambiente de trabalho das oficinas de reparação automotiva.

2.1 Lócus de estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Salvador, capital do estado da Bahia, o qual possui uma população de 2.938.092 habitantes, sendo 53% do sexo feminino. Corresponde à cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil, com uma extensão territorial de 693,3km. A sua região político-administrativa compreende 10 regiões administrativas denominadas Prefeituras Bairro e 12 Distritos Sanitários. (SALVADOR, 2014)

O Plano municipal de saúde do município (2014-2017) traz a Vigilância da Saúde como eixo estruturante da Atenção à Saúde, apresentando como um dos objetivos o fortalecimento das ações de ST na rede de atenção e vigilância. Os ADRT se configuram como um importante problema de saúde pública, porém ainda com pouca visibilidade entre os profissionais de saúde, tendo elevada subnotificação nos sistemas de informação do SUS. Entre 2007-2012 verificou-se crescimento nas notificações de ADRT, onde o DSBRV, segundo distrito mais populoso (372.162 habitantes), foi o que mais notificou (15,3%). (SALVADOR, 2014)

Dentre as unidades de saúde existentes no DSBRV, o presente estudo desenvolveu suas ações no território de abrangência de uma USF composta por cinco EqSF. Esta corresponde à unidade do distrito que concentra a segunda maior quantidade de equipes e área de cobertura, apresentando áreas com diferentes características sociais, econômicas e sanitárias. A maior USF do distrito possui sete equipes, no entanto trata-se de uma constituição recente, com menor reconhecimento e vinculação com o território adscrito.

Com o objetivo de aproximação da realidade da população do território de estudo e da diversidade de processos produtivos e de trabalho desenvolvidos, foi realizado um levantamento preliminar em uma das regiões cobertas pela USF conhecida pela grande

quantidade de comércio e serviços desenvolvidos, e de responsabilidade de vigilância em saúde de duas equipes da unidade.

Este trabalho integra o desenvolvimento de um projeto ampliado aprovado no edital do PPSUS: Gestão Compartilhada em Saúde, o qual se propõe a realizar a aproximação entre os níveis estadual e municipal de saúde, e a integração de práticas de ST na ESF no município de Salvador-BA, em parceria com a UFBA.

2.2 Estratégia de pesquisa

Para a produção de dados foram realizadas observações sistemáticas com momentos de maior presença em direção à observação participante, com o propósito de compreender o trabalho real, a dinâmica do ciclo produtivo e das relações de trabalho. Após período de familiarização com o campo e contato com o cotidiano, foram realizadas entrevistas situadas, consecutivas ou simultâneas às atividades, de acordo com a disponibilidade dos trabalhadores, além de anotações em diário de campo, gravações de áudio e registros das atividades de trabalho, mediante autorização, no período entre agosto/2017 e abril/2018. A primeira parte do roteiro de entrevista foi composta por dados de caracterização do participante e de sua atividade de trabalho, e a segunda parte foi constituída por questões norteadoras que buscaram compreender as características técnicas, de organização e de relações de trabalho; identificar os potenciais riscos relacionados ao trabalho, o histórico de agravos, as necessidades e demandas de saúde, assim como a relação com os serviços de saúde.

Foram realizadas visitas em todas as oficinas do território, mediante reconhecimento junto aos ACS e identificação de informantes-chave, e realizadas conversações com pelo menos um trabalhador por oficina, buscando obter uma breve caracterização das atividades desenvolvidas e informações relacionadas ao cuidado à saúde. As questões pautadas estiveram relacionadas às condições de saúde dos trabalhadores e sua relação com o SUS e a USF, e informações a respeito do quantitativo de trabalhadores, tipos de serviços oferecidos, local de moradia e existência de relação familiar entre os trabalhadores. Foram realizadas seis entrevistas em profundidade que englobaram trabalhadores de cinco oficinas distintas com diferentes serviços prestados, tamanho e quantidade de trabalhadores. O número de participantes foi considerado suficiente quando os dados da pesquisa refletiram as categorias de estudo e se tornaram repetitivos. (MINAYO, 2014) Além da produção de dados a partir dos trabalhadores entrevistados, os relatos apresentados envolvem registros de diário de campo dos interlocutores das demais oficinas visitadas.

As aproximações etnográficas foram realizadas em três oficinas totalizando 64 horas de observação. Estas foram selecionadas para aprofundamento dos aspectos observacionais das atividades de trabalho, contemplando os diferentes tamanhos, sem restrição quanto ao tipo de serviço prestado, visando garantir a representação da diversidade das atividades (mecânica, elétrica, chaparia, pintura e capotaria). Foi realizada a observação do ciclo produtivo de todas as atividades desenvolvidas nessas oficinas, com suporte de elementos da AET, buscando compreender as especificidades técnicas, relacionais e da organização do trabalho, assim como a dinâmica das atividades e os riscos ocupacionais envolvidos. Para tanto, a pesquisadora acompanhou todas as etapas dos processos de trabalho, incluindo desde a chegada do carro na oficina, a interação com os clientes e colegas de trabalho, o desempenho do trabalho real da reparação do automóvel, até a sua devolução.

Como questão de aproximação e cordialidade, o primeiro contato da pesquisadora foi realizado com o dono da oficina, e tanto funcionários, quanto donos das oficinas, puderam ser participantes da pesquisa. Um cuidado específico foi tomado em relação à presença de menores aprendizes, os quais não foram entrevistados, sendo realizados registros em diário de campo para discussão em outra etapa do projeto. Foram excluídas oficinas de reparação automotiva exclusivas de motocicletas. Os dados das entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos.

2.3 Plano de análise

Para a análise das informações foram utilizados elementos da AET, cuja a atividade, as condições nas quais esta é realizada, e suas consequências corresponderam a objetos de análise do trabalho, assim como o procedimento qualitativo de Análise de Conteúdo, utilizando a modalidade da análise temática. Esta descreve três etapas para a sistematização dos dados: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, inferências e interpretação. Uma leitura flutuante das respostas dos sujeitos foi realizada e, em seguida, feita a marcação e recorte das falas, agrupando os achados por categorias de análise.

A identificação dos principais núcleos de sentido foi realizada considerando as regularidades do discurso e os sentidos frequentes presentes nas falas. Os dados foram organizados e classificados de acordo com as seguintes categorias: a) Da aprendizagem ao ensinamento; b) Saúde e adoecimento; e c) Acesso e relação com os serviços de saúde. As seções “Território produtivo da ESF” e “O despertar a partir das visitas às oficinas” foram desenvolvidas com base em dados empíricos e analíticos da pesquisa de campo com o

propósito de apresentar o campo, incluindo suas principais características e especificidades, assim como os desdobramentos das visitas realizadas.

A discussão dos resultados considerou os elementos envolvidos na constituição e reconhecimento do território produtivo, aproximação dos processos de trabalho, e compreensão das relações sociais, com a USF e o SUS. Utilizou como base os conceitos de vigilância em saúde, território e relação com a saúde, apresentados por Rigotto, e aspectos relacionados ao surgimento e à realidade de uma nova classe trabalhadora brasileira, apresentados por Jessé de Souza. (SANTOS; RIGOTTO, 2011; SOUZA, 2012)

Os participantes da pesquisa receberam nomes fictícios, visando a preservação de suas identidades. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da UFBA, respeitando as normas preconizadas pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Resultados e Discussão

Os resultados do estudo foram consolidados e apresentados, considerando as categorias de análise desenvolvidas e as especificidades observadas na pesquisa de campo.

O estudo foi realizado no território de uma USF composta por 5 equipes. Com o objetivo de conhecer os processos produtivos, foi realizado um levantamento preliminar na área de cobertura de duas equipes, identificando-se 159 atividades de comércio/serviços, tais como: lojas diversas (35, sendo 15 de vestuário), oficinas de reparação de veículos (26, sendo 2 de motocicletas), mercadinhos/mercearias (18), bares (12), salão de beleza/barbearia (12), lanchonetes (6), lava jato (5), dentre outras. Considerando sua elevada concentração e riscos envolvidos, foram então mapeadas as oficinas nas áreas das outras três equipes da USF, sendo identificadas 45 oficinas localizadas no território adscrito da USF estudada.

Os trabalhadores caracterizaram-se por uma força de trabalho exclusivamente masculina, totalizando 151 trabalhadores, dentre os quais 79 são residentes do território. As oficinas possuem em média 3 trabalhadores, variando entre 1 a 9, sendo que a maioria possui idade superior a 50 anos, e grande experiência no exercício de suas funções. No entanto, foi possível observar a presença desde aprendizes com 17 anos de idade até trabalhadores com 80 anos.

Os principais serviços desenvolvidos nas oficinas foram mecânica (29), pintura (22), chaparia (21), elétrica (12) e capotaria (4), considerando que em uma mesma oficina podem ser oferecidos diferentes tipos de serviços. No entanto, foi possível observar, em menor quantidade, serviços de borracharia, ar condicionado, retífica de motor e tornearia.

As características das três oficinas onde foram realizadas as aproximações etnográficas encontram-se apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das oficinas com aproximações etnográficas

Características	Oficina A	Oficina B	Oficina C
Nº de trabalhadores	3	4	5
Serviços	Mecânica e elétrica	Mecânica, pintura e capotaria	Mecânica, pintura e chaparia
Residentes do território	Apenas o proprietário-trabalhador (mecânico)	Apenas um funcionário (pintor)	3 funcionários (1 chapista, 1 pintor, 1 mecânico) e o proprietário
Relação familiar	2 irmãos	Pai e filho	Ausente
Relação de trabalho	Informal	Informal	Informal

A maioria dos participantes envolvidos nas entrevistas eram moradores do território estudado e caracterizaram-se por uma representatividade relacionada às atividades desempenhadas, vínculo de trabalho, e variação de faixa etária e de tempo de atuação nas oficinas, conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos participantes entrevistados

Trabalhador (fictício)	Janderson	Denilson	Salvador	Milton	João	Ronaldo
Idade na entrevista	26 anos	49 anos	58 anos	61 anos	67 anos	71 anos
Tempo de atuação em oficina	11 anos	26 anos	40 anos	41 anos	53 anos	63 anos
Vínculo de trabalho	Cooperativado	Cooperativado	Cooperativado	Proprietário-trabalhador	Proprietário-trabalhador	Proprietário-trabalhador
Serviço	Pintura	Chaparia	Pintura	Elétrica	Pintura	Mecânica
Morador do território	Sim	Não (área próxima)	Sim	Sim	Sim	Sim

Foi possível verificar a existência de diversos perigos e riscos à saúde dos trabalhadores, incluindo riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes, os quais encontram-se descritos no Apêndice C. Dentre os principais riscos identificados encontram-se a manipulação de produtos químicos; arranjos físicos, ferramentas e posturas inadequadas; uso de máquinas e equipamentos sem proteção; manuseio de produtos inflamáveis; e projeção de peças e partículas sobre o corpo.

3.1 O Território produtivo da ESF: A “Rua das oficinas”

As oficinas de reparação automotiva ganham destaque no conjunto das atividades produtivas do território primeiramente na medida em que se apresentam em grande quantidade. Dentre as 45 oficinas presentes no território, 24 pertencem a uma rua de área de abrangência de duas EqSF, a qual inclusive pode ser denominada como a “rua das oficinas”.

Essa rua é constituída por uma intensa circulação de pessoas nas calçadas e no asfalto, em meio a um trânsito agitado e desordenado de automóveis. Ao acompanhar a movimentação nesse local, é possível observar uma interação constante entre as pessoas que transitam nas calçadas, com aquelas que transitam nos automóveis, e entre essas e aquelas com os trabalhadores do comércio. Este, por sua vez, chama a atenção por conta de sua riqueza de processos produtivos, considerando quantidade, diversidade e amplitude. Abrange desde grandes estabelecimentos comerciais formais, até prestações de serviços na figura de

um único trabalhador informal na calçada. É possível observar a presença de um quantitativo expressivo de lojas de vestuário e de variedades, oficinas automotivas, mercadinhos e lanchonetes, salões de beleza, dentre outras tantas atividades desenvolvidas.

A presença das oficinas automotivas na “rua das oficinas” apresenta importante relevância nas relações sociais com a comunidade. Impulsionam uma intensa movimentação no território e interação entre as pessoas, e envolvem um número significativo de trabalhadores, assim como perigos e riscos à saúde dos mesmos e da comunidade.

As oficinas são caracterizadas pelo trabalho informal e envolvem a presença de trabalhadores residentes e não residentes do território adscrito. De forma geral, funcionam das 8h e 17h, de segunda a sexta, embora algumas também funcionem aos sábados, domingos e feriados. O horário de funcionamento está muito atrelado à quantidade de serviço, podendo abrir antes ou após o horário previsto. Dessa forma, estes trabalhadores estão presentes na área de abrangência da unidade de saúde no mesmo período de seu funcionamento, aspecto este que favorece o cuidado e acompanhamento longitudinal.

Os residentes do território representam a maior parte da força de trabalho dessas oficinas. Estes, por sua vez, sejam proprietários, trabalhadores ou proprietários-trabalhadores, possuem famílias que também residem e interagem com seu território produtivo, território de moradia e território de cuidado. Em algumas oficinas o ambiente domiciliar se encontra anexo ao espaço produtivo, situado logo atrás ou em uma laje acima.

As demais oficinas também apresentam características similares àquelas pertencentes à “rua das oficinas”. Todas estão situadas em ruas com fácil acesso para os veículos e espaço físico para comportar de um a vinte carros, em terrenos térreos, e na maior parte planos. Apresentam uma infraestrutura semelhante, sendo possível encontrar banquinhos de madeira ou cadeiras plásticas, mesa, e espaços reservados para armazenamento de equipamentos, peças e produtos como caixas ou armários. Grande parte possui banheiro, e algumas possuem chuveiro e pia externa. As estruturas são de concreto (tijolos), fiações e encanamentos são aparentes, algumas paredes são sujas e com a pintura descascada, enquanto outras não são rebocadas nem pintadas. Apresentam iluminação artificial e natural, e em sua maioria existem áreas abertas com boa ventilação. A maior parte não possui piso nem azulejos, sendo frequente o acúmulo de materiais e peças espalhadas por toda a área (caixas, papelão, ferramentas, peças de carro, latas, dentre outros).

O território de estudo é composto por uma diversidade de características sociais, econômicas e sanitárias, com predominância de uma população vulnerável e economicamente desfavorecida. Mescla regiões planas de fácil acessibilidade, e morros entremeados de vales,

encostas, escadarias irregulares e entradas de difícil acesso. Em meio a essa heterogeneidade é possível observar a presença de áreas predominantemente residenciais, próximas a áreas de intenso comércio e prestação de serviços, representada pela “rua das oficinas”.

Na exploração do campo de pesquisa, foi possível observar que os ACS conseguem reconhecer as atividades produtivas presentes na área de abrangência de sua equipe e de sua microárea de atuação, além de identificar usuários trabalhadores cadastrados. No entanto, embora estes aspectos sejam visíveis e identificáveis, ainda existe um afastamento dos profissionais da saúde e uma invisibilidade desses ambientes de trabalho como lócus de potencial intervenção. Os profissionais das equipes de saúde perpassam rotineiramente por esses trabalhadores e estabelecimentos produtivos em direção aos domicílios das famílias. No decorrer desse trajeto, no entanto, não conseguem perceber a presença de trabalhadores que apresentam necessidades de saúde, assim como a diversidade de situações de trabalho e riscos, e a riqueza de possibilidades de intervenção no território de atuação.

O processo de aproximação das oficinas e dos trabalhadores envolvidos possibilitou uma melhor compreensão de suas especificidades, contextos e condições de trabalho, assim como de suas trajetórias profissionais, as quais na maioria das vezes envolvem relações familiares no processo de ensino e aprendizagem prática do trabalho.

3.2 Da aprendizagem ao ensinamento: Caráter familiar e amor à profissão

As oficinas estudadas caracterizaram-se pela produção de serviços de natureza não assalariada, com trabalhadores cooperativados e relações de trabalho informais, predominantemente familiar, diante da dificuldade de acesso ao mercado formal de trabalho. A maioria relatou o aprendizado do seu processo de trabalho dentro do próprio núcleo familiar, especialmente com a figura paterna.

“Eu e meu irmão, a gente levava comida para meu pai, que trabalhou em oficina. Aí a gente criou aquela curiosidade de trabalhar, conhecer mais de perto.” (Salvador, pintor, 58 anos - Entrevista)

“Comecei com 15 anos na oficina de meu pai aqui na entrada da rua. Meu pai sempre foi dono de oficina, tinha uma oficina que herdou de meu avô, já é de família. Eu ficava sempre ajudando meu pai, que era mecânico, e meu irmão também é mecânico.” (Janderson, pintor, 26 anos - Entrevista)

De acordo com Souza (2012), a família não prepara seus membros para exercerem apenas uma função no mercado, mas transforma seus corpos em corpos inclinados ao trabalho duro, dispostos a exercerem diferentes funções, sobrevivendo às condições mais desfavoráveis no mundo do trabalho. O aprendizado prático do trabalho envolve o trabalho

cotidiano de incorporação afetiva, através de conselhos e exemplaridade de uma disposição para o trabalho duro, cuja origem familiar é de pouco ou quase nenhum capital econômico e cultural. (SOUZA, 2012)

Além da educação informal prática dos serviços de reparação automotiva com tradição familiar, também foi possível observar a existência de uma relação familiar de trabalho. Na maioria das vezes o dono e o trabalhador pertencem a uma mesma família, trabalham lado a lado e estão sujeitos às mesmas condições de trabalho pouco salubres.

“A oficina é de meu irmão. A gente divide água, luz e telefone. O serviço é de cada um, mas quando um está abafado dá para o outro. Hoje mesmo eu estava abafado e deixei dois serviços para ele”. (Antônio, electricista, 52 anos – Diário de campo)

“Trabalho aqui com meu sobrinho, e aqueles outros dois que são irmãos e dividem o aluguel comigo”. (João, pintor, 67 anos – Diário de campo)

Situação semelhante foi descrita no trabalho da pesca artesanal, caracterizada por uma economia organizada na esfera familiar, a qual se constitui em uma unidade de produção. Os autores demonstram que os saberes e práticas apresentam valores inscritos em tradições de um modo de pensar e fazer o trabalho artesanal, revelando um modo gerencial centrado na autonomia, hierarquia familiar e adoção de disciplinas fundadas em valores éticos e tradições. (PENA; MARTINS; REGO, 2013) Assim como nesta modalidade de trabalho artesanal, o aprendizado dos conteúdos do trabalho nas oficinas automotivas se realiza sem conteúdos científicos, de maneira não formal, mas na transmissão dos conhecimentos entre gerações de famílias. (PENA; FREITAS; CARDIM, 2011)

Somadas ao aprendizado prático transmitido no seio da família, as relações familiares duradouras correspondem a estratégias para sobreviver enquanto classe, dotando cada membro de uma racionalidade prática que, ao preparar o indivíduo para o trabalho duro, permite-lhe antecipar a inconstância do mercado e transformar uma classe, até então inserida marginalmente no capitalismo, na nova classe trabalhadora. Este aprendizado se encontra atrelado a uma reciprocidade e dependência mútua entre os membros da família e, envolve uma parcela de sacrifício das vontades individuais em favor da sobrevivência do grupo como um todo e de cada membro. Essas relações familiares são caracterizadas como suportes, base produtiva e econômica, sendo as principais responsáveis pela sobrevivência física, econômica e social do grupo, com a garantia de um reconhecimento mútuo dos membros que ultrapasse a própria existência física e permita a continuidade do indivíduo através da memória do grupo. (SOUZA, 2012).

Em concordância com o autor supracitado, o presente estudo encontrou relações duráveis entre os membros da família, ultrapassando uma simples relação mecânica de trabalho. As relações de trabalho se iniciam a partir do aprendizado prático do trabalho, de acordo com as necessidades materiais e econômicas, e se sustentam nas adversidades, podendo permear momentos de sacrifício individual e abnegação em favor da sobrevivência física e social do grupo familiar. (SOUZA, 2012)

Muitos relatos de aprendizado dos processos de trabalho surgiram associados ao compartilhamento de histórias de inserção precoce dos trabalhadores nas oficinas como estratégia de sustento próprio e da família, conforme fala de Ronaldo (mecânico, 71 anos) “Comecei com 8 anos. Meu pai era barbeiro, minha mãe lavadeira, trabalhava na casa de branco. Era super pobre, não tinha condições, me colocou cedo na oficina”. Durante a imersão no campo de pesquisa, também foi possível acompanhar situações de ensinamento da profissão a aprendizes do núcleo familiar.

“Esse é meu sobrinho e afilhado. Sempre que está disponível ele passa aqui. [...] Se você trabalhar assim vai fazendo um buraco, quando você vê que essa lixa não está mais rendendo você pega e troca. Aí você vai controlando, tem que ficar no mesmo nível, com esse acabamento.” (Salvador, pintor, 58 anos – Diário de campo)

Salvador relata que o sobrinho de 17 anos está treinando para ser goleiro, estuda e que nos momentos livres acompanha os serviços de pintura na oficina. Conforme relato acima, enquanto Salvador realiza o serviço de lixamento da massa de poliéster no automóvel, ele entrega para o sobrinho lixas de diferentes espessuras e um cilindro (vaso de planta) com as bordas inferiores emmassadas, utilizadas para o reparo de ferrugem. Orienta-o como lixar e supervisiona o serviço, fazendo as correções necessárias.

Este caso pode ser classificado como de um menor aprendiz, considerando a atividade desempenhada, a maneira e o cuidado que o tio apresenta com o sobrinho, incluindo a preocupação com a proteção à sua saúde, orientando a utilização de máscara. É um exemplo do início de um aprendizado prático do trabalho, transmitido de tio para sobrinho, cujas relações familiares extrapolam o modelo pai e filho. Representa ainda a falta de perspectiva dos jovens inseridos neste contexto socioeconômico e cultural, os quais tendem a seguir a trajetória dos pais, neste caso, familiar, como uma maneira de inserção mais rápida e fácil no mercado de trabalho.

É importante destacar, entretanto, que o trabalho precoce resulta em uma maior vulnerabilidade às situações de risco no ambiente de trabalho, considerando o maior tempo de exposição associado ao fato de os limites de tolerância recomendados para adultos

trabalhadores não serem adequados para a proteção de menores. Tais aspectos geram uma maior susceptibilidade para a aquisição de doenças ocupacionais, com impactos no desenvolvimento biopsicossocial das crianças e adolescentes decorrentes das cargas físicas, emocionais e sociais do trabalho. (ASMUS et al., 1996).

Adicionalmente, foi possível observar que os trabalhadores das oficinas não apresentam uma tradição de cuidado à sua saúde e muitas vezes desconhecem formas de prevenção e direitos à assistência. Estes aspectos resultam na falta de transmissão de informações e comportamentos aos menores aprendizes, relacionados à autogestão da saúde, não havendo uma incorporação sobre riscos e problemas de saúde, associada ao aprendizado prático do trabalho.

A inserção neste ofício também pode ser considerada como uma alternativa às tentativas malsucedidas de inclusão em outros ramos de trabalho e no mercado formal. Associado a este fator, os relatos dos trabalhadores também evidenciam um apego ao núcleo familiar, ao saber aprendido e à gratidão pela transferência de conhecimento, conforme relatam os trabalhadores:

“Cheguei a cursar 3 anos de turismo, mas não pude concluir porque tive que trabalhar. Não queria deixar meu pai, meu parceiro de pescaria, me ensinou muito. Tudo que sei hoje agradeço a ele.” (Salvador, pintor, 58 anos – Diário de campo)

“Infelizmente a gente não se formou em nada. Tem que agradecer a Deus a nossa profissão e trabalhar com amor. Não posso reclamar de nada. Agradecer a Deus que eu como uma pessoa que vim do interior, de lá dentro da roça, do mato, vim parar aqui e aprendi a profissão.” (João, pintor, 67 anos - Entrevista)

Também foi evidenciada a busca pelo aprendizado da profissão por outras vias, fora da rede familiar, por uma demonstração de gosto pelo ofício, associadas às dificuldades na educação formal, conforme relatado por Reginaldo (mecânico, 75 anos): “Meu pai era funcionário público. Eu gostava de oficina, de ver a turma suja de óleo, queria aprender mecânica. Diziam para eu fazer engenharia mecânica, mas eu não gostava de estudar, gostava de mexer com carro”. No entanto, a característica de sucessão do saber específico para as novas gerações continua a ser marcante neste ambiente de trabalho, envolvendo uma rede de relações familiares, conforme também explicitado por Reginaldo “Meu filho trabalhava nos Correios, ficava consertando bicicleta em casa, chegou um dia largou tudo e veio embora (para a oficina)”.

Embora o aprendizado e a inserção nas oficinas tenham se dado através do desempenho de um determinado ofício, alguns trabalhadores relataram um processo de descoberta de afinidades dentro do ramo de reparação de automóveis. Referem mudanças de

funções com o decorrer do tempo, em busca de uma maior satisfação com o trabalho, porém sem deixar de exercer suas atividades nas oficinas automotivas, na maioria das vezes inseridas no mesmo território.

Outros aspectos identificados dizem respeito ao amor à profissão e à satisfação com o desempenho de seu trabalho, independente do aprendizado do ofício dentro do núcleo familiar, destacando a importância de sua atuação nas oficinas em suas trajetórias de vida. Da mesma maneira, sonhos e projetos também foram expostos pelos trabalhadores, sem, no entanto, deixar de reconhecer o papel do trabalho nas oficinas como propulsor para o desenvolvimento profissional, e permanecer pautando-o como eixo norteador para projetos futuros.

“Eu amo o meu trabalho. Se eu pudesse eu faria tudo de novo, desde o início até aqui. Quando meu pai em vida eu agradecia a ele por ter aprendido essa profissão, por ele ter me ajudado.” (Salvador, pintor, 58 anos – Diário de campo)

“Hoje eu sou o que eu sou, tenho o que eu tenho, e estou caminhando para chegar além, com isso aqui também me ajudando muito [...] Estou me formando agora em direito [...] Além de montar meu escritório, pretendo abrir minha própria loja de reparo de carro. Porque eu vim disso, eu gosto do que eu faço, não quero chegar e me desligar totalmente”. (Janderson, pintor, 26 anos - Entrevista)

A satisfação no trabalho corresponde a um estado emocional prazeroso resultante da avaliação do trabalho pelo próprio indivíduo, que envolve a conquista de seus valores, e a percepção entre o que se quer do trabalho e o que é oferecido ou alcançado. A satisfação geral do trabalho é a soma das avaliações dos diversos elementos de que o trabalho é composto, e pode afetar aspectos comportamentais, a saúde física e mental dos trabalhadores. (LOCKE, 1969)

As situações observadas no presente estudo evidenciam a existência de margens de manobra no exercício da atividade real de trabalho, com certa autonomia e controle do trabalhador sobre seu processo de trabalho, influenciadas pela figura do cliente, tanto na execução das tarefas quanto na definição dos resultados esperados. Embora estes aspectos possam exercer um impacto positivo na saúde do trabalhador e em sua satisfação no trabalho, (AZEVEDO, 2010), é importante considerar como se dá o processo de autogestão da saúde desses trabalhadores, assim como o acesso aos serviços de saúde e à incorporação de informações preventivas na rotina de trabalho.

3.3 Saúde e adoecimento relacionado ao trabalho

A construção histórica dos conceitos de saúde e doença se transformam de acordo com mudanças sociais e econômicas que repercutem nos modos de perceber e agir das pessoas em diferentes épocas. O conceito de saúde é inseparável das condições de existência do ser humano e ocupa um lugar diferente na história de cada pessoa a depender de seus valores, expectativas, posturas diante da vida e experiências singulares. A definição de saúde proposta pela OMS é criticável por fazer referência a um ideal de vida, excluindo obstáculos e tensões, sem considerar o constante dinamismo das relações. A doença, por outro lado, não acontece da mesma maneira para todos e apresenta diferentes sentidos para cada pessoa, de natureza individual e singular, e com subjetividades constituídas em um contexto cultural, social e histórico. (CZERESNIA, 2013)

O conceito ampliado de saúde, por sua vez, envolve a presença de determinantes e condicionantes, dentre eles o trabalho, que corresponde a um campo de atuação do SUS e a um aspecto de análise de saúde da população do território da saúde da família. (BRASIL, 1990)

Ao serem questionados sobre o que pensam sobre sua saúde, os trabalhadores das oficinas demonstraram singularidades em relação a como interpretam sua condição de saúde, e de maneira geral, acreditam ter uma boa saúde.

“Não sinto nada, dor nenhuma, nem ei de sentir.” (Elias, mecânico, 70 anos – Diário de campo)

“Graças a Deus eu ainda estou funcionando normal, nunca deu nada.” (Denilson, chapista, 49 anos - Entrevista)

Boltanski (1989) relata que a percepção das sensações mórbidas é aguçada de modo desigual nas diversas classes sociais, sendo experimentadas com maior ou menor intensidade conforme a classe social dos que as sentem. O interesse e a atenção concedida ao próprio corpo, incluindo as sensações físicas, cresce à medida em que os indivíduos se elevam na hierarquia social e diminuem sua resistência física. Os membros de classes populares possuem dificuldade em transmitir e descrever sua experiência de doença, conforme os relatos dos trabalhadores sobre sua noção de saúde, caracterizada como a ausência de doença ou de sintomas percebidos. A experiência que têm do corpo tende a se concentrar em sua força física e em sua aptidão a fazer funcionar o corpo, e utilizá-lo o mais intensamente e o mais longo tempo possível. Acreditam que a doença é o que tira a força e os impedem de viver normalmente e de fazer de seu corpo um uso habitual profissional e familiar. (BOLTANSKI, 1989)

A saúde também pode ser considerada como uma acumulação social, expressa num estado de bem-estar, que pode indicar acúmulos positivos ou negativos. Esta visão compreende, portanto, que a dinâmica das relações sociais seja o fator que define as necessidades de cuidados à saúde. (MONKEN; BARCELLOS, 2005) A experiência da doença não é apenas um reflexo do processo patológico, em seu sentido biomédico, mas envolve normas, valores e expectativas, individuais e coletivas, e se expressa em formas de pensar e agir. (EISENBERG, 1977)

Os relatos de queixas de saúde foram apreendidos no contexto de situação de trabalho, e estiveram presentes em 44 oficinas. Os principais problemas de saúde referidos foram dor na coluna e nos membros superiores, seguido por membros inferiores, relacionados às posturas penosas e movimentos repetitivos, além de problemas de saúde bucal. Os trabalhadores também relataram a presença de problemas respiratórios (asma, rinite, tosse e dispneia) e dor de cabeça, possivelmente associados à exposição à tinta, poeira e produtos químicos manipulados. Problemas sistêmicos como hipertensão, diabetes, cardiovascular e de ácido úrico, também foram apresentados.

“Sinto muita dor no braço, porque trabalho com chaparia, desamassando carro. O pintor também sente, faz muito esforço lixando”. (Márcio, chapista, 46 anos – Diário de campo)

“Dor na coluna a gente sente, não tem jeito, a gente vive abaixado debaixo de carro, levanta, pega peso, não tem para onde correr”. (Carlos, mecânico, 51 anos – Diário de campo)

“Eu acho que eu sinto dor em tudo”. (André, mecânico, 56 anos – Diário de campo)

“Sinto falta de ar às vezes, e dor nos olhos. Tenho problema de vista, uso óculos, mas quebrou.” (Josias, pintor, 38 anos – Diário de campo)

Embora tenham surgido relatos de queixas à saúde, os trabalhadores demonstraram uma naturalização de sensações corporais consideradas comuns, porém com características análogas à dor e à fadiga, ressaltando a ausência de queixas e impactos nas atividades laborais e de vida diária, não necessitando de procura pelos serviços de saúde.

“Eu não vou dizer para você que eu não sinto nada porque meu serviço é braçal, então eu dizer que não, eu seria uma máquina. Eu sinto um leve cansaço só” (Salvador, pintor, 58 anos - Entrevista)

“Dor corriqueira já sabe o que é, uma colunazinha de vez em quando dói, porque não tem jeito mesmo” (João, pintor, 67 anos - Entrevista)

A maioria das lesões e doenças apresentadas por trabalhadores do serviço automotivo nos Estados Unidos foi devido ao contato com objeto ou equipamento (44,5%) ou ao esforço excessivo (21,6%), sendo que cerca de 59,3% das lesões por esforço excessivo estiveram

associadas ao levantamento de objetos. Entorses e distensões corresponderam ao principal tipo de lesão, sendo seguido por cortes, lacerações, perfurações e contusões. Lesões nas extremidades superiores representaram 34,9%, seguido por 29,0% em tronco/coluna e 15,6% em extremidades inferiores. Lesões oculares representaram 7,8% das lesões em mecânicos, em comparação com apenas 2,8% entre todas as ocupações. (SMITH, 2007)

Uma sobrecarga psíquica relacionada às suas atividades também foi destacada pelos trabalhadores, especialmente referente à preocupação com a entrega de um serviço de qualidade e dentro do prazo acordado, diante do rígido controle de tempo exercido pelos clientes para finalização dos serviços.

“Cansaço a gente sente, agora esse serviço de pintura tem hora que deixa a pessoa mentalmente super cansada. Às vezes aparece problema, a gente pega um serviçozinho desse aqui, pensa que vai ser fácil, aí estressa a pessoa, e mentalmente nunca vai ficar legal. Você pega um negócio desse, e diz, vou fazer em um dia, aí fica dois dias dando problema. Você vai para casa dormir e fica naquilo, a noite toda, só pensando [...] Alguns clientes pressionam, não são todos que são compreensivos.” (João, pintor, 67 anos - Entrevista)

Estes trabalhadores apresentam uma vulnerabilidade relacionada às condições e relações de trabalho, as quais associadas à necessidade econômica, predispõem a uma maior exposição à aceleração do ritmo e aumento da sobrecarga de trabalho, atrelada ao papel de demanda e controle do cliente. Essas características podem acarretar em um sofrimento psíquico emergente a partir do contato com situações no âmbito do trabalho, correspondendo a uma vivência subjetiva intermediária entre saúde e doença, experimentado por sentimentos como ansiedade e angústia, conforme explicitado no relato de João. (MINAYO-GOMEZ; MACHADO; PENA, 2013)

Os ambientes das oficinas automotivas apresentam condições de trabalho precárias, com pouca salubridade e disponibilidade de ferramentas adequadas de trabalho, as quais muitas vezes são de propriedade dos próprios trabalhadores. Embora esse cenário predisponha ao adoecimento, foi possível observar uma convivência naturalizada com perigos e riscos à saúde, os quais podem gerar patologias, agravos e acidentes, e se constituem em uma demanda, percebida ou não, com natureza preventiva. Vale ressaltar, que enquanto trabalhadores autônomos e na ausência da figura de um empregador, esses trabalhadores realizam a gestão de seu próprio trabalho, assim como de sua saúde, acessando aos serviços de maneira esporádica e pontual.

3.4 Acesso aos serviços de saúde: Uma não assistência cotidiana

A maior parte dos trabalhadores das oficinas refere residir no território, conhecer o ACS de sua microárea, possuir cartão do SUS e demandas de saúde, porém não demonstra uma relação de vínculo e cuidado na USF de seu território, muito embora familiares frequentem ou sejam visitados por profissionais da unidade.

“Minha mãe é cadastrada, frequenta o posto aí em cima, mas eu nunca fui não.”
(Janderson, pintor, 26 anos – Entrevista)

“Eu já fui uma vez aí no posto. Eu sei que eu fui, mas já tem tempo que nem lembro o que foi, foi um negócio rápido. Problema dentário mesmo eu já falei com essa menina (ACS), ela disse, vá lá em cima que lá a gente olha e marca o dentista para você, mas ainda não fui. Ela é muito camarada da galera lá de casa, faz visita para minha ex-sogra, ela e a médica.” (João, pintor, 67 anos – Entrevista)

Ao considerar que as doenças e agravos são expressões dos múltiplos fatores da vida e do trabalho sobre a saúde das pessoas, é importante reconhecer os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos e riscos à saúde, ponderando que representações sociais da masculinidade hegemônica podem comprometer o cuidado e o acesso à atenção integral à saúde. (BRASIL, 2008) A compreensão das diversas representações do ser homem no âmbito da saúde pode auxiliar na reflexão de novas formas de abordagem relacionadas à promoção da saúde masculina, tornando a vida dos homens mais saudável e contribuindo para uma menor desigualdade entre os gêneros. (GOMES; NASCIMENTO; REBELLO, 2008)

As variáveis culturais representam grande parte dos motivos da falta de adesão às medidas de atenção integral por parte do homem, cujos estereótipos de gênero potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, julgando-se invulneráveis, o que contribui para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. A este aspecto, acrescenta-se o receio pela descoberta de que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2008)

No presente estudo, embora alguns trabalhadores explicitem seus problemas de saúde, a maioria não declara o reconhecimento de suas necessidades e demandas de cuidado, sendo comum encontrar relatos semelhantes ao de Elias (mecânico, 70 anos) “Tem tempo que não faço exame, mais de 10 anos. A última vez foi para as vistas, mas não sinto nada, graças a Deus.” Entretanto, considerando as características de perigo, riscos e esforço físico das atividades realizadas nesses ambientes de trabalho, assim como o desgaste temporal do corpo

humano associado ao sobreuso, levanta-se a suspeita da existência de um silêncio e um não dito em torno de algo que não pode ser explicitamente revelado, como uma dor silenciada, que não quer ser sentida. (FREITAS, 2003)

Além da dificuldade de os homens revelarem suas necessidades, cultivando o pensamento de rejeição à possibilidade de adoecimento, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam o desenvolvimento de programas básicos prescritos, desconsiderando o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença. Relatos de equipes de saúde da família expressam uma organização do trabalho voltada para o cumprimento de metas estabelecidas pelos gestores, evidenciando a fragmentação do cuidado, e a falta de priorização de ações de ST, incluindo a não-incorporação das informações sobre atividades produtivas desenvolvidas nos espaços domiciliares e peridomiciliares, no planejamento de ações de saúde direcionadas ao cuidado dos trabalhadores. Esta situação reflete a fragmentação da Política de Saúde, organizada a partir de áreas técnicas diversas e campos de saberes especializados, que fogem à lógica de responsabilidade sanitária de uma população inserida em territórios e contextos que influenciam e determinam os processos de saúde e adoecimento. (LACERDA E SILVA et al., 2011, 2014)

Esses aspectos dificultam o acesso da população masculina e trabalhadora aos serviços de saúde. No relato das equipes de SF este atributo aparece nas dimensões relacionadas à barreira temporal, que se refere ao horário de funcionamento da UBS; barreira organizacional, relacionada à característica de adscrição das famílias por domicílios de territórios previamente delimitados; e barreira de gênero, envolvendo a restrição da utilização dos serviços de saúde pelos usuários do sexo masculino, em decorrência, sobretudo, dos horários de trabalho. (LACERDA E SILVA et al., 2014)

A barreira temporal apresenta forte influência na ausência de procura dos homens pelos serviços de saúde, uma vez que o horário de funcionamento dos serviços coincide com sua carga horária de trabalho. Isso gera uma dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, que associado à demora para marcação de consultas e para os atendimentos, muitas vezes acarretam na perda de um dia inteiro de trabalho e de ganho de dinheiro, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas. (BRASIL, 2008)

“Pelo SUS só vacina, o resto só particular. É mais rápido, você acerta tudo, paga e no mesmo dia você é atendido, sem espera.” (Denilson, chapista, 49 anos – Entrevista)

”Como vou ficar esperando? Sou autônomo. Aqui está sem fazer nada, daqui a pouco aparece trabalho. Aí perco dinheiro.” (Milton, eletricitista, 61 anos – Entrevista)

“Fiz particular porque é imediato, é mais rápido, porque se fosse esperar né...”
(João, pintor, 67 anos – Entrevista)

Para os trabalhadores informais o tempo é apontado como um recurso escasso, havendo uma demanda por atendimentos mais rápidos, ágeis e resolutivos. O trabalhador muitas vezes espera, pois não lhe resta alternativa, mas é frequente que retome o trabalho, mesmo sem boas condições de saúde, ou faça associação com o setor privado, muitas vezes com sacrifício, para atender as suas necessidades em período de tempo mais plausível com suas possibilidades de afastamento. (BALISTA, 2013) De acordo com Boltanski (1989) os membros das classes populares apresentam uma recusa ao cuidado e postergam a ida ao médico, diante das coerções cotidianas e econômicas, as quais proíbem ou dificultam o abandono das tarefas cotidianas, do trabalho, e do trabalho físico exigido continuamente do corpo. (BOLTANSKI, 1989)

No entanto, em um estudo realizado em um município de Minas Gerais, mesmo após ampliação do acesso com a estratégia de extensão do horário de funcionamento das unidades, os profissionais destacam que o acesso de usuários trabalhadores do sexo masculino ainda é pequeno, e que os mesmos só buscam os centros de saúde quando já se encontram com uma doença instalada. Visitas aos locais de trabalho e a priorização no agendamento de consulta correspondem a outras estratégias para que a AB constitua, de fato, o contato preferencial do usuário com o SUS. (LACERDA E SILVA et al., 2014)

Ainda que estes aspectos se constituam como uma barreira, reforçando o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família, conforme relata Antônio, vale destacar que as mulheres inseridas no mercado de trabalho também enfrentam o mesmo problema e não deixam de procurar os serviços de saúde. (BRASIL, 2008)

“Só tenho essa renda aqui. Minha esposa trabalha numa escolinha, mas com essa crise saíram seis e ela saiu junto. Minha filha é formada em contábeis, mas não está trabalhando porque teve bebê agora.” (Antônio, eletricista, 52 anos – Diário de campo)

A representação do ser homem na classe popular está relacionada ao ser provedor, articulando duas esferas concretas, o trabalho e a família, as quais se constituem como referências para a inserção e o reconhecimento de ser homem. Essa representação reflete a ideia de que a identidade de ser homem se ancora na sustentabilidade/materialidade fornecida pelo trabalho, para atingir o seu destino de formar uma família. (NASCIMENTO; GOMES, 2008; GOMES; NASCIMENTO; REBELLO, 2008)

Os achados desse estudo encontram-se em concordância com Gerhardt (2006), que ao estudar os itinerários terapêuticos em situações de pobreza, identificou que a preocupação com os cuidados à saúde não se constitui como uma prioridade, e fazem parte de um conjunto de restrições que se expressam na prioridade da manutenção das condições básicas da vida. (GERHARDT, 2006) Adicionalmente, a desproteção dos trabalhadores informais não permite que usufruam das mesmas possibilidades de afastamento do trabalho para acesso aos serviços e cuidado com a sua saúde, quando comparado ao setor formal, especialmente nos casos em que afastamentos maiores sejam necessários. (BALISTA, 2013)

A automedicação é adotada por esses trabalhadores como uma alternativa para o alívio da dor, considerando a falta de atendimento ágil nos serviços e o tempo de espera. Corresponde a uma estratégia para aumentar sua autonomia, não precisando se afastar do trabalho e se submeter ao que os serviços de saúde definem para seu cuidado. (BALISTA, 2013)

“Não tenho problemas de saúde não. A coluna às vezes dói, de vez em quando ela dá uma beliscadinha, aí tomo um anti-inflamatório, um dorflex, de vez em quando, quando ataca. [...] Meu pai se aposentou de coluna naquela época, hoje não, a gente aguenta até...” (Antônio, eletricista, 52 anos – Diário de campo)

“Quando sinto dor na coluna compro uma injeção de citoneurin para tomar. Prefiro tomar injeção do que ficar tomando remédio.” (Pedro, mecânico, 42 anos – Diário de campo)

A PNAISH, em alinhamento com a PNAB, enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e de sua família, considerando essencial que os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem se sinta parte integrante deles. (BRASIL, 2008) A PNSTT, por sua vez, apresenta como componente estruturante a VISAT, a ser desenvolvida em integração com os demais componentes da Vigilância e com a AB, considerando como trabalhadores homens e mulheres, independentemente de sua localização, forma de inserção no mercado de trabalho ou vínculo empregatício, e contribuindo para a atenção integral à ST. (BRASIL, 2012)

Embora os homens apresentem dificuldade na percepção de suas necessidades de saúde, os trabalhadores das oficinas relataram algumas situações nas quais buscam acesso à USF do território. Dentre os principais motivos encontram-se a atualização do cartão vacinal, especialmente em períodos de campanha e em episódios de acidentes de trabalho (cortes e arranhões), consultas odontológicas e médicas, seguidos pela realização de curativos,

dispensação de medicações na farmácia e realização de exames laboratoriais. No entanto, foi possível perceber que se trataram de acessos pontuais e descontinuados, sem a criação de vínculo com a equipe, uma vez que os trabalhadores relatam que o acesso aos serviços de urgência corresponde à principal via de acesso e cuidado à sua saúde.

O estudo de Balista (2013) destaca que os trabalhadores informais apresentam uma preferência na busca pelo serviço de urgência, o qual desempenha um papel de porta de entrada do sistema como estabelece a PNSTT, porém não promove a continuidade do cuidado. A relação entre os serviços de urgência/emergência e a rede básica é frágil, evidenciando falhas na comunicação entre serviços para constituição de uma rede de cuidado. Por outro lado, embora o serviço de referência em saúde do trabalhador atenda a todos os trabalhadores, os trabalhadores informais ainda são poucos, fato que sugere uma dificuldade de acesso por falta de informação e pela compreensão de trabalhadores informais e profissionais de saúde de que o serviço de referência atenda exclusivamente trabalhadores formais. (BALISTA, 2013)

Os relatos dos trabalhadores demonstraram uma busca pela rede de atenção terciária ao perceber uma necessidade imediata de cuidado, menosprezando a relevância da realização de exames periódicos.

“Já tem quase dois anos que eu não faço exame. Quando tenho algum problema de saúde eu normalmente procuro a UPA. Mas graças a Deus já deve ter uns 2 anos ou mais que eu não precisei procurar nenhum tipo de emergência.” (Janderson, pintor, 26 anos – Entrevista)

“Só vou quando tem necessidade, na emergência. Check up não é necessidade”. (Josias, pintor, 38 anos – Diário de campo)

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis, uma vez que muitos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. (BRASIL, 2008)

“Nunca precisei procurar um serviço de saúde não. Meu primo trabalha no hospital das clínicas, aí faço exames lá. [...] Às vezes sinto uma dor de cabeça.” – relata ao manipular querosene. (Antônio, eletricista, 52 anos – Diário de campo)

Durante o desenvolvimento do trabalho de campo, ao retornar em uma das oficinas, o colega de trabalho de Antônio informou que o mesmo descobriu um aneurisma cerebral, ficou internado e veio a falecer. Apesar de trabalhar no território adscrito pela USF, Antônio não era morador do território, e costumava acessar diretamente a atenção especializada, conforme relatado acima. Essa situação evidencia a importância do cuidado longitudinal e preventivo em saúde, com diagnóstico e manejo precoces, uma vez que, o acesso e o acompanhamento clínico regular, podem ser fundamentais para a construção de um melhor prognóstico a partir da realização de exames periódicos. Essas características do cuidado são possíveis de serem operacionalizadas através dos atributos da AB com o olhar ampliado para o território, e da articulação com outros níveis de atenção à saúde.

Adicionalmente, o critério adotado de adscrição das famílias às equipes de saúde, utilizando apenas o critério domiciliar, é considerado como um fator limitador para o acesso e o cuidado de usuários que trabalham, mas não residem no território. Em um estudo desenvolvido com equipes de saúde da família, uma ACS destaca a presença de muitas oficinas em sua microárea, no entanto ressalta que os trabalhadores não residem no território e não procuram a unidade de saúde, por receio de não serem atendidos. (LACERDA E SILVA et al., 2014) Portanto, é importante ressaltar que o território corresponde a um conceito estruturante, mas que não deve ser considerado como um definidor do acesso à saúde.

A ampliação do olhar sobre o território, por sua vez, corresponde a uma estratégica para a superação dos limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional, o fortalecimento do vínculo dos profissionais e do sistema de saúde com o lugar, assim como a adequação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico. (SANTOS; RIGOTTO, 2011) Nesse sentido, os ACS desempenham papel fundamental na produção do cuidado à saúde desses trabalhadores, uma vez que possuem facilidade de acesso aos usuários no território de atuação, possibilitando a identificação do perfil ocupacional e das atividades produtivas desenvolvidas no espaço domiciliar e peridomiciliar, dos fatores de risco para a saúde e o ambiente relacionados aos processos produtivos, assim como a identificação de necessidades e problemas decorrentes das relações trabalho-saúde-doença. Enquanto importante elo entre comunidade e equipes de saúde, são atores fundamentais para o processo de VISAT, necessitando serem capacitados e sensibilizados para potencializar seu olhar e identificação de situações no território. (LACERDA E SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011)

3.5 O despertar a partir das visitas às oficinas de reparação automotiva

As visitas realizadas pela pesquisadora com o envolvimento dos ACS às oficinas automotivas do território possibilitaram algumas movimentações, incluindo o despertar do interesse e a procura por serviços ofertados pela USF.

“Tem vacina da febre amarela aí em cima (USF)? Eu vou lá.” (Milton, eletricitista, 61 anos – Diário de campo)

“Tomei a de tétano quando me cortei, mas já tem muitos anos. Tem que tomar de novo é? Aí tem né?” (André, mecânico, 63 anos – Diário de campo)

“Tenho só um problema dentário, que preciso até marcar. Tem lá no posto né? Marca com essa menina (ACS)?” (João, pintor, 67 anos – Entrevista)

“Semana passada o alicate escapuliu e apertou meu dedo. Ficou esse calo com sangue preso. Como é a marcação?” (Samuel, chapista, 54 anos – Diário de campo)

Relatos como estes foram frequentes durante o diálogo com os trabalhadores das oficinas e a explicação sobre o funcionamento da USF do território. Foi possível ainda realizar escutas qualificadas dos trabalhadores e orientações conjuntas entre a pesquisadora e os ACS relacionadas à prevenção de riscos e ao cuidado à saúde desses trabalhadores, conforme a situação a seguir.

Luiz (54 anos, mecânico) relata que após episódio de dor e vômito, procurou uma UPA, recebendo o diagnóstico de infecção urinária. Ao conversar sobre esse relato, se desloca até um armário e mostra uma requisição para realização de exames de sangue, referindo já ter feito um orçamento, e concluindo que gastará em torno de R\$ 200,00. Prontamente, o ACS que acompanhava a conversa questiona sobre o motivo pelo qual Luiz não realiza esses exames na USF. Luiz não é morador do território e não tinha conhecimento sobre a oferta desse serviço pela USF. O ACS orienta em relação aos dias e horários de coleta do laboratório e se dispõe a retornar na oficina no dia seguinte (terça-feira) para entrega do coletor de urina. A expressão de satisfação fica evidente nas feições de Luiz que relata: “Quarta-feira estarei lá (USF)! É bom que já economizo um dinheirinho.”

Assim como no presente estudo, visitas aos ambientes de trabalho instalados no território também foram mencionadas por uma EqSF do município de Minas Gerais e utilizadas para o desenvolvimento de atividades educativas, proporcionando como desdobramento o aumento da procura pela unidade de saúde. (LACERDA E SILVA et al., 2014)

O despertar nos ACS em relação à viabilidade e potencialidade da realização de visitas aos ambientes de trabalho, também foi identificado a partir de seu envolvimento durante as visitas e de retornos positivos e motivados após sua realização.

“Que legal essa visita. Gostei. A gente podia fazer mais vezes.” (Edilson, ACS, 41 anos – Diário de campo)

“As oficinas da minha área são só essas. Mas tem uma serralheria, que tem vários riscos também. Podemos ir lá.” (Arlete, ACS, 53 anos – Diário de campo)

Durante as visitas às oficinas os ACS também puderam reconhecer trabalhadores residentes e não residentes do território, identificar a possibilidade de realização de novos cadastros, orientar sobre a marcação de consultas e incentivar a busca pelos serviços oferecidos pela USF.

4. Conclusão

A partir da compreensão das especificidades do trabalho desenvolvido nas oficinas de reparação automotiva, foi possível verificar a presença de necessidades e demandas de saúde, as quais carecem de intervenções no âmbito da proteção à saúde do trabalhador. Nesse sentido, a implantação de medidas que promovam uma atenção integral à saúde dos trabalhadores do território da ESF são necessárias e devem envolver a execução de ações da VISAT pautadas nas diretrizes da PNSST, de forma a proporcionar uma atenção à saúde integral e um cuidado longitudinal.

Os ACS correspondem a importantes atores para o desempenho das ações de vigilância e cuidado à saúde dos trabalhadores do território, uma vez que conseguem identificar os processos de trabalho e os trabalhadores de suas microáreas, assim como acessar e reconhecer fatores de riscos nos ambientes de trabalho, por intermédio da construção de vínculo e escuta da comunidade. Dessa forma, também são capazes de monitorar de maneira mais próxima, o processo de autogestão do cuidado à saúde desses trabalhadores, especialmente aqueles inseridos no setor informal, como é o caso das oficinas automotivas, cuja vigilância periódica pode auxiliar no diagnóstico e tratamento precoce, e controle da evolução da gravidade de enfermidades.

Da mesma forma, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde que visem a sensibilização dos trabalhadores sobre a importância da adoção de medidas e ações preventivas na rotina de trabalho também são relevantes, considerando a inexistência de um empregador e de relações formais de trabalho, e descaracterizando a aplicação de ações coercitivas e punitivas comuns ao modelo assalariado. Tais medidas são necessárias para a melhoria das condições de trabalho e minimização dos riscos à saúde desses trabalhadores, as quais podem ser potencializadas através da disponibilização de equipamentos de proteção individual pelo SUS, uma vez que os trabalhadores dispõem de recursos financeiros escassos.

No entanto, é importante destacar que o campo da saúde do trabalhador ainda é pouco discutido, percebido e priorizado no âmbito das ações cotidianas das equipes de saúde, deixando margem para a invisibilidade dos problemas de saúde e agravamento dos mesmos. Dessa forma, devem ser estimuladas propostas de sensibilização dos profissionais para a temática de ST, assim como reflexões acerca das melhores estratégias a serem adotadas para organização do acesso aos serviços e assistência preventiva e contínua à saúde desses trabalhadores, sem deixar de considerar as características e atribuições da SF de forma a evitar sobrecargas aos profissionais. Vale ressaltar, que para que haja uma coordenação do cuidado

efetiva desses trabalhadores pela atenção básica, faz-se necessário o fortalecimento das redes de articulação intersetoriais, com a participação ativa do CEREST e a organização de fluxos de cuidado e de referência e contrarreferência.

Este trabalho contribuiu para demonstrar as demandas de atenção à saúde dos trabalhadores de oficinas automotivas do território da ESF, os quais encontram-se vulneráveis ao adoecimento e acidentes, e não apresentam um vínculo de cuidado com a USF do território, possibilitando a abertura de portas para um diálogo junto às equipes de saúde da família do território a partir da devolutiva dos resultados. Refere-se a uma aproximação inicial da realidade de trabalho e de saúde desses trabalhadores, com a expectativa de dar visibilidade social e sanitária a esta problemática, sendo necessária a realização de mais investigações que busquem apoiar o desenvolvimento de políticas específicas de proteção à saúde do trabalhador informal e não assalariado, considerando sua inserção no território da ESF.

Apresenta como limitações o envolvimento reduzido de profissionais da USF nas visitas às oficinas, as quais estiveram restritas à presença de alguns ACS, além da ausência de desdobramentos e articulações de cuidado mais efetivos, considerando a proporção entre o volume de trabalhadores e o período de imersão no campo de pesquisa. Entretanto, tais aspectos poderão ser aprofundados durante o desenvolvimento do projeto de pesquisa-intervenção ao qual este trabalho encontra-se vinculado, e que se propõe a realizar a integração de práticas de saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família do município.

5. Referências Bibliográficas

ASMUS CIRF et al. Riscos ocupacionais na infância e na adolescência: uma revisão. *Jornal de Pediatria*, v. 72, n. 4, 1996.

AZEVEDO BM. Regulação no trabalho e processos decisórios na atividade de Promotores de Justiça em Santa Catarina, 2010. 296 f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BALISTA SRR. Atenção em saúde para trabalhadores informais no SUS Campinas. 2013. 234 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

BINDER MCP et al. Condições de Trabalho em Oficinas de Reparação de Veículos Automotores de Botucatu (São Paulo): Nota Prévia. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 10, n. 2, p. 67-79, 2001.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CZERESNIA, D; MACIEL, EMGS; OVIEDO, RAM. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DIAS EC; LACERDA E SILVA T. *Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DIAS EC; SILVA TL; ALMEIDA MHC. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012.

EISENBERG L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 1, p. 09-23, 1977.

FREITAS, MCS. *Agonia da fome* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2003.

GERHARDT TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 2449-63, 2006.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica*, v.23, n.3, p.565-574, 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, EF.; REBELLO, LEFS. As Representações da Masculinidade e o ser homem. In: *Fazendo Gênero - Corpo, Violência e Poder*, 8, 2008, Florianópolis: UFSC, 2008.

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*, v.15, n.38, p.859-70, jul/set. 2011.

LACERDA E SILVA T et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. *Interface, Botucatu*, v. 18, n. 49, p. 273-87, 2014.

LOCKE EA. What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, v. 4, n. 4, p. 309-336, 1969.

MINAYO-GOMEZ C; MACHADO JMH; PENA PGL. Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo(SP): Hucitec, 2014.

MONKEN M; BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

NASCIMENTO, E.F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.1556-1564, 2008.

PENA PGL; MARTINS V; REGO RF. Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 57-68, 2013.

PENA PGL; FREITAS MCS; CARDIM A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de marisqueiras na Ilha de Maré, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 8, p. 3383-3392, 2011.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Plano Municipal de Saúde. 2014-2017. Salvador, 2014.

SANTOS AL; RIGOTTO RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab educ saúde*. v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010-2011.

SMITH SM. Occupational Injuries, Illnesses, and Fatalities to Automotive Service Technicians and Mechanics, 2003 to 2005. Bureau of Labor Statistics, 2007. [Internet] [citado 23 de março de 2017]. Disponível em: <http://www.bls.gov/opub/mlr/cwc/occupational-injuries-illnesses-and-fatalities-to-automotive-service-technicians-and-mechanics-2003-to-2005.pdf>

SOUZA J. Os batalhadores brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora? 2. ed rev. e ampl. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Workers' health: global plan action 2008-2017. In: Sixtieth World Health Assembly [evento na Internet]. 2007 mai 23, Genebra: Suíça [acesso em 04 maio 2018]. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/pnsst/2007-WHO-Global-Plan-of-action.pdf>

5. ARTIGO 2

Condições de trabalho em oficinas automotivas inseridas no território da Estratégia Saúde da Família

1. Introdução

Mesmo após a regulamentação da atenção integral à saúde dos trabalhadores e das experiências implementadas na rede pública de serviços de saúde, o SUS ainda não incorporou de forma efetiva, o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença dos trabalhadores envolvidos nas atividades produtivas, da população em geral e de seus impactos ambientais. O reconhecimento desse papel se constitui como uma condição essencial para implementação das ações de ST nos serviços de saúde, cuja inserção efetiva no SUS encontra-se diretamente relacionada à sua assimilação pela AB. (SANTOS; RIGOTTO, 2011; BRASIL, 2001; HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005)

O crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, reforça o papel da AB em levar as ações de saúde o mais próximo do cotidiano de vida e trabalho das pessoas. (SANTOS; RIGOTTO, 2011; HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005) A inserção no mercado de trabalho em situações de informalidade, com vínculos instáveis e precários, baixa remuneração e proteção social, assim como trabalhos em condições precárias, perigosas e/ou insalubres, corresponde a condições que transformam o trabalho em gerador de desigualdades sociais em saúde. No entanto, muitos gestores e profissionais de saúde possuem dificuldade em reconhecer o trabalho como condicionante e determinante do processo saúde-doença ou sua relevância para a definição de prioridades e estratégias de ação. Com isso, os problemas de saúde dos trabalhadores são naturalizados e permanecem na invisibilidade, havendo um desconhecimento do potencial de intervenção do SUS e da existência de tecnologias e medidas de prevenção e proteção da saúde dos trabalhadores aplicáveis nos ambientes de trabalho. (BAHIA, 2014)

A importância da AB nesse contexto encontra-se na possibilidade de acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde-doença e avaliação e manejo das situações de risco no trabalho. (SANTOS; RIGOTTO, 2011; HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005) A ampliação do olhar dos profissionais da AB sobre o território possibilita, dentre outros aspectos, o reconhecimento dos trabalhadores informais na área de abrangência das equipes

e a organização de ações de atenção à saúde desses trabalhadores, considerando que a maioria encontra-se à margem da proteção trabalhista e previdenciária, e necessita da proteção à saúde oferecida pelo SUS, especialmente pelos serviços da AB. (LACERDA E SILVA et al., 2014)

Os territórios adscritos de atuação e responsabilidade sanitária das equipes de saúde da família concentram uma grande variedade de atividades produtivas e de trabalho, executados por trabalhadores residentes e não residentes. Dentre a diversidade de processos produtivos desenvolvidos nos territórios da ESF, as oficinas de reparação automotiva apresentam-se em grande quantidade, correspondem ao setor serviço, comumente tratado como sinônimo do setor terciário, que reúne uma diversidade de atividades, produtos e processos, e a maioria possui natureza informal com condições precárias de trabalho. (PENA; MINAYO-GOMEZ, 2010)

Os trabalhadores dessas oficinas encontram-se expostos a numerosos agressores à saúde, destacando-se movimentações manuais de cargas, com constrangimentos posturais e condições ergonômicas desfavoráveis, além de exposições a ruído e a produtos químicos, com provável sub-registro de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais, e desinformação por parte de proprietários e trabalhadores quanto às exposições a que estão submetidos e suas possíveis consequências para a saúde. (BINDER, 2001; STAMATO, 2015; GUIJARRO; ÁVALOS; RAZZA, 2010; AMORIM; CAVALCANTE; PEREIRA, 2012) Dentre os principais tipos de lesões destacam-se: lesões e ferimentos superficiais; luxações, entorses e distensões; fraturas ósseas; concussão e lesões internas; e queimaduras, escaldamento e congelamento. (SMITH, 2007; LÓPEZ-ARQUILLOS; RUBIO-ROMERO, 2016) Há ainda o risco de leucemia e outros cânceres hematológicos, presumivelmente devido à exposição e manipulação de gasolina, a qual possui benzeno em sua composição, devendo ser prioritária a redução dos riscos no local de trabalho desses trabalhadores. (HUNTING, 1995)

Segundo a OMS, cerca de 85% dos trabalhadores em todo o mundo, aproximadamente 2,2 bilhões não possuem acesso a serviços de saúde ocupacional. Esta condição também pode ser encontrada junto aos trabalhadores das oficinas de reparação automotiva, em sua maioria inseridos no setor informal de trabalho, apresentando uma desassistência à sua saúde, embora muitos estejam inseridos no território da AB. Desde 2007, no entanto, a OMS tem orientado os serviços a fornecerem uma assistência à saúde dos trabalhadores, fato que se articula com o caráter de atenção integral proposto pelo SUS. (WHO, 2007)

Adicionalmente, a PNSTT considera como trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado

de trabalho, formal ou informal, ou de seu vínculo empregatício, alinhando-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS. Apresenta como componente estruturante a VISAT, que em articulação com a AB contribui para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador. Destaca ainda a priorização de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, assim como os trabalhadores das oficinas de reparação automotiva, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (BRASIL, 2012)

Dessa forma, o presente estudo possui como objetivo compreender as condições de trabalho de oficinas de reparação automotiva inseridas no território da ESF.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, com perspectiva socioantropológica e aproximações etnográficas e de elementos da Análise Ergonômica do Trabalho (AET). A pesquisadora que conduziu o trabalho de campo é profissional do NASF da USF do território pesquisado. No entanto, no que se refere às suas atribuições profissionais junto às equipes atuantes no território, não houve aproximação prévia com os trabalhadores e com o ambiente de trabalho das oficinas de reparação automotiva.

2.1 Lócus de estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Salvador, capital do estado da Bahia, o qual possui uma população de 2.938.092 habitantes, sendo 53% do sexo feminino. Corresponde à cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil, com uma extensão territorial de 693,3km. A sua região político-administrativa compreende 10 regiões administrativas denominadas Prefeituras Bairro e 12 Distritos Sanitários. (SALVADOR, 2014)

O Plano municipal de saúde do município (2014-2017) traz a Vigilância da Saúde como eixo estruturante da Atenção à Saúde, apresentando como um dos objetivos o fortalecimento das ações de ST na rede de atenção e vigilância. Os ADRT se configuram como um importante problema de saúde pública, porém ainda com pouca visibilidade entre os profissionais de saúde, tendo elevada subnotificação nos sistemas de informação do SUS. Entre 2007-2012 verificou-se crescimento nas notificações de ADRT, onde o DSBRV, segundo distrito mais populoso (372.162 habitantes), foi o que mais notificou (15,3%). (SALVADOR, 2014)

Dentre as unidades de saúde existentes no DSBRV, o presente estudo desenvolveu suas ações no território de abrangência de uma USF composta por cinco EqSF. Esta corresponde à unidade do distrito que concentra a segunda maior quantidade de equipes e área de cobertura, apresentando áreas com diferentes características socioeconômicas e sanitárias. A maior USF do distrito possui sete equipes, no entanto trata-se de uma constituição recente, com menor reconhecimento e vinculação com o território adscrito.

Com o objetivo de aproximação da realidade da população do território de estudo e da diversidade de atividades produtivas e de trabalho desenvolvidas, foi realizado um levantamento preliminar em uma das regiões cobertas pela USF conhecida pela grande

quantidade de comércio e serviços desenvolvidos, e de responsabilidade de vigilância em saúde de duas equipes da unidade.

Este trabalho integra o desenvolvimento de um projeto ampliado aprovado no edital do PPSUS: Gestão Compartilhada em Saúde, o qual se propõe a realizar a aproximação entre os níveis estadual e municipal de saúde, e a integração de práticas de saúde do trabalhador na ESF no município de Salvador-BA, em parceria com a UFBA.

2.2 Estratégia de pesquisa

Para a produção de dados foram realizadas observações sistemáticas com momentos de maior presença em direção à observação participante, com o propósito de compreender a dinâmica do ciclo produtivo e das relações de trabalho. Após período de familiarização com o campo e contato com o cotidiano, foram realizadas entrevistas situadas, consecutivas ou simultâneas às atividades, de acordo com a disponibilidade dos trabalhadores, além de anotações em diário de campo, gravações de áudio e registros das atividades de trabalho, mediante autorização, no período entre agosto/2017 e abril/2018. A primeira parte do roteiro de entrevista foi composta por dados de caracterização do participante e de sua atividade de trabalho, e a segunda parte foi constituída por questões norteadoras que buscaram compreender as características técnicas, de organização e de relações de trabalho; identificar os potenciais riscos relacionados ao trabalho, o histórico de agravos, as necessidades e demandas de saúde, assim como a relação com os serviços de saúde.

Foram realizadas visitas em todas as oficinas do território, mediante reconhecimento junto aos ACS e identificação de informantes-chave, e realizadas conversações com pelo menos um trabalhador por oficina, buscando obter uma breve caracterização das atividades desenvolvidas e informações relacionadas ao cuidado à saúde. As questões pautadas estiveram relacionadas às condições de saúde dos trabalhadores e sua relação com o SUS e a USF, e informações a respeito do quantitativo de trabalhadores, tipos de serviços oferecidos, local de moradia e existência de relação familiar entre os trabalhadores. Foram realizadas seis entrevistas em profundidade que englobaram trabalhadores de cinco oficinas distintas com diferentes serviços prestados, tamanho e quantidade de trabalhadores. O número de participantes foi considerado suficiente quando os dados da pesquisa refletiram as categorias de estudo e se tornaram repetitivos. (MINAYO, 2014) Além da produção de dados a partir dos trabalhadores entrevistados, os relatos apresentados envolvem registros de diário de campo dos interlocutores das demais oficinas visitadas.

As aproximações etnográficas foram realizadas em três oficinas totalizando 64 horas de observação. Estas foram selecionadas para aprofundamento dos aspectos observacionais das atividades de trabalho, contemplando os diferentes tamanhos, sem restrição quanto ao tipo de serviço prestado, visando garantir a representação da diversidade das atividades (mecânica, elétrica, chaparia, pintura e capotaria). Foi realizada a observação do ciclo produtivo de todas as atividades desenvolvidas nessas oficinas, com suporte de elementos da AET, buscando compreender as especificidades técnicas, relacionais e da organização do trabalho, assim como a dinâmica das atividades, os modos operatórios e os riscos envolvidos. Para tanto, a pesquisadora acompanhou todas as etapas dos processos de trabalho, incluindo desde a chegada do carro na oficina, a interação com os clientes e colegas de trabalho, o desempenho do trabalho real da reparação do automóvel, até a sua devolução.

Como questão de aproximação e cordialidade, o primeiro contato foi realizado com o dono da oficina, e tanto funcionários, quanto donos das oficinas, puderam ser participantes da pesquisa. Um cuidado específico foi tomado em relação à presença de menores aprendizes, os quais não foram entrevistados, sendo realizados registros em diário de campo para discussão em outra etapa do projeto. Foram excluídas oficinas de reparação automotiva exclusivas de motocicletas. Os dados das entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos.

2.3 Plano de análise

Para a análise das informações foram utilizados elementos da AET, cuja a atividade, as condições nas quais esta é realizada, e suas consequências corresponderam a objetos de análise do trabalho, assim como o procedimento qualitativo de Análise de Conteúdo, utilizando a modalidade da análise temática. Esta descreve três etapas para a sistematização dos dados: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, inferências e interpretação. Uma leitura flutuante das respostas dos sujeitos foi realizada e, em seguida, feita a marcação e recorte das falas, agrupando os achados por categorias de análise.

A identificação dos principais núcleos de sentido foi realizada considerando as regularidades do discurso e os sentidos frequentes presentes nas falas. Os dados foram organizados e classificados de acordo com as seguintes categorias: a) Condições de trabalho nas oficinas automotivas, b) Estratégias operatórias e de regulação da atividade, c) Perigos e riscos à saúde dos trabalhadores, e d) A ausência de articulação com a ESF do território.

A discussão dos resultados considerou os elementos envolvidos na aproximação dos processos e ambientes de trabalho, e no reconhecimento da informalidade e precarização das

relações de trabalho. Utilizou como base os aspectos relacionados à configuração da classe trabalhadora atual, apresentados por Antunes, e conceitos da análise ergonômica do trabalho, como modo operatório, estratégias regulatórias, variabilidade e atividade, apresentados por Guérin. (ANTUNES, 2006, 2015; GUÉRIN, 2001)

Os participantes da pesquisa receberam nomes fictícios, visando a preservação de suas identidades. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da UFBA, respeitando as normas preconizadas pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Resultados e Discussão

O estudo foi realizado no território de uma USF composta por 5 equipes. Com o objetivo de conhecer os processos produtivos, foi realizado um levantamento preliminar na área de cobertura de duas equipes, identificando-se 159 atividades de comércio/serviços, tais como: lojas diversas (35, sendo 15 de vestuário), oficinas de reparação de veículos (26, sendo 2 de motocicletas), mercadinhos/mercearias (18), bares (12), salão de beleza/barbearia (12), lanchonetes (6), lava jato (5), dentre outras. Considerando sua elevada concentração e riscos envolvidos, foram então mapeadas as áreas das outras três equipes da USF, sendo identificadas 45 oficinas no território adscrito da USF, conforme Figura 1.

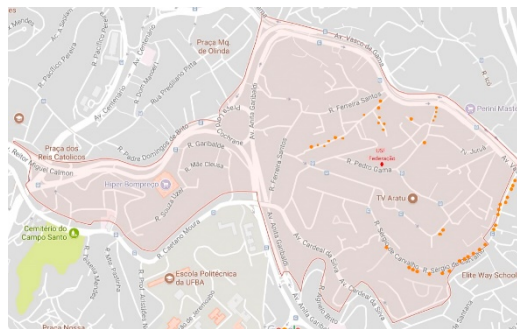


Figura 1. Localização das oficinas no território

Fonte: Google Earth adaptado pela autora

Os trabalhadores caracterizaram-se por uma força de trabalho exclusivamente masculina, totalizando 151 trabalhadores, dentre os quais 79 são residentes do território. As oficinas possuem em média 3 trabalhadores, variando entre 1 a 9, sendo que a maioria possui idade superior a 50 anos, e grande experiência no exercício de suas funções. No entanto, foi possível observar a presença desde aprendizes com 17 anos de idade até trabalhadores com 80 anos.

Os principais serviços desenvolvidos nas oficinas foram mecânica (29), pintura (22), chaparia (21), elétrica (12) e capotaria (4), considerando que em uma mesma oficina podem ser oferecidos diferentes tipos de serviços. No entanto, foi possível observar, em menor quantidade, serviços de borracharia, ar condicionado, retífica de motor e tornearia.

Cada um desses processos de organização de trabalho no setor de serviço apresenta características particulares. Todos os serviços envolvem a avaliação do dano, definição do serviço a ser realizado, execução do mesmo, e entrega ao cliente. O tipo de reparo, em sua maioria, possui uma ampla diversidade em suas fases produtivas vinculada ao diagnóstico do

dano e à necessidade de reparo para cada automóvel, como é o caso da mecânica, elétrica, capotaria e chaparia. No entanto, o serviço de pintura possui etapas bem estabelecidas, com pouca variação. Além dos aspectos gerais, comum aos demais serviços, a pintura é caracterizada pelos seguintes passos: 1. Aplicação de massa de poliéster; 2. Lixamento da massa; 3. Empapelamento (proteção das áreas não danificadas); 4. Aplicação do Primer Poliuretano; 5. Lixamento do Primer; 6. Empapelamento para aplicação da tinta; 7. Aplicação da tinta; 8. Aplicação do verniz (2 ou 3 mãos); 9. Lixamento com lixa mais fina (1500/2000 de gramatura); 10. Polimento com massa de polir; 11. Aplicação de cera autobrilho.

Todas as oficinas estão situadas em ruas com fácil acesso para os veículos e espaço físico para comportar de um a vinte carros, em terrenos térreos, e na maior parte planos. Apresentam uma infraestrutura semelhante, sendo possível encontrar banquinhos de madeira ou cadeiras plásticas, mesa, e espaços reservados para armazenamento de equipamentos, peças e produtos como caixas ou armários. Grande parte possui banheiro, e algumas possuem chuveiro e pia externa. As estruturas são de concreto (tijolos), fiações e encanamentos são aparentes, algumas paredes são sujas e com a pintura descascada, enquanto outras não são rebocadas nem pintadas. Apresentam iluminação artificial e natural, e em sua maioria existem áreas abertas com boa ventilação. A maioria não possui piso nem azulejos, sendo frequente o acúmulo de materiais e peças espalhadas por toda a área (caixas, papelão, ferramentas, peças de carro, latas, dentre outros).

Grande parte das ferramentas de trabalho utilizadas são de propriedade do próprio trabalhador, muito embora alguns utilizem o espaço físico e os meios de trabalho fornecidos pelos donos das oficinas para a realização de serviços pontuais. Ademais, a maioria das ferramentas e maquinários presentes nas oficinas não acompanharam a evolução tecnológica, sendo comum a ocorrência de improvisos, maior desgaste físico e dispensação de tempo para a conclusão de determinados serviços.

Foi possível verificar ainda, a existência de uma divisão do trabalho na maneira como os trabalhadores se organizam para distribuição de suas atividades. Por um lado, uma divisão sexual do trabalho, a qual expressa os diferentes papéis atribuídos a homens e mulheres na sociedade e no processo produtivo, sendo que a reparação automotiva ainda se trata de um serviço dominado pelo gênero masculino. Por outro lado, uma divisão social do trabalho, designando uma especialização das atividades, na qual cada trabalhador é responsável por um determinado processo de trabalho no reparo dos automóveis, do início ao final, tais como pintura, chaparia, mecânica e elétrica. (HIRATA; KERGOAT, 2007; MARX, 1996)

3.1 Condições de trabalho nas oficinas automotivas

A presença do trabalho informal foi verificada em 42 oficinas estudadas, com a ausência de vínculos registrados na carteira de trabalho e desprovisionamento de diversos direitos e benefícios. Embora alguns trabalhadores visualizem pontos positivos no trabalho informal, como a maior autonomia e flexibilidade, dentre os muitos prejuízos decorrentes desta forma de trabalho, destaca-se a ausência de garantia de acesso a direitos sociais e trabalhistas básicos, tais como: remuneração fixa, décimo terceiro, férias e hora extra remuneradas, FGTS, seguro desemprego, aposentadoria, auxílios e licenças. De acordo com Antunes (2015), esse quadro de informalidade dá margem ao desemprego ampliado, precarização exacerbada, rebaixamento salarial acentuado e perda crescente de direitos, correspondendo ao desenho mais frequente da classe trabalhadora brasileira. (ANTUNES, 2015)

Desde a década de 1990, os níveis de informalidade do trabalho aumentaram muito, especialmente em seu sentido mais amplo caracterizado pela precarização das relações de trabalho e perdas de direitos. O capital tem substituído cada vez mais o trabalho estável por precarizado, com expansão principalmente no setor de serviços. (ANTUNES, 2015) A precariedade nas oficinas estudadas é estrutural, e se agrava nesse contexto, na medida em que os trabalhadores perdem a perspectiva de entrada no mercado formal de trabalho.

Características importantes do trabalho informal, como baixa capitalização direcionada para sobrevivência e presença de força de trabalho familiar com exigência de força física, foram observadas nas oficinas automotivas. Tais aspectos também foram estudados por Alves e Tavares (2006), as quais conceituam como trabalhadores informais tradicionais aqueles que estão inseridos em atividades que requerem baixa capitalização, buscam uma renda para consumo individual e familiar e vivem de sua força de trabalho, podendo ainda utilizar o auxílio do trabalho familiar ou de ajudantes temporários. As autoras destacam que os trabalhadores informais menos instáveis possuem um mínimo de conhecimento profissional e dos meios de trabalho, e desenvolvem, em sua maioria, atividades no setor de prestação de serviços, citando como exemplo as oficinas de reparação estruturadas e mantidas pela clientela do bairro ou por relações pessoais. Por outro lado, os informais mais instáveis são recrutados temporariamente e frequentemente remunerados por peça ou serviço realizado, desempenhando atividades de baixa qualificação e que exigem força física. No presente estudo, ambas características relacionadas ao trabalho informal mais e menos instável puderam ser identificadas nas oficinas visitadas. (ALVES; TAVARES, 2006)

A maior parte dos trabalhadores se declararam como autônomos ou cooperativados. Janderson (pintor, 26 anos), no entanto, trabalhador cooperativado de uma oficina, relata “terceirizar” uma etapa do seu processo de trabalho, o lixamento, “como se fosse um patrão terceirizado”. A informalidade e a precariedade das relações de trabalho, acarretam inclusive, em episódios de tensão na relação entre os colegas de trabalho, conforme relata “Os ajudantes às vezes querem ganhar mais do que o dono do próprio serviço, aí chega a um acordo e tal, mas não estão satisfeitos.” Estes relatos ilustram a incorporação por esses trabalhadores do setor informal, do conceito de terceirização, resultando em uma terceirização da informalidade, aspecto que reforça a precarização ampliada.

Referente à jornada de trabalho, os profissionais relatam flexibilidade quanto à carga horária, com oscilação a depender da quantidade de serviço e do movimento na oficina, destacando inclusive, a inversão do horário de trabalho quando necessário. Em algumas oficinas o funcionamento regular é das 8h e 17h, de segunda a sexta, e os trabalhadores possuem uma jornada semanal de 40h, podendo ter horas extras, porém informais. Outras também funcionam aos finais de semana e feriados, cuja jornada semanal de trabalho pode chegar a 52h. O horário de funcionamento está muito atrelado à quantidade de serviço, podendo abrir antes, ou fechar após o horário previsto.

“Quando preciso levar minha filha (gestante) ao médico ou ao trabalho, fecho o portão da oficina, e trabalho a noite. [...] Trabalho em média umas 8h por dia, mas às vezes mais [...] Todo lugar que eu passei eu vestia a camisa, domingo, feriado, era o primeiro a chegar e o último a sair.” (Salvador, pintor, 58 anos – Diário de campo)

“Aqui abre 8h, mas se você chegar 7h já está chegando gente. Tem dias que eu chego 7h, tem dias que eu chego 8h, 9h, depende do que tenha para fazer. (Denilson, chapista, 49 anos - Entrevista)

Desde a época da Revolução Industrial foi deflagrada uma longa luta entre capitalistas e classe trabalhadora pela redução da carga horária de trabalho e criação de uma jornada regular de trabalho. Marx acreditava que a produção capitalista, que essencialmente produz mais-valor com extração de mais-trabalho, com o prolongamento da jornada, acarreta na debilitação da força humana de trabalho, em suas condições normais, morais e físicas, de desenvolvimento e atuação. Produz ainda o esgotamento e a morte prematuros da própria força de trabalho, e prolonga o tempo de produção do trabalhador durante um período mediante o encurtamento de seu tempo de vida e de sua força de trabalho. (MARX, 1996) Embora não tenha sido observada a extração de mais valor por parte dos empregadores das oficinas, como nas observações de Marx, os relatos dos trabalhadores deixam clara a ausência de dias e horários fixos de trabalho, cujas jornadas frequentemente envolvem a utilização de

horas vagas para o aumento da produtividade e da renda, de acordo com a demanda de trabalho e de necessidades pessoais, associando-se a condições de trabalho precárias.

Somadas à indefinição de uma jornada fixa de trabalho, destaca-se ainda, a utilização da força de trabalho de outros membros da família. No caso que segue, Salvador (pintor, 58 anos), tio de Luiz, menor aprendiz de 17 anos, ao olhar o celular, se dá conta do horário e relata: “Já são 12h! Estou aqui desde às 6h, passa rápido. Pode parar aí Luiz. Limpa só os pneus e eu termino o resto, dá tempo?”. Outro trabalhador, João (pintor, 67 anos), relata ter começado a trabalhar aos 14 anos na oficina do irmão: “Até que o ministério do trabalho deu uma passadinha lá e proibiu. Naquela época eu já ganhava um salário mínimo, era menino, mas já ganhava direitinho. Eu sei é que mandou eu e outro garoto que tinha lá, se mandar.”

Iriart et al (2008) em estudo com trabalhadores da construção civil e domésticas também identificaram uma inserção no mundo do trabalho antes da maioridade, muitos ainda crianças, e todos com vínculo informal. O perfil sociodemográfico foi caracterizado pela baixa escolaridade, predominância da cor negra e história de migração do interior do estado para a capital, características estas, semelhantes às relatadas pelos trabalhadores das oficinas estudadas. (IRIART et al., 2008)

Sobre a remuneração, foi possível observar uma variação característica do trabalho informal, cujo valor encontra-se diretamente relacionado à produtividade. Esta variação encontra-se associada tanto à quantidade de serviços quanto ao tipo de serviço prestado.

“Já damos com preço bom para não reclamarem, senão vão embora. Tem que manter o cliente.” (Elias, mecânico, 70 anos – Diário de campo)

“Tem semana que eu não faço é nada, nenhum carro. Tem vezes que fica 15 dias sem aparecer nada.” (João, pintor, 67 anos – Entrevista)

“Depende da quantidade de serviço e da devolução. Alguns faço em 24h, outros 48h, 72h. Cada avaria tem um prazo e um preço.” (Salvador, pintor, 58 anos – Entrevista)

“Aqui nem dá para a gente contar, porque tem dia que a gente ganha R\$ 30,00, R\$ 40,00, R\$ 50,00. Se o carro for R\$ 300,00 e vai fazer chaparia e pintura, divide para todo mundo, pintor, chapista, dono, ainda gasta o material que tem que comprar. Aí não dá para ver quanto ganhou no mês.” (Denilson, chapista, 49 anos – Entrevista)

Os trabalhadores não conseguem estimar o quanto ganham ao final de um mês de trabalho, sendo possível que nem cheguem a obter um salário mínimo, atualmente estimado em R\$ 954,00, ou até mesmo não consigam revelar o quanto recebem, talvez por se sentirem resignados com valor.

A inconstância da renda desses trabalhadores também se encontra atrelada outras variáveis, como o perfil do cliente e o nível do carro. Janderson (pintor, 26 anos) relata que o

valor depende do serviço, do cliente e do carro, destacando que “um cliente que chega com carro zero, tem condições melhores, você cobra um paracheque desse para pintar R\$ 350,00. Se chega um que não tem condições, trabalhador, mais humilde aí você já faz R\$ 250,00”. A variação também está vinculada ao pagamento pelos clientes, que nem sempre é realizado no ato da devolutiva do carro.

Embora os relatos apresentem aspectos vinculados a uma instabilidade financeira, demonstram um domínio e uma autonomia do trabalhador sobre as etapas de sua atividade, incluindo a negociação de um valor final com os clientes, e um prazo para conclusão do serviço. As características se assemelham ao trabalho artesanal, pré-capitalista, que nos dias atuais mesclam tradição e modernidade. A relação trabalhador-empregador é transversalizada pela presença de um terceiro e importante ator, o cliente, que possui uma função de cliente-padrão. Apesar de os trabalhadores não estarem submetidos a um controle rígido de tempo e pressões por metas, característicos do modelo taylorista de gestão do trabalho, por parte do “empregador”, é comum uma cobrança pelo cumprimento de prazos e qualidade do serviço por parte dos clientes, os quais estabelecem e controlam as metas de tempo de conclusão dos serviços.

Os trabalhadores estudados demonstram ainda uma inconstância ou até mesmo ausência de gozo de períodos de férias. Elencam justificativas como a necessidade de manutenção da renda, de agradar a clientela não recusando serviços, ou até mesmo não enxergam a necessidade de férias diante da possibilidade de controle do próprio trabalho. Dessa forma, acabam por se contentar com curtos períodos informais de descanso na ausência de serviço, não percebendo os prejuízos que esse comportamento pode gerar à sua saúde.

“Eu nunca tirei férias. Eu gosto da profissão, e quando eu trabalhava com registro na carteira, os proprietários optavam por pagar trabalhando. Tem esse período de carnaval, São João, que não aparece serviço, aí eu fico em casa, mas quando tem a gente trabalha. E eu estou precisando, não é ganância não, mas, é aquela coisa de sempre querer agradar o cliente.” (Salvador, pintor, 58 anos – Entrevista)

“Eu costumo tirar de uma semana a 10 dias no período do carnaval, que eu gosto de brincar. Muita gente não deixa o carro na oficina, e logo depois do carnaval o movimento é fraco.” (Janderson, pintor, 26 anos – Entrevista)

“Vou tirar férias para quê? Sou autônomo, se eu não quiser trabalhar, não trabalho”. (Márcio, chapista, 52 anos – Diário de campo)

Pena e Minayo-Gomez (2014) relatam situação semelhante com pescadores artesanais, os quais necessitam exercer longas jornadas de trabalho, sem descanso semanal, nem férias. Eles destacam que tal situação se aproxima da existente nos primórdios da Revolução

Industrial na Inglaterra com consequências drásticas para a saúde do trabalhador. (PENA; MINAYO-GOMEZ, 2014)

A ausência de um planejamento em relação à aposentadoria e preocupação com o futuro foram aspectos recorrentes identificados no presente estudo, sendo secundários aos planos de vida atuais e relacionados à sobrevivência.

“De início eu estava contribuindo como autônomo. Mas depois eu desisti, devido a essa situação do país. Aí preferi optar por uma poupança. Me arrependo viu?! Hoje em dia eu já estaria aposentado, se tivesse contribuído.” (Salvador, pintor, 58 anos – Entrevista)

“Tive um acidente de moto e precisei me afastar do trabalho [...] Nunca contribuí com o INSS. Fiquei sem receber.” (Daniel, mecânico, 23 anos – Diário de campo)

“Ainda não contribuí. Estou querendo por agora.” (Márcio, chapista, 52 anos – Diário de campo)

As características do trabalho informal expressam a sensação de liberdade e autonomia, com controle do próprio ritmo de trabalho. No entanto, na medida em que os direitos legais do cidadão são colocados em segundo plano para possibilitar a organização de seu próprio modo de vida e o suprimento de suas necessidades presentes, o trabalhador se submete a um prolongamento de seu tempo de trabalho ao longo da vida e a um desgaste excessivo, tornando-se susceptível ao adoecimento. A maioria desses trabalhadores não possui uma compensação securitária, e quando adoecem não dispõem do direito previdenciário para garantia de renda durante seu reestabelecimento de saúde, refletindo ainda em um desamparo da família.

Referente à representação dos trabalhadores das oficinas de reparação automotiva, os mesmos relatam a ausência de sindicatos e associações, assim como falta de união da classe trabalhadora na luta pelos direitos da categoria. Rogério (mecânico, 52 anos), se queixa da falta de apoio na profissão “Se tivesse um sindicato... Tem quantas oficinas aqui? Uma associação, nada”, enquanto Salvador (pintor, 58 anos) ressalta a desunião, demonstrando sua desmotivação “Já tentamos criar uma associação. Ia ter assistência médica, jurídica. Mas teve muita desconfiança, boato, aí desistimos. A contribuição seria só R\$ 3,00 reais, mas a classe é muito desunida.”

A classe trabalhadora moderna é cada vez mais composta por trabalhadores terceirizados e precarizados. No entanto, frequentemente os sindicatos são incapazes de incluir esses segmentos de trabalhadores em seus espaços, o que pode acarretar em um aprofundamento ainda maior da crise de representação sindical dos trabalhadores. (ANTUNES, 2009) A inexistência de associações e formas de regulação coletiva do trabalho,

como relatado pelos trabalhadores das oficinas, prejudica ainda mais esse cenário diante da ausência de forças para lutar por melhorias nas suas condições de trabalho e preservação da saúde.

Em meio a todas as especificidades e características do trabalho precário, os trabalhadores dessas oficinas encontram estratégias para a organização e desempenho de suas atividades, considerando os objetivos exigidos, os meios de trabalho à disposição e os resultados a serem atingidos. (GUÉRIN et al., 2001)

3.2 Estratégias operatórias e de regulação da atividade

Na análise da organização do trabalho dessas oficinas foram observadas diversas situações na qual o trabalhador precisa utilizar estratégias operatórias para gerir as variabilidades e alcançar resultados de interesse tanto para ele, quanto para o cliente.

Ao desempenhar suas atividades, o trabalhador desenvolve uma série de estratégias operatórias, caracterizadas por seu perfil individual, sua competência e experiência profissional, seu estado de saúde e pela forma de organização do trabalho. Ele precisa gerir as variabilidades e imprevisibilidades presentes no seu ambiente de trabalho, elaborando estratégias cognitivas, individuais e/ou coletivas, para a regulação de suas atividades e o alcance de metas previamente estabelecidas, o que requer o investimento de suas inteligências na busca constante por um estado de equilíbrio. (AZEVEDO, 2010) A variabilidade envolve a variação das condições de trabalho originadas das intercorrências inerentes ao mundo do trabalho, e dos trabalhadores decorrente das dinâmicas interindividual e intra-individual, impossibilitando a prescrição e realização de desempenhos iguais. (ABRAHÃO, 2000; GUÉRIN et al., 2001)

Na situação descrita a seguir, José (capoteiro, 52 anos) desenvolve um processo de regulação na construção de seu modo operatório, permitindo modificar objetivos e meios, em busca da manutenção de seu estado de equilíbrio interno e do alcance de resultados satisfatórios diante das variabilidades encontrados em seu processo de trabalho.

“O cliente pediu para elevar o banco do motorista. Ele vai bater a cabeça no teto. Eu já tinha feito, ele pediu para colocar mais espuma, mas não pode colocar muito, senão deforma. Não gosto de fazer essas coisas. Olha como o banco fica feio. Aqui ele fica soltinho, perdeu as proteções laterais. Ele quer mexer no encosto também para empurrar mais para frente, mas eu não vou mexer não.” (José, capoteiro, 62 anos – Diário de campo)

Tal situação ilustra o desempenho da atividade real de trabalho, na qual a figura do cliente exerce força de gestão e se apresenta como um importante dispositivo na regulação do

processo de trabalho, podendo interferir no processo do como, quando e o quê o trabalhador realiza. Esses aspectos se constituem como um diferencial entre o conceito de atividade e tarefa. (PENA; MINAYO-GOMEZ, 2010) Enquanto a tarefa corresponde a um conjunto de objetivos e prescrições que não considera as particularidades dos trabalhadores, definidas externamente para o alcance de metas, a atividade, por sua vez, é o elo que organiza e estrutura os elementos da situação de trabalho, sendo uma resposta aos constrangimentos, exigências e estímulos, que resulta em um desempenho. (GUÉRIN et al., 2001) Corresponde ao modo pelo qual os trabalhadores se relacionam com os objetivos propostos, com a organização do trabalho e com os meios que dispõem para realizá-los, configurando um conjunto de determinações denominado de modo operatório. (ABRAHÃO, 2000)

Não foi identificada uma prescrição formal do trabalho e a presença de metas bem estabelecidas no desempenho do trabalho nessas oficinas. Assim como observado por outro autor na categoria de pescadores e marisqueiras artesanais, o trabalho está prescrito pelas tradições, as quais são genéricas e adaptáveis às situações de trabalho, cujo saber tradicional se enriquece nas vivências desses trabalhadores. (PENA; MARTINS; REGO, 2013)

As situações observadas no presente estudo também evidenciam a existência de margens de manobra no desempenho da atividade real, com autonomia e controle do trabalhador sobre seu processo de trabalho, tanto na execução das atividades, quanto na definição dos resultados esperados, aspectos que podem gerar efeitos positivos na saúde do trabalhador e em sua satisfação no trabalho. A exemplo da situação descrita anteriormente, a fala de Denilson (Chapista, 49 anos) reforça a ideia do controle do trabalhador sobre seu processo de trabalho “Aqui a gente é dono de si mesmo”. A margem de manobra permite aos trabalhadores reordenarem as condições da própria execução e alterar o modo operatório para outro mais favorável à sua saúde. A possibilidade de regulação é menor quanto menor for a margem de manobra e, desse modo, o sofrimento e a possibilidade do posterior adoecimento serão maiores, uma vez que não havendo possibilidade de alteração dos meios externos, o trabalhador busca atingir o resultado à custa do seu estado interno. (GUÉRIN et al., 2001)

Embora os trabalhadores tenham demonstrado a possibilidade de regulação de seu próprio trabalho, com uma considerável margem de manobra, vale ressaltar que desempenham processos de trabalho periféricos e insalubres, e estão expostos a pressões dos clientes, fatores estes que podem gerar importantes constrangimentos. Dejours (1992) relata que a organização temporal do trabalho, a escolha das técnicas operatórias, instrumentos e materiais empregados permitem ao trabalhador, dentro de certos limites, adaptar o trabalho às

suas aspirações e competências, destacando que mesmo as más condições de trabalho são menos temíveis do que uma organização de trabalho rígida e imutável. (DEJOURS, 1992)

Também foram observadas estratégias utilizadas pelos trabalhadores diante da limitação de recursos de trabalho. Salvador (pintor, 58 anos) relata a utilização de um material mais barato para a proteção das áreas não danificadas do automóvel, uma vez que após a aplicação dos produtos de reparo, o mesmo é jogado fora: “Tem outro papel, que custa R\$ 50,00 reais o rolo, mas a gente usa esse (jornal) para economizar, porque depois que aplica o produto joga fora”. Esta corresponde a uma estratégia de sustentação do negócio e dos trabalhadores que desempenham suas atividades no limite da sobrevivência diante de sua vulnerabilidade econômica, necessitando criar artifícios para a redução constante dos custos operacionais.

Outro trabalhador, José (capoteiro, 62 anos), reclama da falta de peças para realização do serviço de capotaria, neste caso a montagem do veículo, necessitando adotar estratégias para a conclusão do serviço: “O cliente trouxe o carro desmontado para remontagem e estofamento. Estão faltando algumas peças, e outras não prestam.” Enquanto recoloca a borracha na porta dianteira, utilizando presilhas remanescentes e pregando diversos parafusos relata: “a borracha prega na presilha, só que várias soltaram, está tudo quebrado. Por isso estou dando esse paliativo pregando parafusos”. Encaixa o que é possível nas presilhas e entre uma e outra prende um parafuso. Dá seguimento ao serviço de montagem do automóvel e se depara com outros problemas: “Os caras desmontam o carro, e não colocam as coisas no lugar. Os parafusos do cinto não estão aí, o encaixe da antena também não. Vou ver se arrumo 4 parafusos e uma borracha. Aí coloco logo tudo”. Neste caso o cliente trouxe o carro já desmontado, onde todas as peças deveriam estar nesta caixa. José ressalta que é mais comum ele desmontar o carro na oficina para a realização dos serviços, e dessa forma consegue guardar as peças e necessitar de menos improvisos.

O zelo pela qualidade dos serviços prestados, assim como estratégias para agradar os clientes e não gerar desconfiças são comuns nestas oficinas. Enquanto realiza o reparo na pintura, Salvador (pintor, 58 anos) relata “Aqui tudo é agendado para não ficar com a oficina cheia de carro, e não ficar que nem outros que pegam um serviço, pega 50%, deixa lá, pega outro, aí o cliente pergunta pelo carro, e fica cheio de desculpa.” Após a finalização, segue com a limpeza do automóvel, abre o capô, observa, realiza a limpeza de resíduos do polimento das laterais do motor, e ressalta: “No centro do motor eu não mexo, que é para não ter dúvida de reposição de peças. Essa poeira aí no centro eu deixo”. Após conclusão de outro serviço, Salvador segue até seu armário de produtos, pega um saco e relata: “Isso é de cliente,

tem perfume, óculos. Tiro foto dos pertences, quilometragem. Tiro do carro e guardo que é para não ter dúvida. É tudo de confiança, mas pode deixar no estacionamento, do lado de fora, esquecer aberto, alguma pessoa curiosa pode mexer, pode ter ido no posto antes.”.

De acordo com Wisner (1987) para o trabalhador responder às exigências da atividade, é necessário controlar os efeitos de sua ação e os riscos a ela associados. Nesse sentido, a carga de trabalho corresponde ao produto da relação entre condicionantes internos e externos ao trabalhador, considerando as possibilidades de ação e de regulação dos trabalhadores, as exigências físicas, cognitivas e psíquicas do trabalho. (WISNER, 1987)

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada, e o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação, esgotando seus meios de defesa. Por outro lado, o trabalho também pode ser favorável ao equilíbrio mental e à saúde do corpo, podendo inclusive conferir ao organismo uma resistência maior contra a fadiga e a doença. Este arranjo é possível na medida em que há uma boa adequação entre organização do trabalho e estrutura mental, onde as exigências intelectuais, motoras e psicossensoriais da tarefa estão de acordo com as necessidades do trabalhador; e/ou o conteúdo do trabalho é fonte de satisfação, cuja concepção, ritmo e modo operatório é em parte deixada ao trabalhador, o qual modifica a organização do seu trabalho conforme seu desejo ou necessidades. (DEJOURS, 1992)

3.3 Perigos e riscos à saúde dos trabalhadores

Nas oficinas estudadas, foi possível verificar a existência de diversos perigos e riscos à saúde dos trabalhadores, incluindo riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes, os quais encontram-se descritos no Apêndice C. Dentre os principais riscos identificados encontram-se a manipulação de produtos químicos; arranjos físicos, ferramentas e posturas inadequadas; uso de máquinas e equipamentos sem proteção; manuseio de produtos inflamáveis; e projeção de peças e partículas sobre o corpo.

Os riscos inerentes ao âmbito do trabalho são denominados de riscos ambientais e, devido à sua natureza, concentração, intensidade, e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador. Os fatores de risco à saúde e segurança do trabalhador, podem ser classificados em: físicos, constituído por vibração, radiação ionizante e não-ionizante, entre outros; químicos, constituído por agentes ou substâncias químicas; biológicos, constituído pelos vírus, bactérias, entre outros parasitas; ergonômicos e psicossociais, decorrentes da organização e gestão do trabalho; mecânicos e de acidentes, relacionados à

proteção das máquinas, arranjo físico e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, entre outros, os quais podem levar a acidentes de trabalho. (BRASIL, 2001)

Embora a presença desses riscos nas oficinas tenha sido frequente e apresente repercussões à saúde dos trabalhadores, foi possível observar uma convivência naturalizada com os mesmos nos ambientes de trabalho e no desempenho de suas atividades, associada a não utilização de equipamentos de proteção individual.

Ao acompanhar as atividades dos trabalhadores foi possível observar a manipulação de produtos que podem penetrar no organismo do trabalhador pela via respiratória ou pela pele. Os trabalhadores costumam fazer a limpeza de peças, através da sua imersão em recipientes contendo produtos químicos e, em seguida, passam pedaços de pano ou estopas tanto nas peças quanto em suas mãos, ocorrendo o contato direto com os produtos utilizados. Também foi frequente a manipulação direta e corriqueira de diversos produtos, como querosene, graxa, gasolina, solventes orgânicos, óleos lubrificantes, cola, massa de poliéster, tinta, dentre outros, sem o uso de equipamentos de proteção. Adicionalmente, foi possível observar a possibilidade constante de inalação de fumaça e gases tóxicos, monóxido de carbono, vapores, micropartículas e névoas geradas pela gasolina, solventes, querosene, dentre outros produtos químicos.

Um estudo de coorte realizado com mecânicos nos Estados Unidos identificou a utilização regular de gasolina para limpar peças e lavar as mãos, e alguns ocasionalmente “sifavam” gasolina pela boca, cujo benzeno, causa reconhecida de câncer hematológico, se constitui um componente da gasolina. Seus resultados indicam que os mecânicos podem apresentar risco para o desenvolvimento de leucemia e outros cânceres hematológicos, presumivelmente devido à exposição à gasolina, devendo ser prioritária a redução dos riscos em seus locais de trabalho. (HUNTING, 1995)

Os trabalhadores deste estudo destacam ainda que seus locais e atividades de trabalho não apresentam perigo para sua saúde, considerando acidentes e lesões como situações corriqueiras e normais.

“Aqui não tem nada que possa provocar nenhum tipo de acidente, nem que leve perigo não.” (Janderson, pintor, 26 anos – Entrevista)

“A gente está lixando um negócio, se arranha, não vai dizer que isso é acidente. Só coisas leves.” (João, pintor, 67 anos – Entrevista)

“Só alguns cortes básicos, as tatuagens do corpo” (Leonardo, mecânico, 50 anos – Diário de campo)

Os relatos desses trabalhadores encontram-se em concordância com o exposto por trabalhadores informais da construção civil, os quais percebem o risco de acidente no trabalho

como intrínseco à ocupação, o que leva a uma naturalização dos mesmos. O acidente, para ser considerado “grave”, tem que impedir o trabalhador de continuar desempenhando sua atividade. (IRIART et al., 2008)

Embora os trabalhadores aceitem, naturalizem ou até mesmo não reconheçam os riscos envolvidos em seu trabalho, diversos aspectos observados nessas oficinas colocam o trabalhador em situação de vulnerabilidade e podem afetar sua integridade, bem-estar físico e psíquico. A nocividade ou perigo nos processos de trabalho pode estar relacionada aos objetos de trabalho; aos meios de trabalho e/ou ambientes de trabalho inadequados, desconfortáveis, nocivos ou perigosos; e às condições de trabalho com destaque para os fatores sociotécnicos e organizacionais. (MENDES, 2013)

A pobreza, por sua vez, presente na vida de grande parte dos trabalhadores brasileiros, inclusive destes das oficinas automotivas do presente estudo, cria um cenário de vulnerabilidade social, no qual o indivíduo fica mais propenso a adoecer ou sofrer um acidente de trabalho, pois ocorre uma naturalização ou aceitação do risco. Dessa forma, enfrentar as questões políticas relacionadas com os processos de saúde/doença e melhorar as condições de trabalho são ações fundamentais para a promoção da saúde dos trabalhadores. (CARVALHO et al., 2017)

3.4 A ausência de articulação com a ESF do território

Embora as oficinas de reparação automotiva inseridas no território de atuação e de responsabilidade sanitária da ESF apresentem condições precárias, envolvendo processos e relações de trabalho, a USF ainda não consegue se articular com toda essa precariedade.

Estes ambientes de trabalho, assim como seus trabalhadores e suas condições de trabalho ainda não correspondem a prioridades de intervenção por parte das equipes de saúde da família, as quais perpassam por esses locais rotineiramente e não conseguem identificar as necessidades de saúde emergentes do território produtivo. Durante as visitas às oficinas automotivas, os ACS demonstraram reconhecer o quantitativo em suas microáreas e em áreas vizinhas, porém relataram nunca terem entrado nesses ambientes de trabalho, demonstrando surpresa em relação às condições de trabalho e à ausência de cuidado à saúde desses trabalhadores, conforme relato de Edilson (41 anos) “Nossa, tem mais de 10 anos que esse trabalhador não vai ao médico!”.

A ampliação do olhar sobre o território corresponde, portanto, a uma estratégia para a superação dos limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional, o fortalecimento do vínculo dos profissionais e do sistema de saúde com o lugar, assim como

a adequação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico. (SANTOS; RIGOTTO, 2011) Nesse sentido, os ACS desempenham papel fundamental na produção do cuidado à saúde desses trabalhadores e para a incorporação efetiva do processo de Vigilância à Saúde do Trabalhador, necessitando serem capacitados e sensibilizados para potencializar seu olhar e identificação de situações no território. (LACERDA E SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011)

Por outro lado, os trabalhadores dessas oficinas também não significam a USF de seu território como protetora de suas condições de trabalho e de sua saúde, embora familiares frequentemente ou sejam visitados por profissionais da USF. Muitos costumam recorrer aos serviços de emergência ou ao setor privado de saúde quando identificam alguma necessidade de cuidado imediato.

“Faço particular. É muita dificuldade para marcar, quando chego lá (USF) é tempo demais, perco meu dia de trabalho.” (Gilson, mecânico, 32 anos – Diário de campo)

“Nunca tem vaga lá em cima (USF). Meu problema é tempo, fico perdendo cliente aqui”. (Samuel, mecânico, 48 anos – Diário de campo)

“Só quando a coluna ataca que vou na emergência. Minha esposa vai (USF) com frequência, não pode ver um cabelo cair que vai no médico.” (Valmir, chapista, 42 anos – Diário de campo)

A barreira temporal apresenta forte influência na ausência de procura dos homens pelos serviços de saúde, uma vez que o horário de funcionamento dos serviços coincide com sua carga horária de trabalho. (BRASIL, 2008) Para os trabalhadores informais o tempo é apontado como um recurso escasso, havendo uma demanda por atendimentos mais rápidos, ágeis e resolutivos, sendo comum a associação com o setor privado, mesmo com sacrifício, para atender as suas necessidades em período de tempo mais plausível com suas possibilidades de afastamento. (BALISTA, 2013)

Adicionalmente, o reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. Portanto, é necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis, através da adoção de medidas de prevenção primária (BRASIL, 2008), e da aproximação com o território e seus processos produtivos.

4. Conclusão

As informações apresentadas por este estudo evidenciam as condições de um trabalho tradicionalmente precário e que se degrada em função da precarização das relações de trabalho em oficinas de reparação automotiva inseridas no território de atuação da ESF. Estes trabalhadores apresentam vínculos precários e instáveis, demanda e ritmo de trabalho regulados pela pressão da clientela, baixa remuneração e proteção social, além de exposição a riscos ocupacionais e de acidentes, sendo alguns deles potencialmente fatais. Tais características são responsáveis pela transformação do trabalho em um gerador de desigualdade em saúde, demonstrando a necessidade de adoção de medidas na esfera da proteção à saúde desses trabalhadores, com ênfase na vigilância, com o objetivo de promover uma atenção integral.

A diminuição das iniquidades no âmbito da saúde do trabalhador no SUS encontra-se atrelada à necessidade de ações que considerem as especificidades desses trabalhadores, de seu processo de trabalho e de sua inserção no mercado de trabalho na condição de não assalariados e socialmente vulneráveis. É neste contexto que as atribuições da AB ganham relevância. A ampliação do olhar das equipes de saúde da família sobre os territórios de sua responsabilidade sanitária permite a identificação dos trabalhadores e dos processos de trabalho desenvolvidos, incluindo o trabalho informal e em condições precárias, perigosas e/ou insalubres. Esse reconhecimento inicial, por sua vez, possibilita a organização de ações de atenção à saúde desses trabalhadores, potencializando a proteção à saúde oferecida pelo SUS.

Dessa forma, este estudo contribuiu para compreender que as condições de trabalho e de saúde desses trabalhadores demandam atenção, e que embora estejam formalmente inseridas nas políticas de saúde, são invisibilizadas, uma vez que o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença ainda não foi incorporado de forma efetiva pela AB. Estes aspectos se articulam com o caráter de atenção integral proposto pelo SUS e recomendado pela OMS, incluindo a assistência integral à saúde dos trabalhadores. Estes, por sua vez, permanecem expostos a um contexto e relações de trabalho precárias, encontrando-se vulneráveis ao adoecimento e a acidentes, e não apresentam um vínculo de cuidado com a USF do território.

Trata-se de uma aproximação inicial da realidade de trabalho e de saúde desses trabalhadores, com a expectativa de dar visibilidade social e sanitária a esta problemática, sendo necessária a realização de mais investigações que busquem apoiar o desenvolvimento

de políticas específicas de proteção à saúde do trabalhador informal e não assalariado, considerando sua inserção no território da ESF.

Apresenta como limitações o envolvimento reduzido de profissionais da USF nas visitas às oficinas, as quais estiveram restritas à presença de alguns ACS, além da ausência de desdobramentos e articulações de cuidado mais efetivos, considerando a proporção entre o volume de trabalhadores e o período de imersão no campo de pesquisa. Entretanto, tais aspectos poderão ser aprofundados durante o desenvolvimento do projeto de pesquisa-intervenção ao qual este trabalho encontra-se vinculado, e que se propõe a realizar a integração de práticas de saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família do município.

5. Referências Bibliográficas

- ABRAHÃO, JI. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da Ergonomia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.16, n.1, p.49-54, jun./abr., 2000.
- ALVES, M. A; TAVARES, M. A. A dupla face da informalidade do trabalho: “autonomia” ou precarização. In: Ricardo Antunes (org). *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil*. São Paulo, SP. Boitempo, 2006.
- ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- AMORIM RGG; CAVALCANTE AFL; PEREIRA SPA. Análise do ruído em oficinas mecânicas de Luziânia-Goiás. *Revisa*, v.1, n.1, p.48-55, 2012.
- AZEVEDO, BM. Regulação no trabalho e processos decisórios na atividade de Promotores de Justiça em Santa Catarina, 2010. 296 f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/Bahia. Eliane Cardoso Sales e Joselita Cássia Lopes Ramos. Sesab/Suvisa/Divast/Cesat - Salvador: Divast, 2014.
- BINDER MCP et al. Condições de Trabalho em Oficinas de Reparação de Veículos Automotores de Botucatu (São Paulo): Nota Prévia. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.10, n.2, p.67-79, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CARVALHO, LVB et al. Exposição ocupacional a substâncias químicas, fatores socioeconômicos e Saúde do Trabalhador: uma visão integrada. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.41, n. especial, p.313-326, jun. 2017.
- DEJOURS C. A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.
- GUÉRIN, F. et al. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher LTDA, 2001.

GUIJARRO MC; ÁVALOS VA; RAZZA BM. O mecânico de automóveis e seu ambiente de trabalho. *INGEPRO – Inovação, Gestão e Produção*, v.2, n.5, p.72-79, 2010.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v.37, n.132, p.595-609, set./dez. 2007.

HOEFEL MG; DIAS EC; SILVA JM. A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

HUNTING KL. et al. Haematopoietic cancer mortality among vehicle mechanics. *Occupational and Environmental Medicine*, v.52, p. 673-678, 1995.

IRIART, JAB et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.165-174, 2008.

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*, v.15, n.38, p.859-70, jul/set. 2011.

LACERDA E SILVA T. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. *Interface, Botucatu*, v.18, n.49, p.273-87, 2014.

LÓPEZ-ARQUILLOS A; RUBIO-ROMERO JC. Analysis of Workplace Accidents in Automotive Repair Workshops in Spain. *Safety and Health at Work*, v.7, p.231-236, 2016.

MARX, K. O Capital: Crítica da Economia Política. Livro 1: O processo de produção do capital. São Paulo: Nova Cultural Ltda, v.1, 1996.

MENDES, R. Patologia do trabalho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo(SP): Hucitec, 2014.

PENA PGL; MINAYO-GOMEZ C. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.2, p.371-383, 2010.

PENA PGL; MARTINS V; REGO RF. Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v.38, n.127, p.57-68, 2013.

PENA PGL; MINAYO-GOMEZ C. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.12, p.4689-4698, 2014.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Plano Municipal de Saúde. 2014-2017. Salvador, 2014.

SANTOS AL; RIGOTTO RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab educ saúde, CIDADE*, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010-2011.

SMITH SM. Occupational Injuries, Illnesses, and Fatalities to Automotive Service Technicians and Mechanics, 2003 to 2005. Bureau of Labor Statistics, 2007. [Internet] [citado 23 de março de 2017]. Disponível em: <http://www.bls.gov/opub/mlr/cwc/occupational-injuries-illnesses-and-fatalities-to-automotive-service-technicians-and-mechanics-2003-to-2005.pdf>

STAMATO C. et al. Diagnose ergonômica: levantamento dos constrangimentos posturais em uma oficina mecânica. *Cadernos UniFOA Especial Design, Volta Redonda*, v.2, p.47-65, 2015.

WISNER, A. Por dentro do trabalho. *Ergonomia: método & técnica*. São Paulo: Oboré, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Workers' health: global plan action 2008-2017. In: Sixtieth World Health Assembly [evento na Internet]. 2007 mai 23, Genebra: Suíça [acesso em 04 maio 2018]. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/pnsst/2007-WHO-Global-Plan-of-action.pdf>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações apresentadas por este estudo evidenciam a presença de necessidades e demandas de saúde dos trabalhadores de oficinas automotivas, em meio a condições de um trabalho tradicionalmente precário, e que se degrada em função da precarização das relações de trabalho. Estes trabalhadores apresentam vínculos precários e instáveis, demanda e ritmo de trabalho regulados pela pressão da clientela, baixa remuneração e proteção social, além de exposição a riscos ocupacionais e de acidentes, sendo alguns deles potencialmente fatais. Tais características são responsáveis pela transformação do trabalho em um gerador de desigualdade em saúde, demonstrando a necessidade de adoção de medidas na esfera da proteção à saúde desses trabalhadores, com ênfase na vigilância, com o objetivo de promover uma atenção integral.

Nesse sentido, a implantação de medidas que promovam uma atenção integral à saúde dos trabalhadores do território da ESF são necessárias e devem envolver a execução de ações da VISAT pautadas nas diretrizes da PNSST, de forma a proporcionar uma atenção à saúde integral e um cuidado longitudinal. A diminuição das iniquidades no âmbito da saúde do trabalhador no SUS encontra-se atrelada à necessidade de ações que considerem as especificidades desses trabalhadores, de seu processo de trabalho e de sua inserção no mercado de trabalho na condição de não assalariados e socialmente vulneráveis. É neste contexto que as atribuições da AB ganham relevância.

A ampliação do olhar das equipes de saúde da família sobre os territórios de sua responsabilidade sanitária permite a identificação dos trabalhadores e dos processos de trabalho desenvolvidos, incluindo o trabalho informal e em condições precárias, perigosas e/ou insalubres. Esse reconhecimento inicial permite a organização de ações de atenção à saúde desses trabalhadores, potencializando a proteção à saúde oferecida pelo SUS, e possibilitando monitorar de maneira mais próxima o processo de autogestão do cuidado à saúde desses trabalhadores, cuja vigilância periódica pode auxiliar no diagnóstico e tratamento precoce, e controle da evolução da gravidade de enfermidades.

Da mesma forma, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde que visem a sensibilização dos trabalhadores sobre a importância da adoção de medidas e ações preventivas na rotina de trabalho também são relevantes, considerando a inexistência de um empregador e de relações formais de trabalho, e descaracterizando a aplicação de ações coercitivas e punitivas comuns ao modelo assalariado. Tais medidas são necessárias para a melhoria das condições de trabalho e minimização dos riscos à saúde desses trabalhadores, as

quais podem ser potencializadas através da disponibilização de equipamentos de proteção individual pelo SUS, uma vez que os trabalhadores dispõem de recursos financeiros escassos.

No entanto, é importante destacar que o campo da saúde do trabalhador ainda é pouco discutido, percebido e priorizado no âmbito das ações cotidianas das equipes de saúde, deixando margem para a invisibilidade dos problemas de saúde e agravamento dos mesmos. Dessa forma, devem ser estimuladas propostas de sensibilização dos profissionais para a temática de ST, assim como reflexões acerca das melhores estratégias a serem adotadas para organização do acesso aos serviços e assistência preventiva e contínua à saúde desses trabalhadores, sem deixar de considerar as características e atribuições da SF de forma a evitar sobrecargas aos profissionais. Vale ressaltar, que para que haja uma coordenação do cuidado efetiva desses trabalhadores pela atenção básica, faz-se necessário o fortalecimento das redes de articulação intersetoriais, com a participação ativa do CEREST e a organização de fluxos de cuidado e de referência e contra referência.

Este trabalho contribuiu para compreender que as condições de trabalho e de saúde desses trabalhadores demandam atenção, e que embora estejam formalmente inseridas nas políticas de saúde, são invisibilizadas, uma vez que o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença ainda não foi incorporado de forma efetiva pela AB. Estes aspectos se articulam com o caráter de atenção integral proposto pelo SUS e recomendado pela OMS, incluindo a assistência integral à saúde dos trabalhadores. Estes, por sua vez, permanecem expostos a um contexto e relações de trabalho precárias, encontrando-se vulneráveis ao adoecimento e a acidentes, e não apresentam um vínculo de cuidado com a USF do território.

Refere-se a uma aproximação inicial da realidade de trabalho e de saúde desses trabalhadores, com a expectativa de dar visibilidade social e sanitária a esta problemática, sendo necessária a realização de mais investigações que busquem apoiar o desenvolvimento de políticas específicas de proteção à saúde do trabalhador informal e não assalariado, considerando sua inserção no território da ESF.

Apresenta como limitações o envolvimento limitado de profissionais da USF nas visitas às oficinas, as quais estiveram restritas à presença de alguns ACS, além da ausência de desdobramentos e articulações de cuidado mais efetivos, considerando a proporção entre o volume de trabalhadores e o período de imersão no campo de pesquisa. Entretanto, tais aspectos poderão ser aprofundados durante o desenvolvimento do projeto de pesquisa-intervenção ao qual este trabalho encontra-se vinculado, e que se propõe a realizar a integração de práticas de saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família do município.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, JI. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da Ergonomia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.16, n.1, p.49-54, jun./abr., 2000.

ALVES, M. A; TAVARES, M. A. A dupla face da informalidade do trabalho: “autonomia” ou precarização. In: Ricardo Antunes (org). *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil*. São Paulo, SP. Boitempo, 2006.

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

AMORIM RGG; CAVALCANTE AFL; PEREIRA SPA. Análise do ruído em oficinas mecânicas de Luziânia-Goiás. *Revisa*, v.1, n.1, p.48-55, 2012.

ASMUS CIRF et al. Riscos ocupacionais na infância e na adolescência: uma revisão. *Jornal de Pediatria*, v. 72, n. 4, 1996.

AZEVEDO, BM. Regulação no trabalho e processos decisórios na atividade de Promotores de Justiça em Santa Catarina, 2010. 296 f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/Bahia. Eliane Cardoso Sales e Joselita Cássia Lopes Ramos. Sesab/Suvisa/Divast/Cesat - Salvador: Divast, 2014.

BALISTA SRR. Atenção em saúde para trabalhadores informais no SUS Campinas. 2013. 234 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

BINDER MCP et al. Condições de Trabalho em Oficinas de Reparação de Veículos Automotores de Botucatu (São Paulo): Nota Prévia. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.10, n.2, p.67-79, 2001.

BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, LVB et al. Exposição ocupacional a substâncias químicas, fatores socioeconômicos e Saúde do Trabalhador: uma visão integrada. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.41, n. especial, p.313-326, jun. 2017.

CZERESNIA, D; MACIEL, EMGS; OVIEDO, RAM. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DEJOURS C. A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DIAS EC; HOEFEL MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.4, p.817-828, 2005.

DIAS EC et al. Employment conditions and health inequities: a case study of Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.2452-2460, dez, 2011.

DIAS EC; LACERDA E SILVA T; ALMEIDA MHC. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012.

DIAS EC; LACERDA E SILVA T. Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

EISENBERG L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. Culture, Medicine and Psychiatry, v. 1, p. 09-23, 1977.

FREITAS, MCS. Agonia da fome [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2003.

GERHARDT TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 2449-63, 2006.

GIOVANELLA L et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saude Publica, v.23, n.3, p.565-574, 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, EF.; REBELLO, LEFS. As Representações da Masculinidade e o ser homem. In: *Fazendo Gênero - Corpo, Violência e Poder*, 8, 2008, Florianópolis: UFSC, 2008.

GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher LTDA, 2001.

GUIJARRO MC; ÁVALOS VA; RAZZA BM. O mecânico de automóveis e seu ambiente de trabalho. *INGEPRO – Inovação, Gestão e Produção*, v.2, n.5, p.72-79, 2010.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v.37, n.132, p.595-609, set./dez. 2007.

HOEFEL MG; DIAS EC; SILVA JM. A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

HUNTING KL. et al. Haematopoietic cancer mortality among vehicle mechanics. *Occupational and Environmental Medicine*, v.52, p. 673-678, 1995.

IRIART, JAB et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.165-174, 2008.

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*, v.15, n.38, p.859-70, jul/set. 2011.

LACERDA E SILVA T. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. *Interface, Botucatu*, v.18, n.49, p.273-87, 2014.

LOCKE EA. What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, v. 4, n. 4, p. 309-336, 1969.

LÓPEZ-ARQUILLOS A; RUBIO-ROMERO JC. Analysis of Workplace Accidents in Automotive Repair Workshops in Spain. *Safety and Health at Work*, v.7, p.231-236, 2016.

MARX, K. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Livro 1: O processo de produção do capital. São Paulo: Nova Cultural Ltda, v.1, 1996.

MENDES, R. *Patologia do trabalho*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.

MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo(SP): Hucitec, 2014.

MINAYO MCS; DESLANDES SF; GOMES R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34ª ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MINAYO MCS; GUERRIERO ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.4, p.1103-1112, 2004.

MINAYO-GOMEZ C; MACHADO JMH; PENA PGL. Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MONKEN M; BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 3, p. 898–906, 2005.

NASCIMENTO, E.F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.1556-1564, 2008.

OLIVEIRA, RC. O Trabalho do Antropólogo. Brasília/ São Paulo: Paralelo Quinze/Editora da Unesp, 1998.

PENA PGL; FREITAS MCS; CARDIM A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de marisqueiras na Ilha de Maré, Bahia. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 8, p. 3383-3392, 2011.

PENA PGL; MARTINS V; REGO RF. Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, v.38, n.127, p.57-68, 2013.

PENA PGL; MINAYO-GOMEZ C. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.2, p.371-383, 2010.

PENA PGL; MINAYO-GOMEZ C. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do trabalhador. Ciência & Saúde Coletiva, v.19, n.12, p.4689-4698, 2014.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Plano Municipal de Saúde. 2014-2017. Salvador, 2014.

SANTOS AL; RIGOTTO RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab educ saúde, CIDADE, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010-2011.

SMITH SM. Occupational Injuries, Illnesses, and Fatalities to Automotive Service Technicians and Mechanics, 2003 to 2005. Bureau of Labor Statistics, 2007. [Internet] [citado 23 de março de 2017]. Disponível em: <http://www.bls.gov/opub/mlr/cwc/occupational-injuries-illnesses-and-fatalities-to-automotive-service-technicians-and-mechanics-2003-to-2005.pdf>

SOUZA J. Os batalhadores brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora? 2. ed rev. e ampl. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

STAMATO C. et al. Diagnose ergonômica: levantamento dos constrangimentos posturais em uma oficina mecânica. Cadernos UniFOA Especial Design, Volta Redonda, v.2, p.47-65, 2015.

THERRIEN J; CARVALHO ADF. O professor no Trabalho: Epistemologia da Prática e Ação/Cognição Situada- Elementos para Análise da Práxis Pedagógica. Revista Brasileira de Formação de Professores, v.1, p.129-147, 2009.

TURATO ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

WISNER, A. Por dentro do trabalho. Ergonomia: método & técnica. São Paulo: Oboré, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Workers' health: global plan action 2008-2017. In: Sixtieth World Health Assembly [evento na Internet]. 2007 mai 23, Genebra: Suíça [acesso em 04 maio 2018]. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/pnsst/2007-WHO-Global-Plan-of-action.pdf>

8. APÊNDICES

8.1 Apêndice A – Roteiro de entrevista semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data: _____ Início: _____ h Término: _____ h N° da entrevista: _____

Identificação

Data de Nascimento: _____ Sexo: () F () M
 Raça/cor: _____ Estado civil: _____
 Escolaridade: _____ Local de Moradia: _____

Aspectos do Trabalho

Local(is) de Trabalho: _____
 Tempo de experiência: _____ Carga horária diária/semanal: _____
 Tempo de serviço no atual local de trabalho: _____
 Vínculo: () Carteira assinada () Autônomo () Divisão de custos/lucros
 Quantitativo de profissionais na empresa/função: _____
 Grau de parentesco entre os funcionários? Qual?
 Serviços que o trabalhador realiza:
 Serviços oferecidos pela oficina:
 Dias/Horário de funcionamento: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

Trabalho

1. Como iniciou sua experiência com reparação de veículos?
2. Fale sobre suas atividades no trabalho e como você as organiza.
3. O que você acha do seu trabalho?
4. A quantidade de serviços que você realiza interfere no seu salário?
5. Você costuma realizar pausas entre as atividades de trabalho? Como faz? (Alimentação, descanso...)
6. Conte como é a sua relação com seus colegas de trabalho.
7. Conte como é a sua relação com os clientes que procuram a oficina.
8. Como você planeja sua aposentadoria?
9. Com que frequência você tira férias?

Trabalho-Saúde

10. O que você pensa sobre a sua saúde?
11. Apresenta algum problema de saúde? Repercute em sua vida?
12. O que você acha sobre o seu ambiente de trabalho?
13. Você acha que seu trabalho/local de trabalho apresenta algum tipo de perigo? Qual(is)?

14. Como você percebe suas condições físicas e mentais após um dia e/ou semana de trabalho?
15. Você considera alguma atividade do seu trabalho cansativa? Qual(is) e por que?
16. Já ocorreu algum acidente no seu local de trabalho? Como foi?
17. Você utiliza algum equipamento de proteção no seu trabalho? Qual(is)? Em quais situações?
18. Você já precisou ficar afastado do trabalho por algum problema de saúde? Como foi? Como ficou seu salário e sua relação com a empresa?
19. Quando apresenta algum problema de saúde, você costuma procurar atendimento? Onde? Já foi encaminhado para o INSS? Caso afirmativo, explique a experiência.
20. Com que frequência você realiza exames de rotina? Quando foi a última vez?
21. Que tipo de assistência à saúde você utiliza? Explique. (SUS, plano de saúde, particular...)
22. Você já procurou algum tipo de informação/atendimento na unidade de saúde da Federação? Se sim, em qual situação e como foi? Se não, por que?
23. Se já foi atendido na unidade de saúde da Federação, os profissionais perguntaram sobre sua atividade de trabalho? Fale sobre isso.
24. Algum profissional de saúde já visitou seu local de trabalho? Como foi?
25. Algum profissional de saúde já visitou sua casa? Como foi?

8.2 Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Título da pesquisa: Saúde do trabalhador na Atenção Básica: Especificidades, necessidades e demandas em saúde de trabalhadores do território

Nome da pesquisadora participante: Vanessa Salgado Silva

Nome do pesquisador responsável/orientador: Paulo Gilvane Lopes Pena

Instituição responsável: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia – Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PPGSAT.

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “Saúde do trabalhador na Atenção Básica: Especificidades, necessidades e demandas em saúde de trabalhadores do território”. De forma sucinta, esse estudo busca compreender como seu trabalho é desenvolvido nas oficinas de reparação de veículos automotores; conhecer possíveis riscos à saúde relacionados a seu trabalho, suas necessidades de saúde e como se dá o seu cuidado, bem como sua relação com a Unidade de Saúde da Família do território. Até o presente momento, foram encontrados na literatura nacional, poucos estudos referentes a trabalhadores de oficinas de reparação de veículos e sua relação com a saúde. Dessa forma, a sua participação pode nos ajudar a contribuir com a prática científica e posterior acumulação de conhecimento nessa área.

Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre seu trabalho e as atividades que desenvolve; conhecer as características técnicas, de organização e de relações no seu ambiente de trabalho; compreender suas necessidades de saúde, a relação com seu trabalho, e como se dá o processo de cuidado. Essa entrevista poderá durar entre 30 minutos e 1 hora. A observação do seu trabalho e o acompanhamento de algumas atividades de sua rotina será muito importante para nós, e complementa o seu relato. Essas observações serão anotadas em um caderno, como também poderão ser registradas imagens durante o seu trabalho, que servirão para maior compreensão do seu trabalho, porém isso só ocorrerá se você me autorizar. Não está prevista a divulgação dessas imagens, e caso venham a serem divulgadas será pedida uma outra autorização assinada por você.

O melhor momento para a entrevista será definido por você, e realizado em um local reservado, apenas com a sua presença e o membro da equipe da pesquisa que lhe fará as perguntas, sem necessidade de deslocamento externo ao seu ambiente de trabalho. Todas as informações que você prestar serão guardadas e estarão protegidas. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Caso você permita, o áudio das suas respostas será gravado, e seu nome não será identificado. O áudio não será divulgado e suas respostas serão digitadas, sem identificação, e estarão disponíveis para você a qualquer momento. Sua identidade será preservada, e seu nome será substituído por outro, fictício, assim como não será identificado o nome da empresa na qual trabalha.

Informamos que não serão oferecidos nem realizados pagamentos para você participar da pesquisa e responder às perguntas.

Sua participação pode ajudar a compreender as especificidades técnicas, de organização, de condições e relações de trabalho, assim como reconhecer as necessidades e demandas de saúde dos trabalhadores de oficinas de reparação de veículos automotores.

Conhecer esses aspectos possibilitará o melhor entendimento dos problemas vivenciados por você no seu ambiente de trabalho, e a reflexão de como a presença de processos produtivos de oficinas mecânicas no território da Estratégia de Saúde da Família podem produzir demandas para as equipes de saúde. Serão fornecidas orientações de medidas que visem a eliminação e/ou minimização de riscos ocupacionais, buscando a prevenção de danos à sua saúde em seu ambiente de trabalho. Também serão orientados exercícios para melhora da mobilidade corporal e redução de possíveis sintomas de dor, fornecidos pela fisioterapeuta pesquisadora. Será estimulado o debate com a Unidade de Saúde localizada no seu território de trabalho, na tentativa de articulação com o serviço de saúde e facilitação no acesso à assistência.

Existe a possibilidade de você se sentir desconfortável, cansado ou constrangido ao responder às perguntas dessa pesquisa. Caso isso ocorra e você avalie necessário, você pode pedir um tempo, deixar de responder qualquer pergunta ou desistir de vez de participar da pesquisa, sem precisar dizer o motivo da desistência e sem prejuízo para seu trabalho, sua vida profissional ou pessoal. Reiteramos que você tem a liberdade de recusar a sua participação nessa pesquisa ou até mesmo de retirar seu consentimento em qualquer fase dessa pesquisa, sem a existência de penalizações ou prejuízo à continuidade desta investigação e benefícios agregados a mesma.

Os resultados deste estudo serão publicados na forma de artigos científicos, em periódicos e revistas científicas, além de serem apresentados para a comunidade estudada, para a Secretaria Municipal de Saúde, e para os profissionais das equipes de saúde do território, com o objetivo de promover o diálogo referente ao cuidado à saúde dos trabalhadores inseridos no território de atuação das equipes de saúde da família. O pesquisador e demais participantes da equipe de pesquisa se comprometem a manter o sigilo dos dados manipulados durante a execução do projeto e utilizá-los com fins estritamente científicos. Os arquivos serão mantidos em arquivo com tranca e bancos de dados com senha, por um período de 5 anos após o encerramento do estudo, e em seguida serão excluídos definitivamente e incinerados.

O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia (CEP-FMB/UFBA). Se você tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre o CEP-FMB/UFBA e essa pesquisa, pode entrar em contato no telefone: (71) 3283-5564, e-mail: cepfmb@ufba.br, ou endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Centro Histórico, CEP 40.026-010, Salvador, Bahia. Qualquer dúvida ou problema que você apresente sobre a pesquisa, você também pode conversar com a pesquisadora direta para esclarecimentos, ou entrar em contato com o pesquisador responsável, Paulo Gilvane Lopes Pena, ou pesquisadora assistente, Vanessa Salgado Silva, no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT), telefone: (71) 3286-5574, e-mail: pena@ufba.br ou vanessa.salgado@ufba.br, no endereço: Faculdade de Medicina da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Pelourinho, Centro Histórico de Salvador.

Se você concorda em participar dessa pesquisa, se todas as dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora direta, 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 entrevistador. Desde já, agradecemos a sua participação.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Salvador, _____ de _____ de _____

8.3 Apêndice C

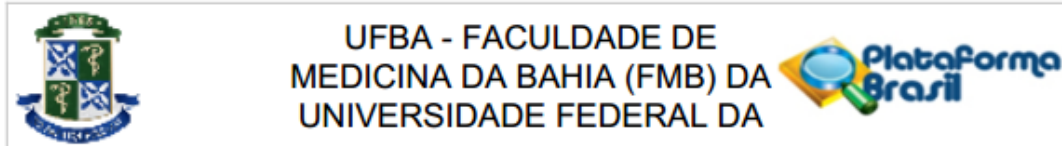
Quadro 1. Perigos, riscos e repercussões à saúde dos trabalhadores das oficinas automotivas de acordo com o tipo de serviço

Tipo de Serviço	Identificação de perigos e riscos					Repercussões à saúde
	Físico	Químico	Biológico	Ergonômico	Acidentes	
Pintura	Ruídos oriundos dos compressores de ar; vibrações pelo manuseio de lixadeiras; exposição ao calor solar e umidade da oficina.	Exposição a poeiras, névoas de tinta (isocianato), gases, vapores, solventes orgânicos, vernizes, resinas (poliéster e poliuretana), catalisadores, massa plástica, massa para polimento, agentes antioxidantes.	Infecções por microorganismos decorrente de más condições do ambiente de trabalho.	Esforço físico intenso decorrente do lixamento manual da massa, repetitividade, posturas inadequadas de trabalho, ausência de pausas, sobrecarga em membros superiores, ritmo excessivo de trabalho.	Arranjos físicos inadequados, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas ou defeituosas, iluminação inadequada, eletricidade, probabilidade de incêndio ou explosão pelo manuseio de produtos inflamáveis; quedas e/ou projeção de peças e partículas sobre o corpo.	Afecções musculoesqueléticas, doenças do aparelho respiratório (intoxicações, asma ocupacional, bronquite), afecções dermatológicas (dermatites, dermatoses, irritações, alergias), fadiga muscular, estresse, cefaleias, tonturas, náuseas, irritações oculares, afecções neurológicas, perdas auditivas induzidas pelo ruído.
Chaparia	Vibrações pelo manuseio de “máquinas de tirar mossas”; radiações não ionizantes (soldaduras); ruídos decorrentes de soldaduras e lixadeiras; exposição ao calor solar e umidade da oficina.	Exposição a poeiras, gases, fumos metálicos e vapores de solda oxi-acetilênica de metais, plásticos e borrachas.	Infecção por tétano decorrente de ferimentos no manuseio de ferrugens, e outras infecções por microorganismos decorrente de más condições do ambiente de trabalho.	Posturas inadequadas de trabalho, ausência de pausas, sobrecarga em membros superiores.	Arranjos físicos inadequados; manuseio de máquinas e equipamentos sem proteção; ferramentas inadequadas ou defeituosas; probabilidade de incêndio ou explosão pelo manuseio combinado de oxigênio, acetileno e chamas do maçarico; quedas e/ou projeção sobre o corpo de peças e partículas incandescentes, metal fundido e limalhas de ferrugens resultantes da soldadura; manuseio inadequado do maçarico.	Ferimentos, escoriações, cortes, lesões oculares (projeção de partículas), afecções dermatológicas, queimaduras, perdas auditivas induzidas pelo ruído, intoxicações e doenças do aparelho respiratório.

Mecânica	Ruídos oriundos dos motores; exposição ao calor solar e umidade da oficina.	Graxa, óleos, combustíveis, solventes, lubrificantes, querosene, exposição a poeira, fumos e gases.	Infecção por tétano decorrente de ferimentos no manuseio de ferrugens, e outras infecções por microorganismos decorrente de más condições do ambiente de trabalho.	Levantamento manual de carga, posturas inadequadas de trabalho, ausência de pausas, períodos prolongados em ortostase, sobrecarga em membros superiores e coluna, ritmo excessivo de trabalho.	Arranjos físicos inadequados com ferramentas espalhadas pelo chão; manuseio de máquinas e equipamentos sem proteção; ferramentas inadequadas ou defeituosas; iluminação inadequada; eletricidade; probabilidade de incêndio ou explosão; quedas e/ou projeção de peças e partículas sobre o corpo.	Quedas, ferimentos, escoriações, cortes, lacerações, lesões oculares (projeção de partículas), lesões musculoesqueléticas, afecções dermatológicas, queimaduras, perdas auditivas induzidas pelo ruído, doenças do aparelho respiratório, cefaleia.
Elétrica	Ruídos oriundos dos motores; exposição ao calor solar e umidade da oficina.	Graxa, óleos, combustíveis, solventes, lubrificantes, querosene, exposição a poeira, fumos e gases.	Infecção por tétano decorrente de ferimentos no manuseio de ferrugens, e outras infecções por microorganismos decorrente de más condições do ambiente de trabalho.	Levantamento manual de carga, posturas inadequadas de trabalho, ausência de pausas, períodos prolongados em ortostase, sobrecarga em membros superiores e coluna, ritmo excessivo de trabalho.	Arranjos físicos inadequados com ferramentas espalhadas pelo chão; manuseio de máquinas e equipamentos sem proteção; ferramentas inadequadas ou defeituosas; iluminação inadequada; eletricidade; probabilidade de incêndio ou explosão; quedas e/ou projeção de peças e partículas sobre o corpo.	Quedas, ferimentos, escoriações, cortes, lacerações, lesões oculares (projeção de partículas), lesões musculoesqueléticas, afecções dermatológicas, choques elétricos, queimaduras, perdas auditivas induzidas pelo ruído, doenças do aparelho respiratório, cefaleia.
Capotaria	Exposição ao calor solar e umidade da oficina.	Graxa, lubrificantes, cola de sapateiro.	Infecção por tétano decorrente de ferimentos no manuseio de ferrugens, e outras infecções por microorganismos decorrente de más condições do ambiente de trabalho.	Levantamento manual de carga, posturas inadequadas de trabalho, períodos prolongados em sedestação (confecção de estofamentos com máquina de costura); ausência de pausas, sobrecarga em membros superiores, ritmo excessivo de trabalho.	Arranjos físicos inadequados com ferramentas espalhadas pelo chão; manuseio de máquinas e equipamentos; sem proteção; ferramentas inadequadas ou defeituosas; iluminação inadequada; quedas e/ou projeção de peças e partículas sobre o corpo.	Quedas, ferimentos, escoriações, cortes, lacerações, afecções musculoesqueléticas e dermatológicas, doenças do aparelho respiratório, cefaleia.

9. ANEXOS

9.1 Anexo I – Parecer de aprovação do projeto pelo CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: ESPECIFICIDADES, NECESSIDADES E DEMANDAS EM SAÚDE DE TRABALHADORES DO

Pesquisador: Paulo Gilvane Lopes Pena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70300017.0.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

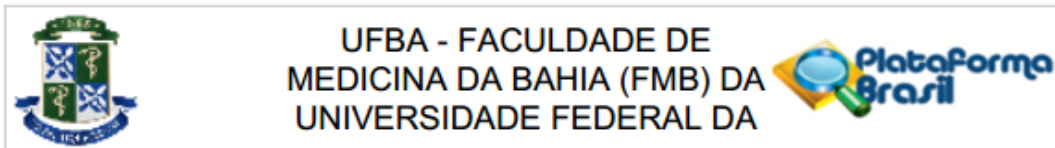
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.186.840

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa qualitativa descritiva sobre necessidades e demandas em saúde apresentadas por trabalhadores de oficinas de reparação de veículos automotores inseridos em um território da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Salvador, Bahia — neste caso, aquele que recobre o Distrito Sanitário Barra Rio-Vermelho, mais especificamente a parte relativa à Unidade Saúde da Família (USF) Federação — valendo-se de "aproximações etnográficas, utilizando elementos da etnometodologia e da análise ergonômica do trabalho, as quais privilegiam a ação situada em contextos organizacionais e buscam estudar os sujeitos em situações reais de atividade". Quanto à coleta de dados, a pesquisadora selecionará três oficinas no território supracitado, onde "serão realizadas observações participantes, diretas e sistemáticas, anotações em diário de campo, gravações de áudio, e se possível, registros fotográficos e em vídeos, mediante consentimento dos participantes", e em seguida realizará entrevista semiestruturada — que será também gravada — com pelo menos três trabalhadores de cada oficina selecionada, os quais não serão identificados. Os dados gravados serão transcritos e tratados a partir da Análise de Conteúdo — mais especificamente, a partir da modalidade de análise temática. Como desfecho da pesquisa, espera-se uma melhor compreensão das especificidades do trabalho realizado nas oficinas automotivas, mais especificamente no que tange às necessidades e demandas em saúde

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



Continuação do Parecer: 2.186.840

daqueles que aí trabalham, o que permitirá o avanço na assistência prestada a esses trabalhadores pela Unidade de Saúde do território no qual estão inseridos.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO:

"Compreender as necessidades e demandas de atenção à saúde de trabalhadores de oficinas de reparação de veículos automotores inseridos no território da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um distrito sanitário do município de Salvador - Bahia/Brasil."

SECUNDÁRIOS:

a) "Compreender as especificidades do trabalho, a organização e a dinâmica das atividades nas oficinas de reparação de veículos automotores do território da ESF;

b) Descrever as necessidades e demandas em saúde desses trabalhadores."

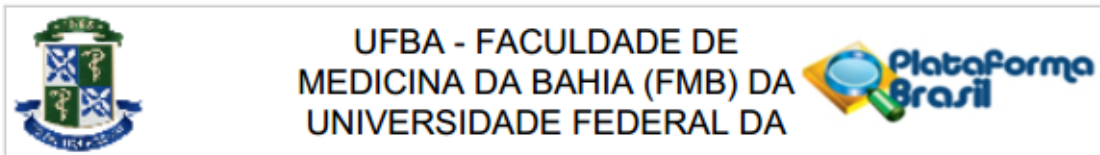
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

I - "possível produção de desconforto, cansaço ou constrangimentos ao responder às entrevistas. Diante deste risco, a pesquisadora lembra que "o participante poderá pedir um tempo, deixar de responder qualquer pergunta ou desistir de vez de participar da pesquisa, sem precisar explicitar o motivo da desistência e sem prejuízo para seu trabalho, sua vida profissional ou pessoal. O participante tem a liberdade de recusar a sua participação nessa pesquisa ou até mesmo de retirar seu consentimento em qualquer fase, sem a existência de penalização. As respostas serão confidenciais, com garantia de sigilo, o pesquisador garantirá privacidade para o participante responder ao questionário e o questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato. "

II - "devolução ou comunicação inapropriada dos resultados dos estudos, o que pode gerar situações de conflito ou abalar vínculos entre pessoas ou grupos na comunidade. Para minimização deste aspecto, a pesquisa e todas as suas etapas serão conduzidas por um investigador qualificado, que estará familiarizado e atento ao contexto da pesquisa, às peculiaridades dos participantes, do ambiente de trabalho, e da comunidade, buscando o momento, a forma, a condição e o local mais adequados para que os resultados e esclarecimentos sejam efetuados."

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



Continuação do Parecer: 2.186.840

BENEFÍCIOS:

"a produção de conhecimento acerca da dinâmica de trabalho, dos riscos ocupacionais e da situação de saúde de trabalhadores de oficinas de reparação de veículos automotores, ramo pouco estudado pela literatura; aplicação de medidas que visem a eliminação e/ou minimização de riscos ocupacionais, buscando a prevenção de danos à saúde desses trabalhadores em seu ambiente de trabalho; compreensão das necessidades e demandas de saúde desses trabalhadores, buscando prevenir ou aliviar problemas que afetem o bem-estar dos participantes da pesquisa; orientação de exercícios para melhora da mobilidade corporal e redução de possíveis sintomas algícos, fornecidos pela fisioterapeuta pesquisadora; assim como estímulo ao debate com a Unidade de Saúde localizada no território, buscando articulação com o serviço e facilitação no acesso à assistência dos trabalhadores inseridos no território da Estratégia de Saúde da Família."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

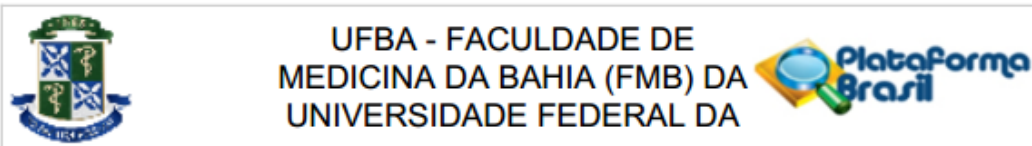
A pesquisa, realizada enquanto um mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da UFBA, aborda um tema claramente relevante e, como aponta a autora, pouco estudado. Quanto aos participantes do estudo, adota como critério de inclusão os "trabalhadores de oficinas de reparação de veículos automotores inseridos no território adscrito da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário Barra Rio-Vermelho, mais especificamente, da USF Federação (Salvador-Bahia), que derem anuência à participação no estudo assinando o TCLE." O critério de exclusão adotado incide sobre os "trabalhadores de oficinas de reparação de veículos automotores inseridos em território não adscrito pela USF Federação, assim como aqueles que se recusem a participar da pesquisa, não assinando o TCLE. Também serão excluídos trabalhadores de oficinas de reparação exclusiva de motocicletas." A hipótese apresentada é a de que os trabalhadores de oficinas de reparação de veículos automotores do território adscrito pela USF Federação têm necessidades e demandas em saúde invisíveis às Equipes de Saúde da Família (EqSF) atuantes nesse território.

A pesquisa conta com financiamento próprio, demandando como contrapartida da instituição o acesso à Plataforma Capes, à biblioteca e às salas de reunião. Ademais, apresenta cronograma adequado e explícita que o projeto foi elaborado levando em conta a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

I. Folha de rosto: Dentro dos padrões, assinada e carimbada pelo Diretor da Faculdade Medicina da Bahia(UFBA)

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:	cepfbm@ufba.br		



Continuação do Parecer: 2.186.840

II. TCLE: Não apresenta os contatos da pesquisadora assistente.

III. TCUD: Contém os dados e a assinatura da pesquisadora assistente.

IV. Dispensa de Carta de Anuência: Foi apresentado um parecer da Secretaria Municipal de Saúde que deixa clara não ser necessária a anuência da instituição. Este documento, no entanto, não possui assinatura e carimbo, nem sequer indicação do gestor que deveria assiná-lo. Ademais, a pesquisadora assistente é citada como pesquisadora responsável.

Recomendações:

Não há recomendações. Recomendações anteriores incorporadas no protocolo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

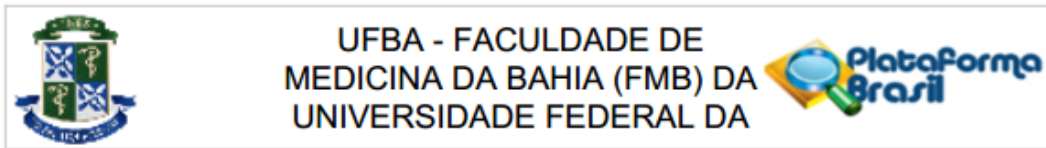
NÃO HÁ MAIS PENDÊNCIAS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_927949.pdf	24/07/2017 16:50:09		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECER_2.pdf	24/07/2017 16:46:10	VANESSA SALGADO SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECER_1.pdf	24/07/2017 16:45:52	VANESSA SALGADO SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.docx	24/07/2017 16:45:16	VANESSA SALGADO SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	24_07_17_Projeto_Oficinas_AB.docx	24/07/2017 16:44:45	VANESSA SALGADO SILVA	Aceito
Outros	Dispensa_carta_de_anuencia.pdf	26/06/2017 20:36:18	VANESSA SALGADO SILVA	Aceito

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



Continuação do Parecer: 2.186.840

Declaração de Pesquisadores	Termo_Dados.pdf	26/06/2017 20:34:34	VANESSA SALGADO SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_CEP.pdf	31/05/2017 13:08:24	Paulo Gilvane Lopes Pena	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 26 de Julho 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

9.2 Anexo II – Confirmação de Submissão do artigo II à Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ScholarOne Manuscripts™	Vanessa Silva	Instructions & Forms	Help	Log Out
-------------------------	---------------	----------------------	------	---------

 Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

[Home](#) [Author](#)

Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional
Manuscript ID	RBSO-2018-0374
Title	Condições de trabalho em oficinas automotivas inseridas no território da Estratégia Saúde da Família
Authors	Silva, Vanessa de Lima, Monica Angelim Pena, Paulo Gilvane
Date Submitted	20-Sep-2018