ENFRENTAMENTO AO TRABALHO INFANTIL PELA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Gabriela Fernandes Rocha[1]
Maria de Fátima Pereira Alberto[2]
Lorraine Lacerda Leite[3]
Hana Dourado Almeida[4]
Soraya Sousa Gomes Teles da Silva[5]

Este artigo objetiva analisar o enfrentamento ao trabalho infantil por meio da política de saúde. A perspectiva teórica que orienta o trabalho é de que as políticas sociais atuam nas expressões da questão social; nesse sentido, a política de saúde atuaria para garantir atenção integral e direitos de crianças e adolescentes. Participaram desta pesquisa 93 sujeitos, de ambos os sexos, divididos em dois segmentos: nove gestores e 84 profissionais, que compunham os cinco distritos sanitários, e quinze unidades básicas de saúde (UBS). Foram utilizados questionários com os dois segmentos. A análise dos questionários foi realizada por meio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), com a utilização de estatísticas descritivas. Os dados revelam desconhecimento das estratégias e ações das políticas públicas de saúde e da responsabilidade na identificação, na notificação e no enfrentamento do trabalho infantil, o que destoa das diretrizes e das normativas da Política Nacional de Saúde para atuação no enfrentamento ao trabalho infantil.

Palavras-chave: política de saúde; enfrentamento do trabalho infantil; erradicação do trabalho infantil.

FIGHTING CHILD LABOUR THROUGH PUBLIC HEALTH POLICY

The objective of this paper is to analyze the fight against child labour through the health policy. The theoretical perspective that guides this article is that social policies act in the expressions of social question, in this sense health policy would act to guarantee integral attention and rights of children and adolescents. The research included 93 subjects of both sexes, divided into two segments: nine managers and 84 professionals who made up the five health districts and fifteen basic health units. Questionnaires were used for the two segments (managers and professionals). Analysis of the questionnaires was made by using the SPSS software, through descriptive statistics. Data show lack of knowledge regarding the strategies and actions of public health policies and the responsibility in identifying, reporting and fighting child labour. What does not comply with the guidelines and regulations of the National Health Policy for working in the fight against child labour.

Keywords: health policy; fighting child labour; eradication of child labour.

1. Doutora em psicologia social. Pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e professora da Faculdade FBV Wyden e do Centro Universitário Unifacisa. *E-mail*: <gabifernandesrocha@gmail.com>.

2. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFPB. *E-mail*: <jfalberto89@gmail.com>.

3. Psicóloga pela UFPB. Psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Prefeitura Municipal de São José de Piranhas, Paraíba. *E-mail*: <lorrainelale@gmail.com>.

4. Mestranda em psicologia social e pesquisadora pela UFPB. *E-mail*: <hanadecastrodourado@gmail.com>.

5. Doutoranda em psicologia, ciência e profissão pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). *E-mail*: <sorayateless@gmail.com>.

ENFRENTAMIENTO DEL TRABAJO INFANTIL POR LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA

Este artículo tiene por objetivo analizar el enfrentamiento al trabajo infantil a través de la política de salud. La perspectiva teórica que orienta el artículo es que las políticas sociales actúan en las expresiones de la cuestión social, en ese sentido la política de salud actuaría para garantizar atención integral y derechos de niños y adolescentes. En esa investigación participaron en esa pesquisa 93 sujetos, de ambos sexos, divididos en dos segmentos: nueve gestores y 84 profesionales, que componían los cinco distritos sanitarios y quince unidades básicas de salud. Se utilizaron cuestionarios con los dos segmentos (gestores y profesionales). El análisis de los cuestionarios fue realizado por medio del *software* SPSS, con la utilización de estadísticas descriptivas. Los datos revelan desconocimiento de las estrategias y acciones de las políticas públicas de salud y de la responsabilidad en la identificación, notificación y enfrentamiento al trabajo infantil, lo que difiere de las directrices y normativas de la Política Nacional de Salud para actuación en el enfrentamiento del trabajo infantil.

Palabras clave: política de salud; enfrentamiento al trabajo infantil; erradicación del trabajo infantil.

LUTTE CONTRE LE TRAVAIL DES ENFANTS DANS LA POLITIQUE PUBLIQUE DE SANTÉ

Cet article vise à analyser la lutte contre le travail des enfants par la politique publique de santé. La perspective théorique qui oriente cet article considère que les politiques sociales jouent un rôle dans les expressions des questions sociales; par conséquant, la politique de santé agirait pour assurer les soins intégrales et les droits des enfants et des adolescents. 93 sujets, des deux sexes, ont participé de cette recherche, divisés en deux segments: neuf directeurs et 84 professionnels qui composent les cinq districts sanitaires et quinze unités de base de santé. Des questionnaires ont été utilisés pour les deux segments (directeurs et professionnels). L'analyse des questionnaires a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS, en utilisant des statistiques descriptives. Les données révèlent un manque de connaissance des stratégies et des actions des politiques publiques de santé et de la responsabilité pour l'identification, la notification et la lutte contre le travail des enfants, ce qui est en contradiction avec les directives et règlements de la Politique Nationale de Santé pour travailler dans la lutte contre le travail des enfants.

Mots-clés: politique de santé; lutte contre le travail des enfants; abolition du travail des enfants.

JEL: I3; Z19; Y90.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil planejava intervir na problemática do trabalho infantil, de modo a erradicar as piores formas desse trabalho até 2016 e todas as formas dele até 2020, conforme pactuado em 2011 no Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Adolescente Trabalhador (Brasil, 2011b) e o compromisso assumido na III Conferência Global sobre Trabalho Infantil, ocorrida em 2013, no Brasil.

O plano, visando a tais metas, ressignifica as funções e os papéis das instituições do Estado no enfrentamento do trabalho infantil, situando-as a partir da concepção das políticas públicas como direitos que se efetivam por meio da

intersetorialidade das políticas de educação, assistência e saúde e da divisão de funções das instituições, definidas por meio dos eixos do sistema de garantias de direitos, concebido no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nesse sentido, estabelece ações de atenção integral à criança e ao adolescente em situação de trabalho, a serem desempenhadas pelo sistema de saúde.

A intersetorialidade é definida pelo Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2004a) como uma estratégia que envolve ações conjuntas, que articulem diversos setores dentro das instituições de saúde e fora delas, associando governo e não governo, visando contribuir na promoção de melhores condições de vida e de saúde. Segundo Nobre (2003), a relevância da ação intersetorial encontra suporte na discussão dos modelos assistenciais, especialmente naquelas propostas de vigilância à saúde. A estratégia de promoção da saúde e seu alcance intersetorial efetivo são compreendidos como motores de formulação de políticas públicas capazes de gerar qualidade de vida. Considerando-se tais aspectos, este artigo objetiva analisar o enfrentamento ao trabalho infantil pela política de saúde no município de João Pessoa.

Trabalho infantil na legislação brasileira é proibido até 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos 14 anos. Também é proibido até 18 anos o trabalho noturno, perigoso, insalubre ou penoso, realizado em locais prejudiciais à formação das crianças e dos adolescentes e ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social (Brasil, 2012). Ainda há que se considerar, para fins de definição, a adotada pela Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil, na qual observa-se que "todas as atividades realizadas por crianças que contribuem para a produção de bens ou serviços, incluindo atividades remuneradas, trabalho familiar e tarefas domésticas exclusivas realizadas no próprio domicílio sem frequência dos jovens à escola" (OIT, 2009, p. 17).

Embora o trabalho infantil seja proibido, os dados oficiais revelam a sua persistência, de tal modo que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirmou que, em 2012, havia 3,5 milhões de trabalhadores de 5 a 17 anos (8,3%), sendo 81 mil entre 5 e 9 anos, 473 mil entre 10 e 13 anos, 875 mil entre 14 e 15 anos e 2.089 milhões entre 16 e 17 anos (IBGE, 2013). Destes, 74 mil localizam-se no estado da Paraíba. Dados referentes especificamente ao município de João Pessoa informam que 6.235 crianças com idades entre 10 e 17 anos estavam envolvidas com algum tipo de trabalho, dos quais seiscentas realizam atividades econômicas com carteira de trabalho assinada, com faixa etária de 16 a 17 anos (*ibidem*).

Os dados revelam o tamanho do problema e a demanda de políticas públicas, uma vez que o trabalho infantil acarreta riscos para o desenvolvimento e tem consequências profundas na vida das crianças e adolescentes. Por riscos considera-se a possibilidade de perda, dano ou perigo. A noção de riscos está

associada tanto à presença de máquinas no ambiente de trabalho, substâncias ou situações perigosas, quanto à probabilidade de um acidente, doença ou sofrimento (Porto, 2000). Os impactos e prejuízos do trabalho precoce são tanto físicos quanto psicossociais, podendo apresentar aspectos como: imagem negativa de si, baixa autoestima, adultização precoce, prejuízo para sua escolaridade, socialização desviante (Alberto *et al.*, 2010; Lacorte, 2012; Paganini, 2014). Em relação ao brincar, que também é essencial para o desenvolvimento, Oliveira e Francischini (2009) observaram que o trabalho restringe a construção da cultura lúdica das crianças, uma vez que o tempo de que dispõem está comprometido com as atividades laborais.

Para o enfrentamento ao trabalho infantil, o Brasil tem empreendido políticas públicas de saúde como combate e reconhecimento de que este é um problema de saúde pública. O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) foi elaborado com o objetivo de erradicar o trabalho infantil nas atividades perigosas, insalubres, penosas ou degradantes nas zonas urbana e rural. Para alcançar esse objetivo, visa: possibilitar o acesso, a permanência e o bom desempenho das crianças e dos adolescentes na escola; implantar atividades complementares na escola (jornada ampliada); conceder complementação mensal de renda às famílias (Bolsa Criança Cidadã); proporcionar apoio e orientação às famílias beneficiadas; promover programas e projetos de qualificação profissional e de geração de trabalho e renda junto às famílias (Lacorte, 2012).

Mais especificamente voltado para a política de saúde, segundo Novotny *et al.* (2009), é possível perceber alguns processos transformadores sobre o paradigma da vigilância em saúde, que se encaminha para uma discussão mais ampla sobre os impactos da saúde e a situação de vulnerabilidade na qual estão inseridos as crianças e os adolescentes que exercem atividades laborais. As próprias características do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma rede de atendimento descentralizado de longo alcance permitem as novas alternativas de prevenção e erradicação do trabalho infantil com uma atuação mais próxima das famílias (Custódio, Costa e Reis, 2010).

O primeiro serviço de saúde que todas as crianças e adolescentes acessam é a unidade básica de saúde (UBS), e, a partir daí, se acidentada ou doente, faz-se a comunicação de acidente do trabalho (CAT) e encaminha-se para os serviços especializados de média complexidade, como pronto atendimento e hospitais. A partir disso, é feito o registro no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan). Estas mudanças ocorreram a partir dos anos 2000 e consolidaram-se em 2003, quando o MS elaborou a Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil, cujo objetivo é promover ações educativas, de vigilância e de assistência, que contribuam para a prevenção e a identificação do trabalho infantil,

apontando prioridades e prestando atenção integral à saúde de crianças e dos adolescentes (Pepe *et al.*, 2009).

Outro instrumento é a Portaria nº 777/2004 do MS, que regulamenta a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador – acidentes e doenças relacionados ao trabalho – em rede de serviços sentinela específica. A Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que devem identificar, investigar e notificar, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho. Além disso, as diretrizes do MS determinam que toda criança ou adolescente que procure um serviço de saúde deve ter sua situação de trabalho mapeada e identificada (Brasil, 2004b).

Em prosseguimento à construção de uma política de enfrentamento ao trabalho infantil no âmbito da saúde, em 2012 foi instituída a Portaria nº 1.823, que diz respeito à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a qual tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador. A ênfase é na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, bem como à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

As diretrizes do MS determinam que os profissionais de saúde, ao encontrarem uma criança ou adolescente trabalhando, devem "notificar imediatamente o Sistema Nacional de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde, os sistemas de vigilância em saúde estaduais e municipais" (Brasil, 2005, p. 15). Além disso, "todas as crianças devem passar por uma avaliação de saúde, condizente com sua idade e recomendada pelos protocolos assistenciais do Ministério da Saúde" (*ibidem*). Além do sistema de saúde, a diretriz também determina a notificação da Delegacia Regional do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego (DRT/MTE), do Ministério Público do Trabalho (MTP) e do Conselho Tutelar (*ibidem*).

Essas diretrizes visam refletir, na prática, em ações concretas e tangíveis, que promovam a saúde por meio de ações educativas, isto é, conscientizar a população sobre as consequências do trabalho precoce para a saúde; visam identificar, monitorar e notificar os impactos ou os agravos do trabalho precoce na saúde; visam capacitar os profissionais da rede de saúde e de outras redes, disseminando conhecimento sobre o trabalho precoce, além de garantir atenção integral à saúde do trabalhador precoce (Lacorte, 2012).

Santos (2013) afirma que o fluxograma apresentado com as diretrizes subsidia o estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência, considerando as portas de entrada no sistema de saúde (a atenção primária e os serviços de urgência e emergência), os serviços especializados, as ações de promoção de

saúde, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária nos ambientes e processos de trabalho, incluindo também a articulação com a rede intersetorial de garantia de direitos. A autora afirma ainda que os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests) regionais, neste contexto, assumem função estratégica no território, apoiando a articulação e a organização das ações intra e intersetoriais (*ibidem*).

Na pesquisa de Heliotério (2013) sobre o impacto do treinamento de agentes comunitários de saúde (ACS) acerca do registro da ocupação de crianças e adolescentes, verificou-se um aumento nos registros, o que resultou em uma variação proporcional de trinta vezes. Entre as explicações do autor para o baixo número de registros, destacam-se as tensões entre o conhecimento dos ACS, a ilegalidade de crianças e os desconfortos para se registrar pessoas que moram próximo, na mesma localidade do ACS. Aliado a isso o autor também analisa as dificuldades decorrentes da concepção de trabalho, cujo modelo é o trabalhador formal da indústria.

Busca-se, assim, entender o papel que as políticas de saúde ocupam na prática no enfrentamento ao trabalho infantil. Dentro de uma concepção do papel do Estado como um mediador das relações entre capital e trabalho, o que significa essa política de enfrentamento ao trabalho infantil pela política de saúde? Como se dá a intersetorialidade no enfrentamento ao trabalho infantil no município de João Pessoa por meio dos programas, dos equipamentos e dos serviços?

2 MÉTODO

2.1 Amostra

A amostra foi composta por 93 participantes, divididos em dois segmentos: nove gestores dos distritos sanitários e 84 profissionais das UBS que compõem a rede de saúde do município. Como a pesquisa que origina o artigo é um subprojeto de um projeto que analisa também as políticas de educação, assistência e formação profissional, a amostra aqui representa 7% da amostra total do projeto, que era 1.246. Os critérios para seleção dos participantes foram estabelecidos visando atender aos objetivos da pesquisa, levando em consideração o tipo de relação deles com os serviços de saúde, tais como gestores, médicos, enfermeiros e ACS, psicólogos, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos e assistentes sociais que atuam na política de saúde.

2.2 Instrumento

Foram utilizados questionários diferentes para gestores e profissionais. O questionário compunha-se de questões que abordavam as demandas relacionadas ao cuidado da saúde de crianças e de adolescentes; as ocorrências de demandas do

trabalho infantil; as estratégias recomendadas pelo MS para o enfrentamento do trabalho infantil, como também as estratégias utilizadas e desenvolvidas pelos profissionais e gestores nas UBS; as articulações realizadas pela rede de saúde com outras políticas e serviços para o enfrentamento do trabalho infantil; as concepções acerca do trabalho infantil.

2.3 Procedimentos

Cumpriram-se todas as determinações da Resolução nº 466/2012 do MS para pesquisa com seres humanos. Considerando-se que as diretrizes do MS determinam que toda criança e adolescente que procura os serviços deve ter a situação de saúde investigada, a pesquisa começa com a identificação das redes de serviço no município. Identificaram-se cinco distritos com 148 UBS. Como a UBS é o primeiro serviço que a criança e o adolescente acessam, nesta pesquisa optou-se por investigar os gestores nos cinco distritos e os profissionais em quinze UBS. A escolha das UBS foi realizada por conveniência, em relação ao acesso, desde que os participantes aceitassem participar, tendo em vista a singularidade e a distinção do público-alvo em relação aos serviços de saúde, procurando, assim, uma amostra mais fidedigna possível em relação à distribuição por distritos. As aplicações dos questionários ocorreram após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

2.4 Análise dos dados

A análise dos questionários foi realizada por meio de *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20, com a utilização de estatísticas descritivas. Antes de digitar as informações para a construção do banco de dados, houve uma leitura prévia, a fim de descartar questionários que apresentavam lacunas e erros de preenchimento, além de realizar correções de possíveis erros. Posteriormente, ocorreram a construção do banco de dados e a inserção das informações.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Demandas no cuidado de crianças e adolescentes

3.1.1 Gestores

Os gestores apontaram como demandas de cuidado da saúde de crianças e adolescentes: o acompanhamento do paciente (88,9%), exemplificando que este ocorre por meio da puericultura, da imunização, da saúde bucal e do desenvolvimento de maiores de 2 anos; promoção e prevenção de saúde (55,6%), com ações como orientação, acolhimento e grupos de apoio; mapeamento do território (33,3%), por intermédio de visitas domiciliares; encaminhamento

para outros programas (22,2%), setores e serviços, como a Secretaria de Desenvolvimento Social (Sedes), a Secretaria de Juventude, Esporte e Recreação (Sejer), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), o Programa de Saúde na Escola (PSE) e o Conselho Tutelar. O trabalho infantil não foi citado pelos gestores como uma demanda na questão de cuidado à saúde de crianças e adolescentes, considerando-se, assim, que as políticas de saúde não têm se efetivado como forma de combate por meio da identificação e da prevenção da situação de trabalho no município de João Pessoa.

3.1.2 Profissionais

Sobre as demandas de cuidado da saúde de crianças e adolescentes na atuação enquanto profissional, 89,3% afirmaram que realizam ações de promoção e prevenção de saúde, 89,3% fazem acompanhamento do paciente, 53,3% apontaram o mapeamento do território e apenas 5,3% indicaram demandas relacionadas ao trabalho infantil. Quando perguntados especificamente se existia demanda de trabalho infantil, 10,7% afirmaram que sim. Entre os tipos existentes, os mais frequentes estão relacionados à exploração sexual (28,6%) e à reciclagem (28,6%), seguidos de auxiliar de pedreiro (14,3%), trabalho doméstico (14,3%) e vendedor ambulante (14,3%).

É interessante refletir por que apenas 5,3% dos profissionais citaram demanda de trabalho infantil, uma vez que essa realidade está presente em diversos bairros do município de João Pessoa, inclusive nas comunidades em que se localizam as UBS, nas quais foram aplicados os questionários. Como visto nos números publicados (Brasil, 2011a; IBGE, 2013; OIT, 2013), o trabalho infantil ainda é uma realidade presente no Brasil inteiro, com números bastante representativos no estado da Paraíba e no município de João Pessoa. Sendo que, no estado da Paraíba, havia aproximadamente 74 mil trabalhadores precoces, enquanto no município de João Pessoa 6.235 crianças com idades entre 10 e 17 anos estavam envolvidas com algum tipo de trabalho (IBGE, 2013).

3.2 Estratégias do MS

3.2.1 Gestores

Quando perguntados acerca das estratégias recomendadas pelo MS para combater o trabalho infantil, 22,22% dos gestores responderam que não sabem quais são as estratégias, e 11,11% disseram que não existem estratégias por parte do MS. Os 66,67% que afirmaram haver estratégias, citaram o encaminhamento na rede de atenção integral e intersetorial, bem como o acolhimento e o atendimento.

Dos gestores que apontaram os encaminhamentos na rede de atenção integral como estratégia do MS, 75% relataram que essa estratégia ocorre por

meio do acompanhamento na rede de atenção integral, e 50% acionam a rede de cuidado e proteção existente, citando a escola, o Centro de Referência e Assistência Social (Cras), o Conselho Tutelar, o Centro de Assistência Psicossocial (Caps) e o Creas. Já os que indicam o acolhimento como estratégia, relataram que as redes de saúde recebem crianças e adolescentes e adotam atitudes de proteção a eles. Quanto ao atendimento, 50% dos participantes afirmaram que ocorre por meio da anamnese, ou seja, uma entrevista que busca compreender o histórico do paciente.

3.2.2 Profissionais

No que diz respeito às estratégias recomendadas pelo MS para o enfrentamento do trabalho infantil, 58,7% dos profissionais afirmaram que desconhecem, 13,3% afirmaram não haver estratégias de combate e 28% afirmaram que existem estratégias para o enfrentamento, sendo elas: encaminhamentos para rede de atenção integral (18,7%), notificações (16%), acolhimento (12%), atendimento (9,3%) e palestras (1,3%) como forma de estratégia de combate ao trabalho infantil.

Observa-se que a totalidade dos gestores e dos profissionais não conhece as estratégias recomendadas pelo MS ou não direcionam a organização da política para o enfrentamento ao trabalho infantil. Enquanto 66,67% dos gestores citaram alguma estratégia, 58,7% dos profissionais desconhecem qualquer estratégia. No entanto, documentos como o ECA e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora definem princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde (Brasil, 1990; 2012), particularmente a Portaria nº 777/2004 do MS, que determina a notificação compulsória e a avaliação nos casos de trabalho infantil.

As diretrizes também determinam que toda criança ou adolescente que procure um serviço de saúde deve ter sua situação de trabalho mapeada e identificada (Brasil, 2004b). Além disso, as políticas públicas devem atuar com ações de garantia de direitos. No caso do Plano Nacional, recomenda tanto "a capacitação dos profissionais para atuarem no problema" quanto "a notificação e [o] encaminhamento de problemas de saúde relacionados ao trabalho de crianças e adolescentes pelo SUS" (Brasil, 2011b, p. 35). Os programas devem promover educação de qualidade, saúde, lazer, profissionalização, esporte, cultura e convivência familiar, a fim de assegurar o pleno desenvolvimento físico, psíquico e moral da criança e do adolescente, como a atuação deve se dar no âmbito de uma dimensão intersetorial (Brasil, 2004a).

Os resultados revelam que, entre os gestores e os profissionais que conhecem as estratégias recomendadas pelo MS, há referências à rede intersetorial e ao

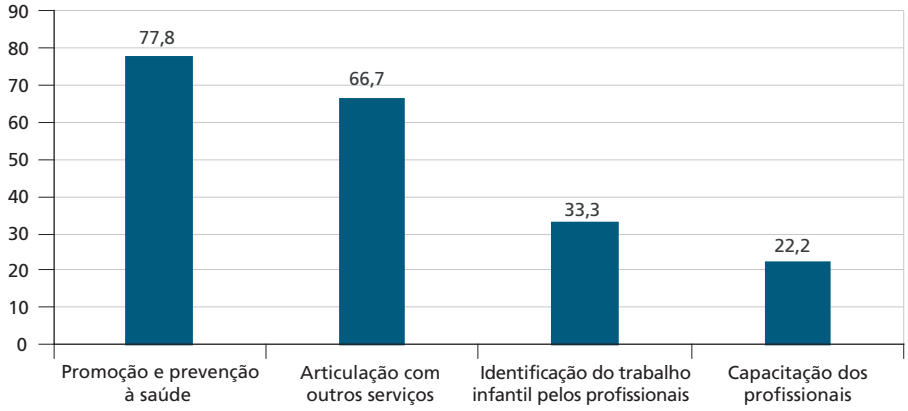
atendimento. Vieira *et al.* (2012) observaram que, em relação às políticas de saúde, o cuidado com o paciente não deve estar voltado somente à assistência curativa, mas também à promoção da saúde. Segundo os autores, tendo em vista que a atenção às crianças e aos adolescentes é caracterizada como uma das principais políticas públicas do Estado brasileiro, a atuação ao lidar com esse público exige dos profissionais da saúde a atualização dos seus conhecimentos (*ibidem*). O Estado é responsável pela efetivação desses direitos, pautando-se em políticas públicas relacionadas à saúde, à educação, à assistência social e ao trabalho, com o intuito de promover a redução das desigualdades sociais e concretizar o princípio da igualdade (Prado, 2012).

3.3 Estratégia das UBS

3.3.1 Gestores

No que diz respeito ao enfrentamento por meio das UBS, 22,2% dos gestores desconhecem estratégias utilizadas e desenvolvidas para o enfrentamento do trabalho infantil nas unidades. Os 77,8% dos gestores que afirmaram conhecer estratégias utilizadas e desenvolvidas para o enfrentamento do trabalho infantil nas UBS apontaram como estratégias: ações de promoção e prevenção de saúde, ações de articulação com outros serviços, identificação do trabalho infantil e capacitação dos profissionais.

GRÁFICO 1
Estratégias utilizadas e desenvolvidas nas UBS segundo os gestores
(Em %)



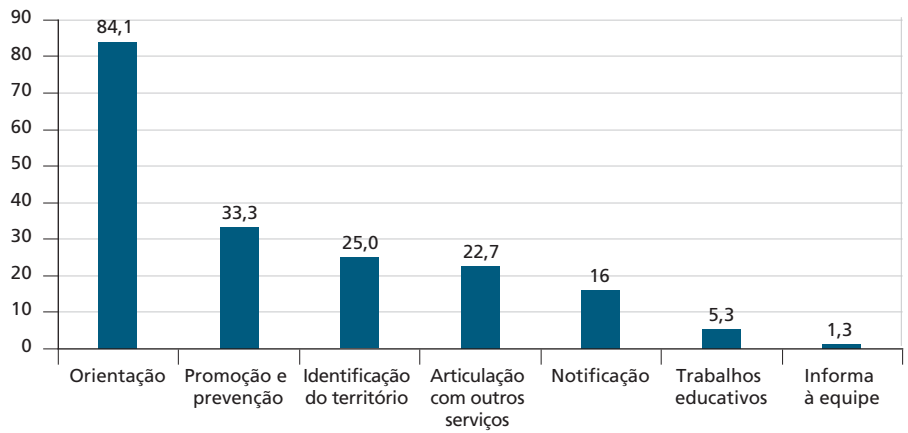
Elaboração das autoras.

3.3.2 Profissionais

Quando questionados acerca das estratégias utilizadas e desenvolvidas para combater o trabalho infantil na sua atuação, 30,7% dos profissionais afirmaram desconhecer quaisquer estratégias, e 20% alegaram não saber quais são as estratégias de enfrentamento ao trabalho infantil. Os 49,3% que afirmaram atuar com estratégias de combate ao trabalho infantil as descreveram como: orientações; promoção e prevenção de saúde; identificação do território; articulação com outros serviços; notificação; trabalhos educativos; informam para o restante da equipe.

Entre as determinações das normativas do MS encontram-se: investigar, mapear, identificar, notificar, quando confirmados, os casos de doenças, os agravos e/ou os acidentes relacionados ao trabalho (Brasil, 2004b). Nos dados desta pesquisa, promoção, prevenção e articulação sobressaem-se tanto para gestores quanto para os demais profissionais. Notificação e formação da equipe aparecem em menor percentual, enquanto investigar, mapear e identificar não aparecem. Também não são encontrados dados ou referências a notificações ou casos de acidentes de trabalho ou de agravos e impactos do trabalho infantil na saúde de crianças e adolescentes.

GRÁFICO 2
Estratégias utilizadas e desenvolvidas nas UBS segundo os profissionais
(Em %)



Elaboração das autoras.

Os dados não refletem o que Lacorte (2012) nomina de ações concretas e tangíveis, o que é digno de análise, principalmente quando gestores e profissionais revelam que, entre suas tarefas de cuidados da saúde de crianças e adolescentes, executam ações como orientação, acolhimento e grupos de apoio e mapeamento do território por meio de visitas domiciliares. Tais dados corroboram o que

Heliotério (2013, p. 25) já havia identificado, "que o trabalho infantil ainda não é percebido como fator de risco para a saúde entre os profissionais de saúde". Ainda que o trabalho infantil represente riscos (Porto, 2000) para a saúde, cujas consequências são nefastas e prejudiciais para o desenvolvimento biopsicossocial (Alberto *et al.*, 2010; Lacorte, 2012; Paganini, 2014; Oliveira e Francischini**,** 2009) de crianças e adolescentes, ele é pouco abordado pelos profissionais de saúde, não é prioridade em relação a outras demandas em saúde (Heliotério, 2013).

3.4 Estratégias da rede

3.4.1 Gestores

Sobre as articulações com outros serviços, 66,6% dos gestores afirmaram conhecer articulações e outros 33,3% desconhecem qualquer tipo de atuação em rede relacionada à temática do trabalho infantil. Os serviços citados como havendo articulações foram: Cras, Programa Saúde na Escola, escolas, creches, Sedes, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Ministério Público (MP), Peti e Creas.

3.4.2 Profissionais

No que diz respeito às ações em rede no enfrentamento ao trabalho infantil, 66,7% dos profissionais afirmaram que não ocorrem ações em rede para combater o trabalho infantil, já 33,3% afirmaram que esse tipo de ação acontece. Os serviços citados na articulação foram: Programa Saúde na Escola, Conselho Tutelar, Nasf, Cerest e Caps.

TABELA 1
Articulações com outras políticas conhecidas pelos profissionais

Articulações com outras políticas	Frequência	(%)
Assistência social	18	60,0
Educação	17	58,6
Justiça	5	17,2
ONG	2	6,9
Nenhum	2	6,9
Formação profissional/Conselho Tutelar	2	6,9

Elaboração das autoras.

Embora as amostras sejam diferentes – gestores = nove participantes e profissionais = 84 participantes –, o que é explicável pelo fato de que o número de gestores que gerenciam as unidades é menor do que o número de profissionais que executam o conjunto das tarefas, há uma discordância entre ambas as categorias quanto à ação em rede para enfrentar o trabalho infantil, pois 66,6%

dos gestores afirmaram conhecer articulações, enquanto 66,7% dos profissionais afirmaram que não ocorrem ações em rede para combater o trabalho infantil. Outro aspecto discordante entre gestores e profissionais são as instituições que compõem a rede, uma vez que os profissionais nominam setores da política de saúde do SUS, enquanto os gestores citam instituições das políticas de educação (escola e creches), política de assistência social (Cras, Creas, Sedes, Peti) e MP.

Os dados sobre as estratégias nas UBS, pelos gestores e profissionais, não revelam de modo uníssono o que Santos (2013) descreve como a adoção de um fluxo de referência e contrarreferência, considerando a porta de entrada da demanda, a atenção primária, os serviços de urgência e emergência e os serviços especializados, incluindo a articulação com a rede intersetorial de garantia de direitos. E apenas os profissionais referem-se ao Cerest descrito com a função estratégica no território de apoiar e articular a organização das ações intra e intersetoriais (*ibidem*).

A necessidade de ações intersetoriais foi apontada pelo conjunto da sociedade representada pelos delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que defenderam como primeiro ponto da agenda para a efetivação do SUS e do controle social "a melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, contribuindo[,] assim[,] para a melhoria da qualidade de vida da população" (Brasil, 2011a, p. 15). Mas os dados desta pesquisa não revelam de modo claro e objetivo a adoção da intersetorialidade no enfrentamento ao trabalho infantil como estratégia de promoção da saúde.

3.5 Concepções do trabalho infantil

3.5.1 Gestores

Em relação à concepção sobre trabalho infantil, a maioria dos gestores mostrou-se desfavorável ao trabalho infantil, com a alegação principal de que "criança deve estar na escola" (88,9%) e "o trabalho prejudica o desenvolvimento biopsicossocial" (77,8%), sendo estas respostas de múltipla escolha. Nessa mesma linha da discordância, a maioria dos profissionais (86,7%) posicionou-se contra o trabalho infantil. As justificativas mais frequentes foram: "porque criança deve estar na escola" (54,4%); "porque quando se está trabalhando não há tempo para estudar" (30,9%); e "porque o trabalho atrapalha o desenvolvimento biopsicossocial" (29,4%). Em relação aos 9,3% que se mostraram favoráveis à condição de trabalho infantil, 50% justificaram sua posição por meio da afirmativa: "porque uma criança que trabalha tem menos chance de se envolver com drogas"; e 40% justificaram com "porque é melhor trabalhar do que roubar".

Sobre a concepção de trabalho infantil, 43,2% dos profissionais informaram que trabalho infantil é "exploração da mão de obra"; 29,3% afirmaram que é "uma atividade que prejudica os estudos"; 26,7% o consideraram como "realização de atividades laborais"; 22,7% o apontaram como "perda da infância e adultização"; 21,6% o caracterizaram como "violação de direitos"; 14,7% como "meio de sobrevivência"; e 4% afirmaram que trabalho infantil é "quando uma criança tem a responsabilidade de ajudar em casa".

Essa discordância em relação ao trabalho infantil apresenta consonância com a sua proibição legal (Brasil, 1990), bem como as consequências negativas acarretadas na vida das crianças e dos adolescentes, que envolvem impactos e prejuízos para o desenvolvimento biopsicossocial, incluindo problemas de saúde, como fadiga excessiva, distúrbios do sono, irritabilidade, alergias e problemas respiratórios, fraturas, acidentes, lesões, pesos insuficientes ou baixo peso, imagem negativa de si, baixa autoestima, adultização precoce, prejuízo para sua escolaridade, socialização desviante e comprometimento do tempo do lazer (Alberto *et al.*, 2010; Brasil, 1990; 2011b; Lacorte, 2012; Oliveira e Francischini, 2009; Paganini, 2014).

Paradoxalmente, embora a maioria de gestores e profissionais posicione-se contra o trabalho infantil e reconheça os riscos e as consequências para o desenvolvimento psicossocial, no município de João Pessoa o enfrentamento não é uma demanda do serviço. No contexto desta pesquisa, demandas de trabalho infantil apareceram para apenas 5,3% dos profissionais; além disso, nem todos os gestores e profissionais conhecem as estratégias preconizadas pelo MS para enfrentamento do trabalho infantil. Quando conhecem alguma atuação relacionada à temática, citam o encaminhamento na rede de atenção integral, sendo esta uma característica da política de saúde em João Pessoa: encaminhar para outros equipamentos da rede de proteção, principalmente a política de assistência social.

Apesar de discordar, o não enfrentamento pode decorrer dos mesmos aspectos analisados por Heliotério (2013): o receio de registrar e notificar na mesma localidade em que mora, podendo inclusive sofrer retaliações; e a concepção que os profissionais têm de que o trabalho infantil restringe-se ao modelo do trabalho formal, o que não se coaduna com as atividades desempenhadas por crianças e adolescentes no município de João Pessoa, no qual predomina trabalho informal, doméstico e em situação de rua (Alberto *et al.*, 2010).

Esses dados diferem do que encontraram Custódio, Costa e Reis (2010), de que a política de saúde é uma rede de longo alcance voltada para a prevenção e a erradicação do trabalho infantil, com uma atuação mais próxima das famílias. Além de diferir também do que afirmaram Pepe *et al.* (2009), de que as políticas de saúde executam ações educativas, de vigilância e de assistência, contribuindo para a prevenção e a identificação do trabalho infantil. Para efeito desta pesquisa, essas ações educativas e de vigilância não são prioridade no município.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito da política de saúde, foi visto que ainda se tem muito a caminhar para concretizar essa política como uma estratégia no combate ao trabalho infantil. Foi percebido que há gestores e profissionais que não conhecem as políticas públicas acerca do trabalho infantil, ou, quando afirmam conhecer as orientações do MS, desconhecem ações que efetivem essas políticas. Além disso, não atribuem à política de saúde responsabilidade na identificação, na notificação e na erradicação.

Diante dos resultados apresentados, parece evidente que a política de saúde no município de João Pessoa apresenta-se, de forma geral, como um conjunto de ações voltadas à promoção e à prevenção de saúde, aos encaminhamentos e ao acompanhamento do paciente (consultas, exames, remédios). Baseia-se no modelo da saúde curativa, que atua na cura das doenças dos usuários, deixando para outros setores, principalmente a assistência social, as questões de vulnerabilidade, como o trabalho infantil.

Reflete-se, assim, a necessidade de uma reavaliação da efetivação dessas políticas públicas de saúde no cumprimento dos objetivos previstos em lei para a erradicação do trabalho infantil, refletindo em conjunto com os atores que compõem o quadro dessa política. Intervenções por meio de capacitações dos profissionais, orientações, reuniões específicas do tema, palestras e repasse das fichas de notificações às unidades de saúde são algumas das atividades que podem orientar os profissionais da rede de saúde para atuar no enfrentamento ao trabalho infantil e com outras questões sociais que atravessam esses contextos de vulnerabilidade.

Dentro de uma concepção do papel do Estado como um mediador das relações entre capital e trabalho, essa política de enfrentamento ao trabalho infantil parece não se materializar na política de saúde, uma vez que os gestores e profissionais que constituem a política não a concebem como ferramenta para esse enfrentamento. O Estado omite-se do papel de garantidor do direito a não trabalhar e à saúde plena dessas crianças e desses adolescentes, uma vez que a atenção primária à saúde não se configura de forma a enfrentar e erradicar o trabalho infantil. Isso nos leva a refletir o papel que esse trabalho tem na sociedade, visto que proporciona mão de obra barata para o trabalho braçal.

A intersetorialidade no enfrentamento ao trabalho infantil no município de João Pessoa, por meio dos programas, dos equipamentos e dos serviços, na verdade não foi observada nesta pesquisa. O que os gestores e os profissionais chamam de "atuação em rede" diz respeito apenas aos encaminhamentos que eles fazem para outros setores, na tentativa de "passar o problema" para outra esfera. Contudo, a intersetorialidade de fato, na qual a política de saúde atuaria juntamente a outras políticas visando resolver a problemática, parece não ocorrer.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, M. F. P. *et al.* Mapeamento do trabalho infantil na Paraíba: um contexto de desenvolvimento para crianças e adolescentes pobres. *In:* LUNA, V. L.; NASCIMENTO, Z. A. (Orgs.). **Desafios da psicologia contemporânea**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. Brasília: MS, 2004a. Disponível em: <https://goo.gl/JVP1rE>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. _____. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica. Brasília: MS, 2004b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Trabalho infantil**: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Brasília: MS, 2005.

_____. _____. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. *In:* CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2011, Brasília. **Anais...** Brasília: MS, 2011a.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador 2011-2015**. 2. ed. Brasília: MTE, 2011b. p. 1-95.

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

CUSTÓDIO, A. V.; COSTA, M. M. M.; REIS, S. S. O direito de proteção contra a exploração do trabalho infantil e as políticas públicas de saúde no Brasil. *In:* COSTA, M. M. M.; PORTO, R. T. C.; REIS, S. S. (Orgs.). **Direito, cidadania e políticas públicas IV**. Curitiba: Multideia Editora, 2010.

HELIOTÉRIO, M. C. **Eliminando o trabalho infantil**: uma intervenção integrada à Atenção Básica em Saúde. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)**: síntese de indicadores 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

LACORTE, L. E. C. **A construção de políticas públicas em rede intersetorial para a erradicação do trabalho infantil em Limeira-SP**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

NOBRE, L. C. C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, São Paulo, p. 963-971, nov. 2003.

NOVOTNY, L. E. B. *et al.* Boas práticas nas ações intersetoriais em saúde: uma iniciativa para a prevenção e erradicação do trabalho infantil no pólo de produção de joias e bijuterias de Limeira-SP. *In:* BARKER, S. L. (Org.). **Boas práticas do setor da saúde para erradicação do trabalho infantil**. Brasília: OIT, 2009. p. 39-46.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Boas práticas do setor saúde para a erradicação do trabalho infantil**. Brasília: OIT, 2009.

_____. **Medir o progresso na luta contra o trabalho infantil**: estimativas e tendências mundiais 2000-2012. Genebra: OIT; BIT; Ipec, 2013. Disponível em: <https://goo.gl/xr3BYy>. Acesso em: 10 mar. 2015.

OLIVEIRA, I. C. C.; FRANCISCHINI, R. Direito de brincar: as (im) possibilidades no contexto de trabalho infantil produtivo. **Psico-USF**, n. 1, v. 14, p. 59-70, jan./abr. 2009.

PAGANINI, J. Os impactos do trabalho infantil para a saúde da criança e do adolescente. *In:* SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 11., 2014, Santa Cruz do Sul. **Anais...** Santa Cruz do Sul: Unisc, 2014.

PEPE, C. C. A. *et al.* A configuração da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde e a Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil. *In:* BARKER, S. L. (Org.). **Boas práticas do setor da saúde para erradicação do trabalho infantil**. Brasília: OIT, 2009. p. 15-28.

PORTO, M. F. S. **Análise de riscos nos locais de trabalho**: conhecer para transformar. São Paulo: INST, 2000. p. 1-42. (Cadernos de Saúde do Trabalhador).

PRADO, E. R. C. L. Trabalho precoce de crianças e adolescentes no Brasil. **Jus Navigandi**, Teresina, n. 3453, ano 17, 14 dez. 2012. Disponível em: <https://goo.gl/pzGZVA>. Acesso em: 11 mar. 2015.

SANTOS, S. A. Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador: o desafio de construir a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes trabalhadores no Sistema Único de Saúde – SUS. **Bepa – Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 10, n. 114, p. 5-16, 2013.

VIEIRA, R. S. *et al.* A atuação dos enfermeiros nas notificações compulsórias de trabalho precoce, nas unidades de estratégias de saúde da família do município de Criciúma/SC. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, n. 1, v. 13, p. 132-156, 2012.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BARKER, S. L.; VILAS BOAS, S. W.; JACQUES, C. C. Boas práticas nas ações de capacitação dos profissionais da saúde: iniciativa articulada entre o Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil da Organização Internacional do Trabalho, Ministério da Saúde e Universidade Estadual do Rio de Janeiro. *In:* BARKER, S. L. (Org.). **Boas práticas do setor da saúde para erradicação do trabalho infantil**. Brasília: OIT, 2009. p. 47-61.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: MS, 2009.

_____. _____. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: MS, 2010.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 46. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. (Col. Saraiva de Legislação).

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://goo.gl/jupUyq>. Acesso em: 10 mar. 2015.

Data de submissão: 17/08/2016
Primeira decisão editorial em: 12/04/2017
Última versão recebida em: 20/06/2017
Aprovação final em: 06/07/2017