

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde Escola Superior em
Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE)

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM TRABALHADORES RURais NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor: Vinicius Mariano Aguiar
Orientador: Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

**Brasília – DF
2019**



VINICIUS MARIANO AGUIAR

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM TRABALHADORES RURIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Brasília – DF

2019

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde Escola Superior em
Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE)

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM TRABALHADORES RURais NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em Saúde.

Autor: Vinicius Mariano Aguiar

Orientador: Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

**Brasília – DF
2019**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos pelo autor.

A282p Aguiar, Vinícius Mariano
Promoção da Saúde em Trabalhadores Rurais na
Estratégia de Saúde da Família / Vinícius Mariano
Aguiar; orientador Prof. Dr. Fábio Ferreira
Amorim; coorientador Profa. Dra. Ana Maria Costa. -
Brasília, 2019.
133 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Saúde
da Família (PROFSAUDE)) -- Coordenação de Pós-
Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde,
2019.

1. SAÚDE DA FAMÍLIA. 2. SAÚDE DO
TRABALHADOR. 3. AGRICULTURA FAMILIAR. I.

TERMO DE APROVAÇÃO

VINICIUS MARIANO AGUIAR

Saúde dos Trabalhadores Rurais Atendidos na Estratégia Saúde da Família em Município de Goiás

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família (PROFSAUDE), pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

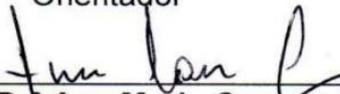
Aprovada em: 20/12/2019.



Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)

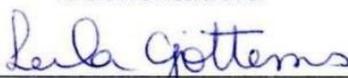
Orientador



Profª Drª Ana Maria Costa

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)

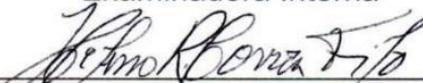
Coorientadora



Profª Drª Leila Bernarda Donato Göttems

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)

Examinadora Interna



Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Universidade de Brasília (UnB)

Examinador Externo

Prof. Dr. Levy Aniceto Santana

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde – Mestrado Profissional da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)

Suplente

“É melhor tentar e falhar,
que preocupar-se e ver a vida passar;
é melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar-se, fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias tristes em casa me esconder.
Prefiro ser feliz embora louco,
que em conformidade viver ...”

Martin Luther King

AGRADECIMENTO

Foram muitos os que me ajudaram a chegar até aqui.

Meus sinceros agradecimentos...

A Deus, por me conceder saúde e sabedoria para seguir sempre em frente. Obrigado pela força e por me guiar em todos os momentos. A ti, Senhor, toda honra e toda a glória;

À minha família:

Orlando e Samuel por trazerem luz e alegria a minha vida;

Fabírcia, pessoa que a vida escolheu para ser minha companheira nas horas boas e ruins, pelo amor, paciência, ajuda, sinceridade e cumplicidade;

Meu querido pai (in memoriam), exemplo de amor, humildade e pelo total desprendimento para permitir que chegasse até aqui e por encorajar-me para superar as dificuldades da vida;

Minha mãe, que me deu apoio e amor incondicionais, exemplo de sabedoria e força. Sinto-me feliz em poder orgulhá-la com as minhas realizações;

Meus irmãos, Frederico, Priscila e Ana Cecília, pelo amor, companheirismo e por poder dividir com eles uma parte da minha vida e saber que, em qualquer circunstância, eles estarão sempre ao meu lado, torcendo por mim;

Ao meu primo Luan pelo apoio recebido, pelos momentos compartilhados de troca e pelo muito trabalho;

Ao meu orientador, Professor Doutor Fábio Ferreira Amorim, pela paciência, atenção e incentivo;

À Professora Doutora Ana Maria Costa pelas valiosas contribuições; À Professora Doutora Leila Bernarda Donato Gottems pelo apoio;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação – PROFSAUDE, por todos os ensinamentos durante o curso;

Aos colegas do PROFSAUDE, pelo companheirismo e apoio;

A todos os amigos pelo incentivo que me deram.

RESUMO:

Esta dissertação trata de discutir um projeto de intervenção em saúde pública junto a trabalhadores rurais da agricultura familiar no município de Cabeceiras, no Estado de Goiás. Tendo como objetivo enfrentar os problemas de saúde ocupacionais que acometem esses trabalhadores. Para tanto, a metodologia parte de uma pesquisa qualitativa, operando a partir de um referencial teórico fundamentado nos trabalhos de Mário Testa sobre planejamento estratégico em saúde buscando superar problemas existente na forma convencional como os programas de saúde tendem a encarar os diversos temas, sempre de um modo reducionista que desconsidera que a saúde e a doença são, antes de tudo, fenômenos intrinsecamente sociais. Esse substrato teórico encontra-se unido a um substrato empírico colhido a partir da experiência clínica do autor, que atua como médico na atenção básica na região e na medicina do trabalho, além de dados colhidos em bancos de dados governamentais sobre saúde do trabalhador rural. Teve como produto a formulação de um Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador – PVST que é uma ferramenta de gestão da saúde dos trabalhadores da agricultura familiar. E a criação de uma cartilha com a finalidade de melhorar de fato os conhecimentos, o autocuidado e a aderência a determinados procedimentos de segurança e saúde por parte da população.

Palavras-chaves: Atenção básica. Doença ocupacional. Agricultura Familiar. Cartilha. Programa de Vigilância.

ABSTRACT

This dissertation deals with discussing a public health intervention project with rural family agriculture workers in the municipality of Cabeceiras, in the State of Goiás. With the objective of facing the occupational health problems that affect these workers. To this end, the methodology starts from a qualitative research, operating from a theoretical framework based on the works of Mário Testa on strategic planning in health, seeking to overcome existing problems in the conventional way in which health programs tend to face different themes, a reductionist way that disregards that health and disease is, above all, an intrinsically social phenomenon. This theoretical substrate is linked to an empirical substrate collected from the author's clinical experience, who works as a doctor in primary care in the region and in occupational medicine, in addition to data collected in government databases on rural workers' health. Its product was the formulation of a Workers' Health Surveillance Program - PVST, which is a tool for managing the health of family farming workers. And the creation of a booklet with the purpose of actually improving knowledge, self-care and adherence to certain health and safety procedures by the population.

Abstract: Occupational Medicine. Occupational disease. Work accident. Strategic planning. Power

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Trabalhador Agrícola.....	21
Figura 2 – Jeca Tatu.....	21
Figura 3 - Postulado de Coerência de Mário Testa	40
Figura 4 - Localização Geográfica da cidade de Cabeceiras - GO	47
Figura 5 - Maiores consumidores de agrotóxicos	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Doenças ocupacionais e sua classificação.....	18
Tabela 2 - Fatores de risco advindos do trabalho.....	19
Tabela 3 - Diretriz para nexo causal entre doença e trabalho.....	24
Tabela 4 - População Total, por Gênero, Rural/Urba.....	53
Tabela 5 - Riscos, exames e valores de referência para trabalhadores polivalentes.	55
Tabela 6 - Riscos e exames para trabalhadora rural.....	57
Tabela 7 - Principais doenças ocupacionais da região.....	59
Tabela 8 - Planejamento Estratégico Situacional.....	61

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 VÍNCULO CASUAL ENTRE TRABALHO E ADOECIMENTO INDIVIDUAL OU COLETIVO.....	17
2.2 AS ASPECTOS SOCIAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL.....	27
2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO.....	37
2.4 PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	44
3. OBJETIVOS.....	46
3.1 OBJETIVO GERAL.....	46
3.2 OBJETIVO ESPECIFICOS.....	46
4. MATERIAIS E METODOS.....	47
4.1 LOCAL DO ESTUDO E AMOSTRA.....	47
4.2 ELABORAÇÃO DO PROGAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL.....	48
4.3 ELABORAÇÃO DA CARTILHA.....	49
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	52
5.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES).....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	63
ANEXOS.....	73

1 INTRODUÇÃO

A aproximação com o tema partiu de minha história pessoal. Venho de uma família que apresenta fortes ligações com a agricultura familiar, sendo meu pai um pequeno produtor rural do Norte de Minas Gerais, cuja atividade principal era a produção de leite e minha mãe funcionária da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais (Emater–MG), responsável principalmente pela assistência técnica aos pequenos produtores rurais. Durante minha infância e juventude participei ativamente da lida do campo, fato que me ajudou a entender melhor posteriormente, já como médico, os principais problemas de saúde que acometem essa população, sua cultura e o linguajar da mesma, como expressões “dor no piador” que vem de “piar” a vaca que é o ato amarrar a porção inferior das pernas traseiras da vaca juntamente com o bezerro após a apoiar o leite a fim de ordenha - lá. Assim, dor no piador significa dores na parte inferior das pernas, dentre outras expressões como dor nas “cadeiras”, “espinhela quebrada”, “bronze”, etc. Durante esse período observei a ocorrência de várias doenças e acidentes relacionados ao trabalho em familiares próximos e demais trabalhadores rurais as quais conseguir compreender melhor a relação denexo causal entre doença e trabalho no campo após a especialização em medicina do trabalho.

Outro fato que marcou muito minha vida foi o sofrimento gerado pela seca prolongada que, de tempos em tempos, castiga o Norte de Minas Gerais, notadamente a dos últimos 10 anos. Tenho gravado em minha memória as imagens das plantações e dos pastos morrendo e com ela os animais. As cenas de meu pai e demais vizinhos cortando capim seco às margens das rodovias para salvar o pouco gado que ainda restava. Com a seca também vinha o tormento causado pelas dívidas dos financiamentos rurais – “como pagar, se tudo havia fracassado?”. Aquela preocupação constante com as dívidas, falta de dinheiro e a possibilidade de ter um único bem que é sua pequena propriedade leiloada pelo banco para liquidação da hipoteca. Isso causava quadros de ansiedade, depressão e suicídio de vários produtores rurais.

Com a conclusão do curso de medicina em 2011 migrei para o interior de Goiás; as lembranças da seca fizeram com que procurasse outra região onde houve mais abonação. Assim, fui primeiro para Alvorada do Norte onde fiquei um ano e

posteriormente para Cabeceiras-GO, localizada no entorno de Brasília-DF, onde me encontro desde então.

Ainda em 2012 iniciei o curso de especialização em Medicina do Trabalho em Brasília e, além de trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, também iniciei na assistência à saúde dos trabalhadores rurais, funcionários de grandes fazendas produtoras de grãos. Na assistência à saúde desses trabalhadores da iniciativa privada utilizamos uma série de ferramentas de Segurança e Saúde do Trabalho com o propósito de prevenir doenças ocupacionais. Já, em contrapartida, atendendo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) os pequenos produtores rurais autônomos da Agricultura Familiar e seus familiares percebi que, assim como meus familiares produtores rurais, aquelas famílias de pequenos produtores padeciam de uma série de doenças relacionadas com a lida no campo que poderiam ser prevenidas com a implantação e operacionalização de ferramentas de Segurança e Saúde do Trabalho a partir da capacitação das equipes de ESF.

Assim vi na pós-graduação a oportunidade de aprofundar e expandir os conhecimentos construídos durante a formação universitária inicial. No que se refere às ciências da saúde, um mestrado profissional deve operar no sentido de construir competências para melhor desenvolvimento dos conhecimentos e habilidades adquiridas, ajudando a desenvolver capacidades para aplicação prática dos conhecimentos científicos na solução de problemas de saúde. De fato, como qualquer outro Mestrado, o profissional também visa refletir sobre a realidade social, haja vista que a reflexão, principalmente a de matiz reflexiva, é inerente a todo empreendimento científico. Não existe ciência sem crítica. Toda ciência é, em grande parte, desconstrução, na medida em que a construção da verdade envolve também a desconstrução da mentira, no caso aqui, as mentiras do senso comum que toda ciência enfrenta, para pôr no lugar o olhar científico da medicina.

No Brasil, conforme defendido por Gehlen (2004), parte significativa da chamada agricultura familiar revolucionou-se, tendo como novos instrumentos as tecnologias e indo cada vez mais em direção a um mercado de competitividade e de profissionalização. Mas com a tecnologia, vem também os agravos para a saúde: máquinas de trituração de ração extremamente barulhenta, novos agrotóxicos eficientes para produção, mas nocivos para a saúde, dentre outros agravos.

São inúmeras as definições de agricultura familiar, sendo a mais aceita,

atualmente, a definida pelo IBGE, que fundamentada na lei nº11.326 de 2006, que define a agricultura familiar como o estabelecimento que atende, ao mesmo tempo, aos requisitos seguintes: não possuir uma área maior que 4 (quatro) módulos fiscais; utilizar predominantemente mão de obra familiar; ter a renda familiar predominante da agricultura; e por fim, dirigir o estabelecimento em conjunto com a família.

Sendo assim, de acordo com o último Censo Agro (2017) realizado pelo IBGE, cerca 67% da mão de obra dos estabelecimentos agropecuários são oriundos da agricultura familiar. Isso equivale a cerca 10.115.559 pessoas. Vale ressaltar também, que a agricultura familiar, no Brasil, representa cerca de 77% dos estabelecimentos, sendo responsável por 23% do valor da produção, ocupando 23% da área total dos estabelecimentos agropecuários.

Nesse contexto, as condições do trabalho e a saúde do trabalhador rural constituem importante tema para pesquisa na área médica. Isto porque existem idiosincrasias epidemiológicas em relação aos trabalhadores da área urbana quando comparados aos da área rural. Essas especificidades estão relacionadas ao ambiente rural, ao descompasso entre o grau de escolarização do trabalhador rural no que se refere aos avanços tecnológicos da agroindústria e também da própria agricultura familiar, no uso de agrotóxicos, na exposição maior e mais intensa a poeira, ao sol, as configurações do tempo de trabalho, com jornadas mais fatigantes e não recomendada pela Saúde pública.

Diante dessa problemática, a discussão que segue busca demonstrar e discutir um projeto de intervenção realizado com trabalhadores rurais em um município do interior do Estado de Goiás. O objeto se configura na forma seguinte: o trabalhador da agricultura mecanizada, pelas exigências trabalhistas e pelas condições econômicas das instituições em que laboram possuem uma certa proteção quanto aos fatores de risco existentes no ambiente de trabalho capazes de provocar agravos à saúde. Já, os trabalhadores da agricultura familiar apresentam uma realidade distinta, uma vez que os mesmos não possuem a mesma retaguarda quanto a segurança e saúde no trabalho, sendo mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças ocupacionais.

Esta dissertação é composta por uma discussão que busca delimitar a situação geral da saúde do trabalhador rural, discutir pontos como os problemas de saúde que são tencionados pelas singularidades do ambiente, os avanços

tecnológicos do trabalho rural e o uso de ferramentas e maquinários cujo uso inadequado favorece o surgimento de problemas de saúde.

Seguido por um referencial teórico que embasou o método, a partir dos trabalhos de Mário Testa e procedimentos metodológicos operacionais mais específicos.

Assim, também foi delimitada a área onde foi aplicado o projeto de intervenção, buscando demonstrar as principais características do trabalho rural nessa região. Onde uma atenção especial é dada a agricultura mecanizada e as distinções entre o pequeno agricultor e o grande agricultor. Bem como posteriormente foi tratado o plano de intervenção, onde se mostra as etapas do projeto, a formulação de um PROGRAMA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR - PVST para os trabalhadores da agricultura familiar e a formulação de uma cartilha de conscientização.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

As condições do trabalho e a saúde do trabalhador rural constituem importante tema para pesquisa na área das ciências da saúde e social. Isto porque existem idiosincrasias epidemiológicas em relação aos trabalhadores da área urbana em comparação aos trabalhadores da área rural. Essas especificidades estão relacionadas ao ambiente rural, ao descompasso entre o grau de escolarização do trabalhador rural no que se refere aos avanços tecnológicos da agroindústria e também da própria agricultura familiar, no uso de agrotóxicos, na exposição maior e mais intensa a poeira, ao sol, as configurações do tempo de trabalho, com jornadas mais fatigantes e não recomendada pela Saúde pública.

2.1 VÍNCULO CASUAL ENTRE TRABALHO E ADOECIMENTO INDIVIDUAL OU COLETIVO

O vínculo causal entre o trabalho e o adoecimento individual ou coletivo, seja este adoecimento já instalado ou potencial, é um ponto fundamental nos trabalhos dos profissionais de saúde e das preocupações governamentais em relação a Saúde do Trabalhador. Pode-se realizar isso através da delimitação e do controle de todos os fatores de riscos para saúde que as condições específicas do trabalho agregam para o trabalhador através do diagnóstico, tratamento, assim como prevenção dos agravos a saúde, lesões surgidas por causa do trabalho (BRASIL, 2001).

O trabalho é um importante determinante da situação de saúde dos trabalhadores, de suas famílias e da comunidade. Ao mesmo tempo em que organiza a vida e produz a sobrevivência material das famílias, confere sentidos e significados à vivência social e coletiva, com importantes impactos positivos na coletividade. Por outro lado, trabalhar em condições precárias e adversas resulta em impactos negativos, adoecimentos e mortes. Empreendimentos e processos produtivos instalados em um território, além de impactar a saúde de seus trabalhadores, frequentemente resultam em impactos ao meio ambiente e às comunidades e populações circunvizinhas e, às vezes, em locais mais distantes. É importante que se considere a realidade do mundo do trabalho nas análises de situação de saúde em cada território em que se está atuando. (BAHIA, 2014)

Os trabalhadores estão predispostos as doenças que acometem toda a população, a doenças que são agravadas pelos fatores do ambiente laboral e a doenças que somente se desenvolvem naqueles trabalhadores que exercem determinados ofícios . Segundo Mendes e Dias (1999), para delimitar o adoecimento ou a morte do trabalhador, deve-se realizar uma análise de 4 grupos de fatores ou causas: (1) doenças comuns, que não estão relacionadas ao trabalho; (2) doenças comuns que possuem relação com o trabalho, não havendo relação de necessidade causal, mas apenas de influência, seja no grau de ocorrência; (3) doenças comuns diretamente agravadas pela ocupação; (4) doenças específicas relacionadas ao trabalho, aqui a relação de necessidade causal é direta (BRASIL, 2001) (tabela 1).

Tabela 1. Doenças ocupacionais e sua classificação

CATEGORIA	EXEMPLOS
I TRABALHO COM CAUSA NECESSÁRIA	Intoxicação por chumbo; Silicose; Doenças profissionais legalmente reconhecidas.
II FATOR ONDE O TRABALHO CONTRIBUI	Doença coronariana; Doenças do aparelho locomotor; Câncer; Varizes dos membros inferiores.
III TRABALHO COMO CAUSA DE PROBLEMA LATENTE OU AGRAVADOR DE DOENÇA JÁ EXISTENTE	Bronquite crônica; Dermatite de contato alérgica; Asma Doenças mentais.

Fonte: Tabela criada a partir Schilling (1984)

No caso dos agravos mais específicos há aquelas doenças tipificadas como profissionais, onde a ocupação é causa direta (ver grupo I na tabela 1). Aqui, os profissionais devem operar buscando eliminar o agente causador através de substituição ou controle, com o intuito prevenir a doença. A tabela 2, a seguir, sintetiza esses grupos de agentes de risco (BRASIL, 2001).

A tabela 1 sintetiza os grupos de doenças de acordo com a classificação de Schilling (1984). Repare que na Categoria 1, há relação causal entre a doença e o trabalho, sendo tipificadas como doenças ocupacionais no sentido estrito. Na Categoria 2, há aquelas doenças onde o trabalho contribui diretamente (BRASIL, 2001). Trata-se de doenças que embora não sejam restritas a ocupação, é claramente agravada pela ocupação. Aqui o nexos causal é fundamentalmente epidemiológico.

Na Categoria 3, há as doenças onde o nexos causal é latente ou agrava a doença já existente adquirida fora do trabalho (BRASIL, 2001). Interessante notar que nas categorias 2 e 3 as doenças são de etiologia múltipla, onde o trabalho é fator de risco, não necessariamente de causa. Isto quer dizer que o trabalho aumenta substancialmente a probabilidade de ter a doença ou, caso já exista, aumenta a gravidade do quadro, como afirma Last (1995). A caracterização da doença é de natureza epidemiológica, onde se analisa os aspectos qualitativos e quantitativos, onde o estudo da ocupação é fundamental. Monta-se a partir disso uma lista dos fatores de risco e, logo após, um conjunto de ações com vista a eliminação desses fatores. Conforme o Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os fatores de risco podem ser classificados em 5 grupos (tabela 2):

Tabela 2. Fatores de risco advindos do trabalho

Grupos	Exemplos
FÍSICOS	Ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros;
QUÍMICOS	Agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho (ver a coluna de agentes etiológicos ou fatores de risco na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho);
BIOLÓGICOS	Vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária (ver a coluna de agentes etiológicos ou fatores de risco na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho);

ERGONÔMICOS E PSICOSSOCIAIS	Decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores;
	trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros;
MECÂNICOS E DE ACIDENTES	Ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho.

Fonte: BRASIL (2001)

tabela 3, demonstra um quadro com os instrumentos técnicos a serem usados para analisar os nexos supracitados. Trata-se de uma tabela retirada do Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Essa tabela organiza os instrumentos segundo o foco da análise do médico, dos danos e fatores de risco, coletivo ou individual dos trabalhadores.

Como observado, por exemplo, na Figura 1. Que demonstra um trabalhador expostos a uma série de riscos: químicos, físicos, biológicos, acidentes e ergonômicos, os quais provocam doenças ocupacionais. Essa situação já fora inclusive denunciada por Monteiro Lobato no início do século XX quando criou a figura do Jeca Tatu (Figura 2), de cunho social, de natureza crítica e que denuncia questões como o contexto arcaico do universo rural e o descaso com doenças como o amarelão, então sério problema de saúde pública na época. Também, no início do século XX, Osvaldo Cruz realizou estudos e trabalhos voltados ao combate às epidemias de "doenças infecciosas relacionadas com o trabalho", tais como a ancilostomose e a malária que incapacitaram e mataram milhares de trabalhadores na construção de ferrovias, e a febre amarela nos portos. Em 1910, ele dirigiu pessoalmente frentes de trabalho na ferrovia Madeira-Mamoré (FUNDACENTRO, 2004).

Figura 1: Trabalhador Agrícola



Fonte: Acervo pessoal do autor

Figura 2: Jeca Tatu



Fonte: Jeca Tatuzinho - Monteiro Lobato

É importante ressaltar que é essencial considerar a fala do trabalhador para investigar a relação entre doença e trabalho e não apenas as informações que o médico adquire sobre a ocupação do paciente, dos manuais ou da literatura técnica em medicina (BRASIL, 2001). Apesar do avanço e sofisticação da tecnologia para pesquisa de condições e ambiente de trabalho, saber como descrever as condições, situações e eventos inesperados reais que ocorrem na vida cotidiana e podem explicar a doença só pode ser montado com auxílio dos próprios trabalhadores (BRASIL, 2001).

No contexto dos serviços de saúde, o principal meio de investigação da relação entre doença e trabalho e, portanto, o principal meio para o correto diagnóstico da patogênese dos danos à saúde e do trabalho, é representado pela anamnese ocupacional (BRASIL, 2001).

A anamnese ocupacional de um trabalhador específico ou grupo de trabalhadores faz parte de uma entrevista médica que inclui a história clínica atual, estudos de vários sistemas ou dispositivos, história pessoal e familiar, história ocupacional, hábitos e estilo de vida, exame físico e exames complementares (BRASIL, 2001).

Dependendo da situação específica, a investigação das condições de exposição a fatores de risco à saúde presentes no ambiente de trabalho e as condições de trabalho levantadas nas entrevistas com o paciente/trabalhador podem ser complementadas pela literatura técnica (BRASIL, 2001). Observação direta no local de trabalho, análise ergonômica das atividades, descrição dos produtos químicos utilizados no processo de trabalho e cada trabalho de registro toxicológico obtido diretamente de responsável pelo uso, como supervisores, gerentes, fabricantes de produtos, etc (BRASIL, 2001).

Falar sobre como o seu corpo reage ao trabalho, e do lado de fora do trabalho, falar sobre seus pensamentos e sentimentos sobre o trabalho, é essencial para a identificação de doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001). Esta é uma tradução prática da recomendação feita em 1700 pelo médico italiano Bernardino Ramazini de que todos os médicos devem perguntar a seus pacientes sobre que ocupação exerce (BRASIL, 2001).

Existem diversos roteiros para a anamnese de doenças ocupacionais preexistentes que podem ser adaptados às necessidades de serviços médicos e

à população ativa que recebe serviços (BRASIL, 2001). Dependendo da queixa e da condição do paciente, ela pode ser reduzida ou aumentada ou focada em aspectos específicos.

Embora a certeza não possa ser atingida, o histórico ocupacional coletado dos trabalhadores pode ajudar a orientar as inferências clínicas sobre a contribuição do trabalho atual ou passado na determinação e na evolução da doença. Em várias situações, o histórico pode mostrar a predisposição do trabalhador a determinada situação de risco que a ocupação possui, já que mesmo quando não há manifestações clínicas nem laboratoriais, sugere a necessidade de se monitorar o trabalho, como é exemplar o caso de indivíduos que afirmam que estão expostos ao asbesto e a solventes orgânicos (BRASIL, 2001). É necessário ainda analisar os trabalhos que o indivíduo em questão realizava no passado, distinto do trabalho atual, para procurar latências que podem causar doenças. Trabalhos realizados desde que o trabalhador está ativo, podendo superar 20 anos de históricos de ocupações (BRASIL, 2001). É necessário, assim, saber como foi a vida ocupacional deste indivíduo.

Segundo o Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), em casos específicos, pode ser de grande ajuda a anamnese ocupacional de grupos de trabalhadores que exercem a mesma atividade ocupacional. Este conselho dado pelo Manual foi retirado de uma adaptação metodológica a partir da experiência de médicos que cuidavam de sindicalistas na Itália, na década de 1980. Trata-se de um método muito útil que resgata os saberes dos próprios trabalhadores sobre sua situação, o que sentem, o que sofrem.

Dambe (1996) considera a relação de causa e efeito entre ocupação e doença como um processo social. Já, Desoille et. al. (1975) afirma que a prova se funda em argumentos que presumam, não necessariamente precisa o médico provar de forma definitiva e inquestionável. Essa noção de presunção é fundamental pelo motivo seguinte: no mundo do trabalho, a relação entre adoecimento e ocupação trás encargos para o empregador que tendeu, historicamente, a negar sua culpa perante o sofrimento dos trabalhadores. Face ao poder que grandes empresas detêm sobre legislação, sobre a capacidade para compra da política, para manipular as discussões sobre adoecimento, sobre de quem é ou não a culpa, a questão da presunção é fundamental, pois dá ao trabalhador mais força para lutar por condições de trabalho melhores (BRASIL, 2001). A tabela 3 mostra também, o procedimento para investigar

a relação causal entre doença e trabalho. Ele integra etapas que podem ajudar as equipes de saúde a identificar elementos de apoio às decisões relacionadas à relação causal entre hipóteses diagnósticas e trabalho (BRASIL, 2001). Ao mesmo tempo, ilustra as etapas adotadas ao abordar um indivíduo para facilitar as conclusões e garantir a precisão. O reconhecimento da relação etiológica entre dano e trabalho geralmente tem implicações sociais, trabalhistas, de responsabilidade e, às vezes, criminais. Além disso, medidas preventivas são acionadas. Investigações incompletas ou descuidadas podem causar sérios danos a esse indivíduo (BRASIL, 2001).

Tabela 3. Diretriz para nexos causais entre doença e trabalho

Natureza da exposição:	O agente patogênico pode ser identificado pela história ocupacional e/ou pelas informações colhidas no local de trabalho e/ou de pessoas familiarizadas com o ambiente ou local de trabalho do trabalhador?
Especificidade da relação causal e a força da associação causal:	O agente patogênico ou o fator de risco pode estar contribuindo significativamente entre os fatores causais da doença?
Tipo de relação causal com o trabalho:	De acordo com a Classificação de Schilling, o trabalho é considerado causa necessária (Tipo I)? Fator de risco contributivo de doença de etiologia multicausal (Tipo II)? Fator desencadeante ou agravante de doença preexistente (Tipo III)? No caso de doenças relacionadas ao trabalho, do tipo II, as outras causas, não-ocupacionais, foram devidamente analisadas e hierarquicamente consideradas em relação às causas de natureza ocupacional?
Grau ou intensidade da exposição:	É compatível com a produção da doença?
Tempo de exposição:	É suficiente para produzir a doença?
Tempo de latência:	É suficiente para que a doença se instale e manifeste?
Registros anteriores:	Existem registros quanto ao estado anterior de saúde do trabalhador? Em
	caso positivo, esses contribuem para o estabelecimento da relação causal entre o estado atual e o trabalho?
Evidências epidemiológicas:	Existem evidências epidemiológicas que reforçam a hipótese de relação causal entre a doença e o trabalho presente ou progresso do segurado?

Fonte: BRASIL (2001)

Pode ser necessária análise e inspeção mais acurada para identificar ou provar o impacto da exposição ocupacional a fatores ou situações de risco, especialmente em um estágio inicial, especialmente complementar à toxicologia, eletromiografia, clínicas especializadas, testes de função respiratória, testes auditivos, etc (BRASIL, 2001). Deve-se prestar atenção às precauções necessárias para a correta coleta, armazenamento e transporte de material biológico enviado para inspeção ou seu desempenho. Por exemplo, um teste auditivo requer um descanso acústico de pelo menos 14 horas antes do teste. Para visualizar alterações radiológicas pulmonares na presença de suspeita de pneumoconiose, os exames devem ser realizados de acordo com técnicas padronizadas da OIT, para que os resultados possam ser examinados e comparados sequencialmente (BRASIL, 2001).

Os testes toxicológicos são uma ajuda clínica importante para avaliar o grau de intoxicação provocado pela exposição no local de trabalho. Eles identificam casos clinicamente suspeitos, detectam novos casos de exposição, controlam a qualidade de produtos ou alimentos potencialmente associados à exposição e controlam os níveis de contaminantes ambientais e a exposição biológica a patógenos (BRASIL, 2001). No entanto, eles geralmente são caros e requerem um laboratório bem equipado com excelente qualidade analítica, o que não é o caso da situação dos trabalhadores da agricultura familiar que só tem acesso ao Posto de Saúde. Os resultados dos testes toxicológicos são de valor relativo e devem sempre ser interpretados como intimamente relacionados à clínica (Câmara & Galvão, 1995).

Para os procedimentos de vigilância, é fundamental a monitoração biológica dos trabalhadores que lidam com venenos e/ou agrotóxicos. A Lei do Trabalho e seus suplementos, de acordo com o Regulamento / MTb nº 3.214 / 1978, as Normas Regulamentares (NR) nº 7 estabelecem a situação, condições, parâmetros e indicadores biológicos para sua realização. Esses parâmetros incluem o índice biológico máximo permitido (IBMP) e o valor de referência de normalidade (VRN).

Informações adicionais sobre os fatores de risco identificados nas entrevistas com os pacientes podem ser necessárias para confirmar o diagnóstico e estabelecer a relação entre a doença e o trabalho. Para os trabalhadores empregados, essas informações são solicitadas ao próprio empregador ou empresa, como pesquisas ambientais, registros qualitativos ou quantitativos incluídos no Programa de

Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) exigido pela Portaria NR 9 / MTb 3.214/1978. Os resultados das avaliações clínicas e laboratoriais realizadas para o Programa de Gestão Médica e Saúde Ocupacional (PCMSO) e os registros patrocinados pelo governo de acordo com a NR 7 na mesma ordenança acima também são úteis (BRASIL, 2001).

No entanto, na maioria dos casos, médicos ou profissionais de saúde lutam para obter as informações necessárias para concluir um diagnóstico. Isso porque muitas das vezes o empregador não está em conformidade com a lei ou as informações estão ausentes ou não são confiáveis (BRASIL, 2001). Nesses casos devem ser analisados diversos fatores como: as tarefas mais frequentes, postura, gestos e movimentos, descrição do produto utilizado, quantidade e tempo de uso, presença ou ausência de odores e / ou interferência na atividade (como ruído ou comunicação), número de peças produzidas, intensidade e método de controle do ritmo de trabalho, interação com outras tarefas, incidentes que podem aumentar contingências e/ou exposições, tipo de instalação, layout, contaminação adjacente, fumaça, dados físicos e ambientais, etc. (BRASIL, 2001).

Em relação a este ponto, acesso a essas informações, este projeto de intervenção não terá problemas, já que os trabalhadores da agricultura familiar não estão submetidos a empresas ou empregadores, o que faz com que sejam donos das próprias informações que prestam as equipes de saúde. Isto significa que todas as informações contidas no parágrafo anterior são dadas de forma espontânea para as equipes de saúde por parte dos trabalhadores rurais (BRASIL, 2001).

Antes de tudo, é importante compreender um dado: os trabalhadores assistidos pelas grandes empresas possuem acompanhamento para mitigar os problemas de saúde que possuam ou para preveni-los. Enquanto grande maioria dos trabalhadores da agricultura familiar não são assistidos, como ficou claro anteriormente aqui.

Ainda, segundo Alves (2003) e Brito e Porto (1991), é preciso ter ciência de que toda intervenção em saúde pública voltada para o trabalhador deve ser pautada na ideia de que a saúde desse trabalhador não se reduz somente a inexistência de doenças ocupacionais ou de acidentes de trabalho. Deve-se ter ciência de que é preciso analisar todos os riscos que eventualmente possam trazer problemas a saúde desse trabalhador. Para que assim, seja possível eliminar os fatores que tem alta

probabilidade de tencionar doenças ocupacionais ou agravar quadros clínicos já existentes.

Desta forma, a rigor, o projeto tem como principal objetivo a construção de um Programa de Vigilância a saúde dos trabalhadores que ainda não são assistidos e se encontram desprotegidos, seja pelas próprias condições inerentes ao trabalho, seja pela falta de informação ou conhecimento. Ou seja, estes trabalhadores precisam ter uma espécie de PCMSO, como o tem os trabalhadores das grandes empresas de grãos da região de Cabeceiras e Formosa no estado do Goiás. O projeto de intervenção visa agir sobre as doenças que serão citadas no diagnóstico situacional.

2.2 AS ASPECTOS SOCIAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL

A partir do início do século XX, muitas transformações tecnológicas, sociais e nas novas configurações que o Estado tomou, caminhando para um Estado, mesmo que tardio e incompleto, de bem-estar social, o trabalho na área rural sofreu diversas mudanças. O processo de industrialização levou a uma produção massificada de mercadorias e serviços, o que mudou as formas de vida dos trabalhadores, modificando também, em grande medida, o trabalho no campo. A mecanização, o uso da agroquímica, através de agrotóxicos e fertilizantes, do uso da biotecnologia, fez com que a produção avançasse. Entretanto esta modernização do trabalho no campo (muitas vezes discutida através de categorias como “revolução verde”) acarretou diversos pontos negativos, como a contaminação de rios e lagos, o desmatamento e a diminuição da qualidade da saúde do trabalhador. Dessa forma, no Brasil durante muitas décadas, essas mudanças, junto com uma falta de atenção do Estado em relação a saúde pública do trabalhador rural, se tornou uma questão social para a sociedade Brasileira (VIEIRA, 2012).

Desse modo, com a abertura democrática a partir da década de 1980 e com inspiração nos imperativos da Conferência de Alma-Ata, em 1978, as lutas pela saúde no campo e o movimento sanitário passaram a ganhar força, buscando um atendimento mais abrangente, a fim superar o problema do modelo paliativo. Assim, a partir dos anos de 1980 e da Lei Orgânica da Saúde, instituída em 1991, todos os trabalhadores tiveram diversos direitos consolidados (AUGUSTO, 1995). Mas, mesmo com isso, nos dias atuais, no contexto rural, ainda existe um descaso em relação ao

direito a saúde do trabalhador do campo, sendo os princípios do SUS desrespeitados substancialmente. Ademais, não há políticas adequadas de promoção da saúde, assim como da prevenção dos agravos (SOUZA et. al., 2007). Do ponto de vista mais teórica, pelo SUS, a saúde do trabalhador transcende estratégias individuais curativas, de matiz tradicional, propondo ações em sua maioria das vezes intersetoriais e interdisciplinares. Sob o ponto de vista do Ministério da Saúde, a saúde do trabalhador é:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990).

Ou seja, o SUS deve procurar os eventos prejudiciais para a saúde sob a perspectiva da epidemiologia e procurar ações eficazes sobre esses eventos. Dentre os riscos maiores para os trabalhadores rurais podem ser citados os acidentes, em sua maioria das vezes com ferramentas manuais, assim como uso de máquinas. Tem-se também muitos acidentes com animais peçonhentos, agentes infecciosos que o trabalhador fica exposto, como parasitas endêmicos.

Além disso, o ritmo intenso do trabalho, como a lavoura da cana, por exemplo, causa diversos danos para a saúde, como Lesões por Esforço Repetitivo. Tudo isso somado a problemas mentais, agrotóxicos e ao fato dos postos de saúde e hospitais serem na maioria das vezes distantes do campo (SILVA, 2005).

É importante, portanto, delimitar os principais fatores que interferem na saúde do trabalhador agrícola, por parte dos profissionais e das Instituições de saúde pública no Brasil. Por conta disso, busca-se aqui construir uma espécie de paisagem da saúde e dos desafios para a mesma no trabalhador do campo, dos agravos principais que atingem o indivíduo em questão, fazendo pontos com uma discussão sobre o processo produtivo.

No Brasil, cuja riqueza na esfera rural constitui um setor abrangente e dos mais importantes na economia nacional, há um protagonismo forte do trabalhador

rural no patrimônio brasileiro, sendo sua saúde não apenas importante do ponto de vista dos direitos sociais, como também do ponto de vista estratégico para a economia. Mas fato é que, mesmo que muito relevante para o PIB nacional, e apesar das lutas sociais que travaram décadas, ainda existe uma política pública de saúde deveras deficiente para essa fatia da classe trabalhadora que, segundo o Censo Demográfico de 2010 (o último censo realizado no país) há mais ou menos 30 milhões de habitantes (IBGE, 2010).

Sendo assim, é importante frisar que o trabalhador rural constitui uma expressão nacional muito forte, já que, reiterando, o PIB brasileiro depende muito do seu trabalho. Elizabeth Dias afirma que a história do trabalho rural brasileiro quase que se confunde com a própria história do país (DIAS, 2006).

Portanto, compreender, mesmo que de forma sucinta, a situação da saúde do trabalhador rural no Brasil do ponto de vista histórico e mais abrangente, é uma contribuição auxiliar de grande utilidade para quaisquer pesquisas sobre saúde do trabalhador no campo.

Segundo Abreu e Alonzo (2014) a maior parte das pesquisas sobre o trabalhador rural foca no problema relacionado a agrotóxicos. No que se refere aos riscos distintos deste, a exemplo de problemas psicológicos, há um número deficiente de pesquisas. Isso ocorre pela condição de pesquisa na área rural que é mais difícil, assim como também a influência das preocupações mais urbanas de saúde. Neste ponto, deve-se atentar para o fato de que dentre os problemas urbanos, os agrotóxicos também se incluem, ganhando mais visibilidade.

O Brasil possui grande extensão territorial, diversidade de climas e solos altamente férteis para plantações diversas. Os agravos que vitimam o trabalhador rural são distintos, exatamente por causa da divergência do trabalho e técnica do cultivo, em relação a regiões do país. Assim, problemas dos mais variados como exposição a agrotóxicos, a radiação ultravioleta, falta de higiene, acidentes com uso de ferramentas e máquinas, dentre diversos outros, são marcantes no trabalho no campo.

Apesar disso, é na área rural que a saúde do trabalhador é mais precária, não apenas pela condição inóspita do trabalho, mas a má-fé da saúde pública no Brasil.

As condições do processo de trabalho que contribuem para esses acometimentos podem ser representadas pela manipulação de máquinas e veículos específicos, ferramentas/instrumentos e animais; carregamento de peso e outras atividades que geram lesões musculoesqueléticas; exposição a ruídos, vibrações, agentes infecciosos, poeiras, produtos químicos, substâncias orgânicas; condições habituais de zonas rurais, como atuação sob intempéries, temperaturas altas, radiação solar, risco de picadas por animais peçonhentos; bem como o risco de ocorrer escorregões, tropeços e quedas, entre outros. (ROCHA et al., 2015).

Ou seja, os trabalhadores rurais estão expostos não apenas a química, ao ambiente, a agrotóxicos, às ferramentas e maquinário, as incertezas climáticas, mas expostos também a condições sociais onde sua mente se torna vulnerável, tencionando problemas psíquicos. Além disso, o número de horas de trabalho por dia constitui quase um problema clássico de saúde do trabalhador rural, como a lavoura da cana exemplifica da forma mais clara. Além disso, o esforço físico de trabalhos como esse é muito grande e acima das capacidades do cidadão. Somando-se a isso o sol escaldante o que leva a desidratação, e também a renda muito baixa desses trabalhadores (ROCHA et. al., 2015).

Sobre a pressão psicológica, ela pode estar ligada a rigidez e ritmo de trabalho, assim como as características do trabalhador, podendo estar ligada também a insatisfação em relação a vida e a seu trabalho (ROCHA et. al., 2015), compreensível dado o status social subjetivo e objetivo do trabalhador rural. Subjetivo em relação a hierarquia moral do trabalho, onde o trabalhador rural está abaixo. Objetivo em face dos ganhos reais oferecidos pela sociedade a este trabalhador: baixo salário, parca condição de trabalho, pouca perspectiva para ascensão social. A mobilidade social do trabalhador rural é muito baixa, na medida em “que muitos começam a trabalhar na agricultura ainda jovens, e permanecem exercendo o ofício até a terceira idade. A baixa escolaridade entre a população rural permaneceu destacada” (ROCHA, 2015, p. 332).

Ademais, como afirma Morin (2016), os problemas psíquicos também estão relacionados, em muitos casos, a fatores químicos, como é o caso do uso de pesticidas.

Uma pesquisa realizada em 2016 em Amélia Rodrigues, na Bahia (BECK FILHO, 2016), com trabalhadores rurais do corte de cana-de-açúcar, demonstra a existência de alto consumo de bebidas alcoólicas por parte dos trabalhadores. O autor afirma que o seguinte sobre as possíveis causas desse fenômeno:

Isto ocorre como um mecanismo de defesa, uma fuga do sofrimento mental, da sobrecarga emocional e mesmo das condições de trabalho, tornando o consumo do álcool uma 'válvula de escape', um aliado para o alívio da tensão, do desprazer e do sofrimento, induzindo a quadros graves de dependência alcoólica. (BECK FILHO et al., 2016).

Não é novidade que o vício é apontado como uma das principais respostas para a depressão e demais formas de sofrimento psíquico. Quanto mais infeliz, maior a tendência para o vício, muito embora a relação seja de tendência e não de necessidade causal.

Outrossim, no que diz respeito tanto a problemas psíquicos quanto econômicos está a incerteza climática. Isso porque, é inegável que o clima e a atividade agrícola andam de mãos dadas. Sendo assim, o efeito das mudanças climáticas na agricultura tem um impacto muito significativo. Na linha de frente desse grande impacto está o produtor rural, que sente na "pele e no bolso" o prejuízo causado pelas incertezas climáticas.

No que se refere a tecnologia e seu uso na agroindústria, a fluidez de bens de consumo e das informações na atualidade demanda, por parte da produção, determinados avanços para acompanhar essa demanda. Deste modo, a agroindústria tem avançado muito no uso de tecnologias industriais, em ferramentas sofisticadas, alavancando sua capacidade de produção, também apresentam agravantes para a saúde do trabalhador, o que pode ser visto pelo número elevado de acidentes do trabalho na área rural, o que foi mostrado por Rocha (2015).

Os acidentes com máquinas podem ser somados de forma auxiliar ao problema da carga exaustiva, que exige esforço físico acima do recomendado pelos profissionais de saúde. Exige também, disposição psicológica muito elevada (ROCHA et. al., 2015). Muito embora o trabalho esteja ligado a produtos químicos e uso de

ferramentas perigosas, o uso dos Equipamentos de Proteção Individual tem sido com muita frequência feito de maneira errada e, muitas vezes também, sequer há cuidados, não apenas por parte do empregador, mas porque muitos trabalhadores acham incômodo, como afirma Silva et. al. (2016).

Somado a isso, constata-se ainda que a produção extensiva demanda grande área territorial, área esta que acaba causando distanciamento entre trabalhadores em relação as instituições de Saúde pública.

Nos casos muito urgentes, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é indispensável para o atendimento das vítimas.

Em face da importância do trabalhador rural para economia e para a sociedade brasileira, as políticas públicas têm se feito presentes. Nesse ponto, duas correntes de atenção podem ser destacadas: a estimulação dada pelo Estado para a agricultura familiar, e os grandes polos agroindustriais. No primeiro caso, o Estado opera a partir do Programa de Aquisição de Alimentos, do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar, da Política Nacional de Reforma Agrária e da Assistência Técnica e Extensão Rural, entre outros. Já no segundo caso, o incentivo se dá por meio de financiamentos realizados pelo governo, por concessões tributárias, e ajudas nos casos de perda de safras a estiagens e outros fatores (MÜLLER, 2007).

Entretanto, mesmo que haja grande número de políticas públicas para os trabalhadores rurais, as políticas voltadas para a saúde têm se feito cada vez mais indispensáveis. O SUS de fato consegue tratar e conter diversos agravos para a saúde dos trabalhadores rurais, mas ele pode e precisa ser mais eficiente, o que poderia ocorrer se tivesse política mais voltada para esses trabalhadores, atendendo e observando a sua especificidade, dando maior orientação para profissionais que atuam na área.

A demanda por produção crescente na área rural, ligada a avanços no ramo da química voltados para venenos como pesticidas e praguicidas, tornou possível que os agrotóxicos e seu uso se expandissem por todo o Brasil. Sendo usado nas colheitas e nos alimentos que advêm dela. Assim, Faria et. al. (2000) ao constatar esse fenômeno, no seu estudo em dois municípios do Rio Grande do Sul, uma pesquisa realizada com mais de 1.400 trabalhadores, constatou também que cerca de 95% da produção faz uso de forma irregular, de pesticidas. Ademais, a pesquisa deixou evidente que a maioria dos trabalhadores se expõem de maneira indevida a esses

compostos. Assim como dentro deste número, quase todos eram os próprios aplicadores dos pesticidas supracitados. Vale ressaltar também que metade dos trabalhadores que fizeram parte da pesquisa usaram agrotóxico por mais de 10 anos. Assim, os dados indicam uma necessidade de urgência na otimização dos cuidados da saúde por parte da atenção básica. Tendo em vista o período prolongado que os trabalhadores já passaram com esses agravantes.

Os agrotóxicos são muito prejudiciais para a saúde humana. Siqueira e Kruse (2008) chegam a afirmar que os agrotóxicos já foram detectados até mesmo no leite materno, além das amostras do sangue, o que sugere um contexto de trabalho onde a possibilidade de anomalias congênitas é potencializada, assim como o câncer, as disfunções da reprodução, demência dos trabalhadores rurais e de seus descendentes. Faria et. al. (2000) diz que cerca de 12% dos entrevistados afirmaram experiência de intoxicação aguda com o uso dos agrotóxicos, mais marcante por organofosforados, que é o maior responsável por intoxicações (SIQUEIRA, 2013).

É sabido que em Mato Grosso do Sul as intoxicações por compostos como esses tem vitimado principalmente trabalhadores rurais do sexo masculino, como afirma Pires et. al. (2005). Isso pode ser explicado através do simples fato de que os homens constituem maior parte dos trabalhadores que lidam com aplicação agrotóxica. Esse fato se torna ainda mais sério do ponto de vista da saúde se os números forem levados em consideração, o número mostrado por Siqueira et. al. (2013) sobre uso de Equipamentos de Proteção Individual, onde ele mostra que cerca de 27% não usam qualquer dos equipamentos, sendo que cerca de 4% sequer conhece esses equipamentos.

Um problema que vitima toda a população brasileira, entretanto mais incidente nos moradores da área rural é aumento exponencial de casos de morbidades ligadas a agrotóxicos e intoxicação diversas. Isso, muitas vezes explicado pelo fato desses trabalhadores apresentarem uma escolaridade radicalmente baixa diminuindo substancialmente a capacidade para lidar com as sofisticadas tecnologias e os equipamentos, além de haver dificuldades para compreensão dos problemas de saúde gerados.

Os estudos demonstram que mais da metade (57%) da amostra dos trabalhadores rurais possuem o grau de ensino fundamental incompleto e que 19,7% são analfabetos (SIQUEIRA, 2013). Esse fato se torna preocupante ainda mais por

causa da dificuldade em se conseguir informações sobre riscos e uso correto do instrumental tecnológico disponível, o que aumenta exponencialmente os casos de intoxicação e aumenta também os danos a saúde dos trabalhadores rurais.

Outro ponto a ser considerado é a grande exposição que o trabalhador rural tem a radiação ultravioleta, assim como a maior facilidade de adquirir câncer de pele. A exposição sem proteção é, como afirma dados do INCA (2007), o maior fator de risco, sendo as queimaduras e o eritema os primeiros sinais, como afirma Franco et. al. (2016).

Como mostram estatísticas (INCA, 2017), havia estimativa para 2016, onde mais de 80 mil casos de novos cânceres de pele não melanoma, que são menos agressivos e mais comuns, nos homens e nas mulheres cerca de 95 mil, demonstrando prevalência enorme dessa neoplasia.

Desta maneira, a exposição contínua a raios ultravioletas, e maior caso de neoplasias na pele, está ligado a profissões distintas, sendo mais forte no trabalhador rural. Isto porque o trabalho ao ar livre é predominante na área rural, sendo inclusive nos momentos onde o sol é mais forte.

Assim, a exposição dos trabalhadores rurais não é apenas mais intensa, como também é mais demorada, o que envelhece ainda mais sua pele, principalmente na região dos ombros e atrás do pescoço, onde a proteção contra o sol é menor (HAYASHIDE et al., 2010). Isso torna mais fácil que os trabalhadores sejam os que aparentam ter mais idade, haja vista o maior tempo de exposição: cerca de 60 anos (BORSATO e NUNES, 2009; HAYASHIDE et al., 2010).

Além desses agravantes, o fator fenotípico, relacionado a cor da pele, é também fator de grande risco para neoplasias de pele nos trabalhadores rurais. Assim, quem tem pele clara, fenótipos I ou II, são as mais predispostas aos riscos. Isto significa, em última análise, que os trabalhadores do Sul e do Sudeste estão sob maiores riscos de neoplasias de pele (GUIMARÃES et al., 2014; HAYASHIDE et al., 2010). Hayashide et. al., (2010) demonstra que face, mãos e ombros são os pontos mais atingidos.

Para além de todos esses problemas supracitados, há uma prevalência maior de doenças musculares e esqueléticas nos trabalhadores rurais. As atividades no campo, tais como colheita, preparação do solo, plantio, etc., são intensas e contínuas.

Além de repetitivas, exigindo posturas prejudiciais à saúde. O que expõe o

trabalhador a situações musculares desgastantes, causando risco, lesões, podendo (o que ocorre se não houve intervenção do profissional da saúde) desenvolver-se para patologias graves, como é o caso do Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e das Lesões Por Esforço Repetitivo (ROCHA et al., 2015).

Ferraz et. al. (2014), sobre esse fenômeno, defende que em relação as principais queixas realizadas por trabalhadores rurais em Santa Catarina, cerca de 37% estão ligadas a doenças do tecido conjuntivo e osteomusculares. E, de acordo com os diagnósticos realizados, lombalgia é a terceira das principais patologias, perdendo apenas para diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. O que revela sua substancial e abrangente prevalência nos trabalhadores rurais em detrimento dos urbanos.

A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, aliada a problemas respiratórios, interferem substancialmente na saúde do trabalhador rural. A hipertensão arterial sistêmica vem de um esquema multifatorial, que abarca o alto grau de sedentarismo que o trabalhador rural possui quando da sua aposentadoria. Isto aliado a dislipidemias e diabetes mellitus (SILVA, 2013), e trabalho intenso, para além do recomendado pelos profissionais de saúde (MOREIRA et al., 2015). Na passagem abaixo, arrola-se os dados de Silva (2013).

A prevalência de uso de agrotóxicos foi de 35,8% (IC 95% 29,6 – 42,1), sendo significativamente maior ($p < 0,001$) entre idosos moradores da zona rural 60,2% (IC95% 50,3 – 70,1) quando comparados com aqueles residentes da zona urbana 17,6% (IC95% 11,0 – 24,2) (Tabela 1). Entre as morbidades avaliadas, as maiores prevalências foram observadas para hipertensão (52%) e insônia (31,1%), seguidas de ansiedade (22,3%), reumatismo (19,6%) e depressão (18,3%). (SILVA, 2013, p. 1031-1032)

Diversas pesquisas mostram que os sintomas respiratórios advêm do contato com agrotóxicos e com poeira vegetal e animal. Mas deve-se atentar também para o hábito de fumar muito forte nos trabalhadores rurais, que ajuda a agravar o quadro de doenças respiratórias, como aponta Faria (2006). Sob aspectos gerais em relação as condições do trabalhador rural no que se refere a problemas de poeira, Faria (2006) afirma o seguinte.

As condições ambientais do trabalho rural, em particular as poeiras de origem animal e vegetal, têm sido associadas ao aumento de doenças respiratórias, como asma, bronquite crônica, pneumonites por hipersensibilidade, e outras. Várias atividades agrícolas envolvem altos níveis de exposição a poeiras e substâncias como gases tóxicos, endotoxinas e agrotóxicos. Além disso, os esporos de fungos que costumam ser contaminantes das poeiras orgânicas aumentam ainda mais os riscos da exposição a estas poeiras. (FARIA, 2006, p. 828)

Já os dados de sua pesquisa sustentam que a maioria costuma estar sujeito a níveis muito altos de poeira. Sustenta também que o nível de poeira varia em relação aos indicadores econômicos dos estabelecimentos. O grupo mais exposto foi o dos avicultores.

Mais da metade dos agricultores (52%) costumava trabalhar em locais com grande concentração de pelo menos dois tipos de poeiras. A exposição às poeiras foi mais intensa entre agricultores de estabelecimentos com melhores indicadores econômicos (renda bruta da produção, nível de mecanização e ter automóvel). Da mesma forma, os agricultores de estabelecimentos com maiores rebanhos de animais – aves, bovinos e suínos – e que usavam rações industriais na alimentação desses animais, relatavam trabalhar em ambientes com maior concentração de poeiras. O grupo mais exposto a poeiras foi o de avicultores, pois cerca de 76% deles referiram dois ou mais tipos de poeiras, em grande intensidade, durante a atividade nos aviários. Assim, a prevalência de exposição a poeiras intensas foi maior entre avicultores quando comparados aos agricultores que não tinham aviários (RP=1,56; IC 95%: 1,36-1,79). (FARIA, 2006, p. 831)

Assim, o trabalhador rural brasileiro está exposto a um conjunto singular de fatores de risco e agravantes para saúde, fatores que precisam ser compreendidos pelo governo para que as políticas de saúde pública possam ser de fato mais eficazes nivelando os cuidados com o campo no mesmo patamar dos cuidados no ambiente urbano. Essas dificuldades para promoção da saúde está ligada ao próprio processo produtivo que precisa ser tematizado em uma discussão política que entrelace uma perspectiva médica com aspectos sociais e econômicos, ligado ao uso de agrotóxico e pesticidas, assim como ao descaso da justiça trabalhista com o trabalhador rural, que tende a ser exposto a situações patológicas de trabalho. Sobre a necessidade de

perspectiva interdisciplinar por parte dos profissionais da saúde, é interessante a passagem de Freitas e Sá (2003) que alerta o grau alarmante de produtos químicos usados pela indústria e seu uso crescente no processo produtivo.

Segundo o Programa Internacional de Segurança Química – PISQ, oriundo da Conferência Mundial das Nações Unidas em Estocolmo em 1972, existem mais de 750.000 substâncias conhecidas no meio ambiente, sendo de origem natural ou antrópica. Cerca de 70.000 estão sendo utilizadas todos os dias, com aproximadamente 40.000 em significantes quantidades comerciais. Calcula-se que apenas 6.000 destas possuam avaliação considerada satisfatória sobre os riscos à saúde do homem e do meio ambiente, levando-se também em consideração que, a cada ano, entre 1.000 e 2.000 novas substâncias são liberadas para o mercado. (FREITAS & SÁ, 2003)

O maior causador dos problemas de saúde do trabalhador rural é, portanto, uma intersecção entre as condições de trabalho e as configurações que a agroindústria tem tomado. De fato, no que se refere a agricultura familiar, há menos problemas em comparação aos trabalhadores rurais da lavoura da cana-de-açúcar e demais trabalhos do tipo, por exemplo, tanto na jornada de trabalho quando no uso de produtos químicos.

O uso de agrotóxicos, ligado ao pouco ou nenhum uso de Equipamentos de Proteção Individual tem sido o principal causador de patologias na maioria dos casos, o que ocorre conseqüentemente em relação a baixa instrução do trabalhador do campo.

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Uma contribuição muito interessante sob o ponto de vista de uma Medicina ligada aos imperativos democráticos e da cidadania, é a de Mário Testa (2019). Sua contribuição, em linhas gerais, foi a de perceber o pensar estratégico enquanto reflexão que resulta das experiências que vivenciou em sua trajetória na construção do chamado Método CENDES/OPAS. Suas propostas centrais podem ser resumidas em três para o planejamento estratífico em saúde: diagnóstico situacional, poder e postulado de coerência

Uma contribuição muito interessante sob o ponto de vista de uma Medicina ligada aos imperativos democráticos e da cidadania, é a de Mário Testa (2019). Sua contribuição, em linhas gerais, foi a de perceber o pensar estratégico enquanto reflexão que resulta das experiências que vivenciou em sua trajetória na construção do chamado Método CENDES/OPAS. Suas propostas centrais podem ser resumidas em três para o planejamento estratífico em saúde: diagnóstico situacional, poder e postulado de coerência.

Suas reflexões têm como pressuposto a busca pela superação e prevenção dos problemas de saúde que vão além da perspectiva biomédica e que exigem enfoque mais biopsicossocial dos problemas. Quando se afirma que os problemas vão além das especialidades, isso significa que se trata de problemas que são um misto de problemas puramente médicos com problemas sociopolíticos, culturais e econômicos, enfim, problemas sociais. No caso do projeto de intervenção aqui exposto, isso é de particular importância, haja vista que os problemas de saúde dos trabalhadores rurais não podem ser solucionados com um enfoque reducionista, onde apenas os conhecimentos médicos sobre o corpo e sobre a saúde operam. Isto pode ser corroborado por um dado muito simples: este tipo de política de saúde (porque é política em última análise, seja por intenção, seja por omissão) jamais funcionou, havendo contingentes enormes de comunidades cujos problemas de saúde a medicina ainda não conseguiu solucionar.

O tema das “doenças da pobreza” (SANTANA e LEITE, 2016) é um bom exemplo da forma como os problemas puramente de saúde, o que em uma visão tradicional pode ser chamado de problemas médicos propriamente ditos, como se as concepções sobre corpo, sobre doença e sobre saúde que possuem os cidadãos, não fizessem parte dos problemas de saúde. O fato é que embora sejam problemas tidos como sociais, sem uma contribuição das ciências da saúde aplicada a família, não é possível políticas de saúde pública terem sucesso. Cabe as equipes de multiprofissionais da saúde a tarefa de contribuir para a promoção da saúde da população brasileira e, para isso, paradigmas reducionistas precisam ser superados. E assim, dar lugar a um paradigma mais social, onde a saúde e o social são compreendidos em conjunto pelos diferentes profissionais.

Assim como as chamadas “doenças da pobreza”, as doenças do trabalho operam do mesmo modo em termos lógicos, ou seja, são doenças que não podem

ser explicadas apenas analisando-se o corpo e sua relação com o ambiente: é preciso compreender aspectos sociais mais amplos para que a medicina possa agir com eficácia. Daí a importância fundamental da contribuição de Mário Testa. Sua reflexão parte do pressuposto, empiricamente fundamentado, de que os problemas de saúde vão além dos limites setoriais, isolado, e que é indispensável analisar os aspectos sociais como um todo.

O diagnóstico situacional é indispensável dentro da proposta de Testa (2019). O cerne do problema da estratégia é a questão do poder. A estratégia seria, assim, uma implementação da política. O autor chegou a fazer uma hierarquização dos tipos de poder: administrativo (organização dos recursos), técnico (uso de conhecimentos e tecnologias) e político (defesa dos interesses dentro da saúde).

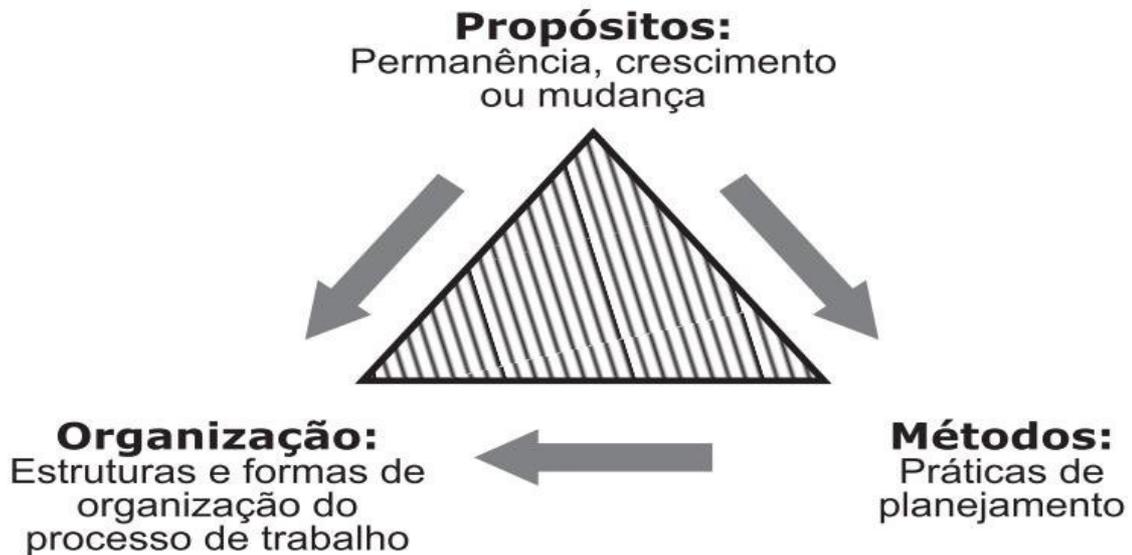
A maneira com as diversas formas de poder supracitados se ligam dá o horizonte para a construção do poder de classe, assim como dita o alcance para transformação. O ponto central é, assim, consolidação de poder.

Nessa perspectiva, Testa aponta diversas áreas: espaços sociais e institucionais nos quais os atores políticos estão inseridos, a saber, gestão central, serviços médicos e academia. Dessa forma, pode-se considerar a identificação dos diversos espaços de poder apresentados dentro de uma instituição de saúde, distinguindo os tipos de forças exercidas por diferentes atores de acordo com sua posição na estrutura do setor. Portanto, é importante planejar a identificação dos atores e o tipo de poder que será executado para aprimorar ou resolver o problema priorizado.

O “postulado de coerência” foi construído por Testa (1992) onde se representa as relações entre as propostas políticas dentro de um projeto onde os propósitos dos governos ficam explicitados, assim como os métodos a serem usados para realização dos propósitos e organizar as instituições através das quais age o governo.

Figura 3: Postulado de Coerência de Mário Testa

Postulado da Coerência



Fonte: Testa (1992)

A importância desse “postulado de coerência” está no fato de que constitui um modelo analítico que pode ser aplicado ao estudo dos processos de desenvolvimento e implementação de políticas de saúde. Nesse sentido, a “análise de coerência” pode ser realizada entre objetivos governamentais específicos (por exemplo, anunciados por meio de planos e programas governamentais) e métodos de trabalho (bem entendidos como métodos e técnicas de gerenciamento das políticas de saúde) e organização (modelo organizacional). Esse conjunto se configura como promotor ou não para formular e operacionalizar determinada política de saúde.

Em resumo, uma análise crítica dos planos de saúde e uma discussão da realidade política latino-americana desenvolvida por Mario Testa nos últimos 40 anos fornecem não apenas conceitos, mas também elementos metodológicos como “postulado de coerência” supracitado. Todo este arsenal teórico e metodológico pode ser usado como ponto de partida para definir modelos para a análise de processos políticos específicos, como planejamento de saúde e desenvolvimento de programas. A análise dos trabalhos de Mário Testa pode ajudar a caracterizar melhor um planejamento eficaz em saúde, mas sem que isso signifique um método de planejamento já pronto, já que o autor apenas oferece princípios teóricos e metodológicos, propondo uma maneira de compreender os problemas e o processo de planejamento (GIOVANELLA, 1990).

Entendendo os problemas de saúde como sociais no sentido estrito, Testa está interessado no comportamento dos indivíduos e se concentra na análise das relações de poder e na consideração das práticas de saúde como práticas ideológicas que se ajustam aos sujeitos. Assim, pensar em comportamento estratégico em saúde vai além da proposta de um plano estratégico de saúde. Poder e ideologia são as categorias subjacentes a essa ideia e são escolhidas para a análise da proposta (GIOVANELLA, 1990). Por ideologia, deve-se entender como um conjunto de ideias que ocultam a realidade. ocultação esta, que tem como propósito a reprodução da realidade.

A prática de saúde como prática social é uma prática ideológica e afeta os conceitos do sujeito, mas é difícil garantir a direção para mudar esses conceitos. E elucida o conteúdo transformador da proposta do autor para o planejamento da saúde, na medida em que transparece os mecanismos de poder que operam nas instituições de saúde, não “escamoteando as bases reais da dominação, e por ser transparente nos deslocamentos de Poder que objetiva” (GIOVANELLA, 1990).

É interessante notar que o postulado de coerência anteriormente falado aqui concretiza o intuito de Testa em perceber os problemas de saúde como problemas sociais, dando compreensibilidade com a análise dos mecanismos de poder, tanto na sociedade mais ampla, quando nas instituições de saúde, como pode ser percebido em Testa (1987). É interessante analisar a concepção de “estratégia” que tem Testa.

¿Qué es el pensamiento estratégico? Hay varias respuestas posibles para esta pregunta, según la definición que aceptemos de estrategia. Este término, de origen militar, ha sido incorporado a la terminología de varias disciplinas con sentidos algo diferentes, pero que en general tienen que ver con comportamientos organizacionales destinados al manejo de situaciones en que hay que superar obstáculos que se oponen al logro de un objetivo. (TERÇA, 1987)

Nessa passagem, o autor afirma que, embora haja várias concepções sobre estratégia, sua essência está no fato de que ela implica a análise e previsão das forças que potencialmente podem impossibilitar total ou parcialmente a realização dos objetivos. Não a toa, Testa fala tanto da questão de poder, pois no trabalho dos

médicos e de todos os profissionais de saúde, é possível sentir forças sociais e mecanismos institucionais que causam entraves para a solução dos problemas de saúde. Problemas como falta de financiamento, alocação de recursos, características socioeconômicas da população, grau de instrução escolar, singularidades culturais, etc., constituem os problemas de saúde, mas que os profissionais poucas ou muitas vezes nenhuma capacidade de ação eficaz demonstram ter. Por isso Testa coloca o poder dentro de sua concepção de planejamento estratégico.

O objetivo da mudança é determinado de maneira diferente para levar em consideração os métodos que estão necessariamente relacionados ao objetivo perseguido (GIOVANELLA, 1990). Os métodos e objetivos estão relacionados à organização da instituição responsável pela execução das ações associadas à consecução dos objetivos. Propõe a existência de relações de decisões e condicionamentos entre objetivos (ou propósitos), métodos e organizações. Essas relações precisam ser analisadas nas condições específicas de cada formação econômica e social ao discutir métodos de planejamento. Testa analisa essas relações com o capitalismo e propõe uma maneira geral de distinguir países economicamente periféricos dos países capitalistas centrais. Esses são os objetivos, métodos e relacionamentos necessários entre organizações que Testa apresenta em sua "postulado de coerência", (TESTA, 1987).

Assim, o autor compreende a saúde como uma maneira de viver, sendo os problemas de saúde enquanto problemas sociais. Este é o ponto central: os problemas de saúde devem ser compreendidos como problemas sociais, antes de qualquer coisa. Aponta a epidemiologia social como um princípio fundamental. Este ponto precisa de maiores considerações aqui, pois toca em um ponto que é caro ao projeto de intervenção aqui proposto.

Fazer uma epidemiologia social implica conceber o processo de saúde e de doença como uma resultante dos processos sociais, e o ponto fundamental é a desigualdade social, vista como resultante de relações de poder social entre classes sociais.

Assim, a alocação de recursos para atenção a saúde é um problema social, alocação esta que se encaixa no que o autor chama de problemas de organização setorial.

Eles fazem parte dos problemas associados à reprodução da força de trabalho e são determinados economicamente pela necessidade de acumulação e politicamente, pela luta trabalhista contra suas condições de vida atuais e a futura ordem social (TESTA, 1985).

Na opinião de Testa, os projetos em saúde possuem eficácia apenas em uma perspectiva de longo prazo. Em outras palavras, se for baseado na interpretação de decisões sociais no processo de geração desses problemas, levará à resolução de problemas de saúde.

Os problemas de saúde podem ser resolvidos apenas como problemas sociais. Não é eficaz dividir entre saúde e sociedade. Segundo Testa, mudanças sociais não podem ser feitas com propostas departamentais. As propostas setoriais podem apenas criar condições que abrem o caminho para a mudança social, mas é preciso ser complementada para que tenha eficácia (TESTA, 1986).

Para mudar a sociedade, precisa-se considerar questões de poder. Porque o poder é uma categoria central na análise da dinâmica social. Significa pensar em como implementar uma estratégia que possa deslocar o sentido do poder para uma orientação favorável para solucionar os problemas de saúde.

Portanto, as estratégias de saúde devem ir além da perspectiva setorial, incluindo a questão do social, e tornam efetivas as propostas de longo prazo. Para isso, você precisa conhecer o poder (TESTA, 1986).

No caso dos trabalhadores rurais e do problema do adoecimento, o planejamento estratégico implica em levar em consideração fatores tais como especificidade socioculturais, grau de instrução escolar, situação econômica dos trabalhadores. Isto para se referir aos trabalhadores. Mas também se deve levar em consideração a alocação de recursos nas instituições de saúde, a capacitação e a vontade política, se esta encontra-se orientada para lidar com os problemas, e como é possível, caso não esteja, realizar essa mudança de orientação. Demais fatores são também considerados.

Podemos perceber então, que apesar de existir ferramentas consolidadas de segurança e saúde do trabalho SST. As equipes de saúde da família da atenção básica não se encontram devidamente capacitadas e familiarizadas para colocar em pratica esses instrumentos, a fim de prevenir e acompanhar a saúde desses trabalhadores utilizando o arsenal de exames e demais instrumentos que existem,

com a finalidade de orientar sobre a importância dos equipamentos de proteção coletiva e individual.

Isso porque, apesar das relações entre o trabalho e o processo saúde/doença serem conhecidas, ainda não estão sendo contempladas de maneira adequada na formação dos profissionais de saúde. Aliado a isto, está a carência de matérias voltados para a atenção básica no que diz respeito a saúde do trabalhador, sendo o mais utilizado o Caderno de Atenção Básica – Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Que, apesar de ser uma excelente ferramenta de apoio que trata a respeito da prevenção das doenças ocupacionais, este não contempla de maneira específica como aqui descrito, a agricultura familiar que é um importante seguimento da economia do país com o envolvimento de milhões de trabalhadores e, portanto, com relevante impacto socioeconômico.

Para que os profissionais da APS estejam aptos a atender problemas relacionados à saúde ocupacional, estes devem ter uma maior formação na área de saúde laboral, o que ajudaria em sua atividade profissional.

Nesse contexto seria interessante capacitar as equipes de saúde da família com base nas diferentes ferramentas de SST e no PVST aqui proposto para que assim, esses profissionais possam utilizar de maneira correta o aparato de segurança e saúde do trabalho, cumprindo a missão de prevenir a ocorrência de doença ocupacionais, dentre outros agravos nessa determinada população.

2.4 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Considerando a produção teórica de Mário Testa que diz respeito ao planejamento em saúde, está propõem uma abordagem mais abrangente que extrapola a intervenção setorial, já que os problemas de saúde, enquanto problemas sociais somente podem ser resolvidos a partir do social, não sendo possível modificar o social com propostas setoriais (Testa, 1987). Logo, deve-se considerar a determinação social do processo saúde-enfermidade, englobando os determinantes sociais do processo de produção desses problemas numa proposta a longo prazo (GIOVANELLA, 1990). Segundo Testa, os problemas de saúde são socialmente determinados e, portanto, exige que se avance de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensar a ação política em saúde.

Mario Testa propõe acerca do planejamento de saúde, entretanto, não instrumentaliza o processo com um conjunto ordenado de procedimentos e técnicas; propõe um modo de entender as situações-problema de saúde e os processos de planejamento apresentando apenas alguns elementos para esse processo como o diagnóstico de saúde, onde é realizada a análise da realidade de saúde. O diagnóstico de saúde originou-se do método Cendes/OPAS, onde Mário Testa teve importante participação na elaboração e difusão do planejamento de saúde na América Latina (OPS/OMS, 1965).

Assim, partindo do diagnóstico de saúde para os trabalhadores da agricultura familiar que desenvolvem doenças ocupacionais e não são assistidos considerando a higiene ocupacional, utilizei as proposições de Mário Testa acerca do planejamento de saúde a fim de desenvolver uma cartilha de conscientização e educação com foco na prevenção das doenças ocupacionais relacionadas com o trabalho na agricultura familiar, sendo está uma proposta que pode criar condições que abrem o caminho para a modificação do social (Testa, 1987).

Além disso, considerando a Norma Regulamentadora nº 7 (NR 7) - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – (PCMSO) e o Planejamento Estratégico Situacional proposto por Carlos Matus onde o ator que planifica está dentro da realidade, fugindo do determinismo e da estaticidade dos problemas (Matus, 1982), foi elaborado um PROGRAMA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR -

PVST. Este programa utiliza o instrumental metodológico da NR 7, por se tratar de uma ferramenta de gestão da saúde dos trabalhadores amplamente testada e referenda por órgãos como a Organização internacional do Trabalho (OIT) e o próprio Ministério do Trabalho do Brasil. A diferença entre o PCMSO e o PVST, é que o primeiro atende a um público que possui carteira assinada e, portanto, a legislação trabalhista determina que o empregador se responsabilize pela preservação da saúde ocupacional dos mesmos, enquanto que o PVST é um programa voltado para os trabalhadores rurais, na sua maioria autônomos, sem vínculo formal trabalhista. O PVST visa instrumentalizar a atenção básica de meios já testados para melhor abordagem sobre a saúde ocupacional desses trabalhadores.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Delimitar as condições de Saúde Ocupacional dos Trabalhadores da Agricultura Familiar. Para, a partir disso, propor uma forma de operacionalizar ferramentas de Segurança e Saúde do Trabalho para equipes de ESF intervirem junto aos Trabalhadores da Agricultura Familiar com o propósito de prevenir doenças ocupacionais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Discutir e delimitar os riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores da agricultura familiar estão expostos e as implicações dos mesmos sobre a saúde desses trabalhadores;
- B. Analisar como a falta de informações e de conscientização desses trabalhadores pode culminar em doenças ocupacionais;
- C. Formular um Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador da Agricultura Familiar para auxiliar as equipes de ESF na prevenção, rastreamento e intervenção sobre os riscos ocupacionais e nas respectivas doenças relacionadas ao trabalho rural;
- D. Desenvolver uma cartilha de conscientização e educação com foco na prevenção das doenças ocupacionais relacionadas com o trabalho na agricultura familiar.

4. ATERIAL E MÉTODOS

4.1 LOCAL DO ESTUDO E AMOSTRA

O presente estudo foi desenvolvido junto à população rural dos assentados da reforma agrária e trabalhadores rurais autônomos da agricultura familiar atendidos na Atenção Básica do município de Cabeceiras-GO. Este município está localizado no Nordeste do estado de Goiás, considerado a região mais pobre do Estado (CAMPOS, 2018).

A cidade de Cabeceiras - GO encontra-se na divisa de Minas com Goiás, às margens da GO 346, a qual é a principal saída para Brasília-DF dos municípios do Noroeste de Minas Gerais, assim absorvendo boa parte dessa população pela sua logística. Além disso, existem vários assentamentos rurais localizados no Estado de Minas, cuja população devido à proximidade e a falta de assistência dos seus respectivos municípios procuram Cabeceiras. São 16 assentamentos rurais localizados no Estado de Minas gerais que estão mais próximos da sede do município de Cabeceiras do que de suas respectivas sedes. Além disso, Cabeceiras ainda conta com três assentamentos rurais próprios - Projeto de Assentamento Divisa verde, Padre Lambert e Coopervila (INCRA).

Figura 2: Localização Geográfica da cidade de Cabeceiras – GO



Fonte: IBGE

A agricultura familiar na região em estudo produz feijão, mandioca, milho, leite de vaca e derivados, aves, ovos de galinha, suínos e hortaliças, os quais são comercializadas principalmente na Central de Abastecimento do Distrito Federal (CEASA-DF) e feiras livres.

Dessa maneira, utilizando-se como referência o ANEXO A: LISTA B (Decreto nº 6.957/2009): Relação de Doenças Relacionadas com o Trabalho foi feito um levantamento entre novembro de 2018 e outubro de 2019 no banco de dados do e-SUS Atenção Básica do município de Cabeceiras da ocorrência de doenças relacionadas com o trabalho na agricultura familiar. Procurou-se nesse banco de dados a presença dessas doenças com base na Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

4.2 ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR (PVST)

Como será dito posteriormente no diagnóstico situacional, os trabalhadores assistidos pelas empresas na região estão assistidos por um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). A principal diferença em relação aos trabalhadores da agricultura familiar, que também possuem assistência médica de profissionais capacitados, é que esta assistência está mais voltada para a cura do que para a prevenção. Em outros termos, um trabalhador chega ao posto de saúde reclamando de algum problema de saúde e logo é encaminhado para exames e, constatando o problema, o médico procura curar a doença, ao invés de ensinar ao trabalhador sobre as possíveis causas e sobre como prevenir. Ocorre que, apesar disso, não basta para a promoção da saúde desses trabalhadores, já que, como foi também mostrado no diagnóstico situacional, sua saúde continua mais precária do que a dos trabalhadores assistidos por um PCMSO, como o são os trabalhadores das empresas na região.

Portanto, é fundamental a construção de Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador (PVST) para os trabalhadores da agricultura familiar e algumas considerações sobre esse programa devem ser feitas aqui.

O principal objetivo do PVST é a prevenção da doença, muito embora a cura seja um ponto fundamental. Essa prevenção é realizada mediante uma sistemática de

procedimentos que o trabalhador faz de forma regular. Tem, portanto, como objetivos principais a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce dos problemas de saúde ligados ao trabalho, mesmo aqueles de natureza subclínica.

No caso dos trabalhadores da agricultura familiar, este projeto busca construir um Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador (PVST). Que caberá aos órgãos de saúde pública a função de aplicar a sistemática proposta no PVST.

49. ELABORAÇÃO DA CARTILHA

O uso de materiais como cartilhas em programas de saúde é muito educativo e constitui uma prática intensamente usada pela gestão pública, principalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma espécie de manual de saúde simplificado, sendo capazes de trazer resultados expressivos. Sua contribuição, conforme afirma Reberte (2012) depende significativamente das diretrizes e das formas de comunicação no processo de construção da cartilha, pois não se trata simplesmente de algo verticalizado, criado por profissionais da área da saúde que redigem, escolhem junto a profissionais especializados em design as fotografias e imprimem para distribuição em postos de saúde. Trata-se de um material cuja construção precisa ser feita com cuidado, tendo ajuda do público a quem ela será direcionada.

Assim, a cartilha pode melhorar de fato os conhecimentos, o autocuidado, a aderência a determinados procedimentos de saúde por parte da população. Trata-se de uma espécie de “ferramenta de reforço” para os programas da atenção básica, servindo de auxílio para consecução dos objetivos de solucionar ou mitigar os problemas ocupacionais. Como afirma Oliveira,

O material educativo impresso tem sido utilizado para melhorar o conhecimento, a satisfação, a aderência ao tratamento e o autocuidado de pacientes. Recomenda-se o uso do material educativo escrito por profissionais de saúde como ferramenta de reforço das orientações verbalizadas. O material de ensino pode ter impacto positivo na educação de pacientes e ser capaz de ajudá-los a responder às perguntas que possam ocorrer quando esse não estiver interagindo com o profissional de saúde. (OLIVEIRA et. al., 2014)

Toda cartilha é, em grande parte, um material intrinsecamente educativo. Portanto, para montar a cartilha para o projeto de intervenção aqui construído, foram usadas as bases teóricas de Paulo Freire e sua pedagogia socioconstrutivista. Como é sabido, Freire é conhecido por ter desenvolvido uma pedagogia transformadora, mas não apenas isso. Ele desenvolveu métodos eficazes de educar as populações das áreas rurais, que é o público dos trabalhadores da agricultura familiar aqui tratado. A cartilha será validada a partir de seu conteúdo e de sua pertinência. Sua avaliação incluirá profissionais de saúde e também indivíduos a quem ela será direcionada. Sua construção envolve conhecimento científico, mas também trabalho em equipe com profissionais de diversas áreas, tais como diagramação, publicidade e design, técnicos de enfermagem, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, entre outros.

A cartilha a ser usada foi elaborada da forma seguinte:

Na capa, há uma ilustração de um trabalhador rural e o título é “Segurança de Trabalho No Campo: A Importância dos Equipamentos de Proteção”. A cartilha possui 11 páginas de conteúdo, excetuando-se a capa e a folha de rosto.

Dentro da cartilha, a primeira página expõe os riscos dos trabalhadores rurais, com textos e fotos ilustrativas. Na segunda página, demonstram-se os riscos biológicos sofridos pelos trabalhadores.

Na terceira página temos explicações sobre riscos ergonômicos, usando o texto supracitado. Na quarta página, temos os riscos químicos, relacionados ao uso de venenos em plantas, assim como os riscos físicos relacionados a operação de ferramentas e máquinas, como também a exposição ao sol, poeira, etc.

Há uma quinta página dedicada aos riscos mecânicos ou por acidentes, que são causados pelo manuseio inadequado e sem as devidas proteções. Nesta página, explica-se os equipamentos de proteção coletiva, ou EPC.

Na sexta página, a cartilha mostra a proteção em relação a parte móveis das máquinas. Este assunto continua na página sétima, onde se mostram mecanismos como a Tela para proteção de polias, peças ou engrenagens móveis.

Na oitava página, discorre-se sobre utensílios de proteção como roupas adequadas, luvas, botas, capuz ou touca, além do capacete. Essa discussão também continua na página seguinte, com imagens e textos breves sobre uso de outros utensílios de proteção.

As duas últimas páginas estão dedicadas a falar sobre protetores auriculares, tendo em vista que muitos trabalhadores operam máquinas muito barulhentas, havendo sérios prejuízos para a audição. Aqui mostra-se uso de abafadores, protetores de inserções e a importância de se usar uma placa de aviso sobre o uso de proteção auricular. Também se discorre sobre respiradores, haja vista o trabalho com poeiras.

Sobre a linguagem usada, buscou-se o auxílio das ferramentas pedagógicas e dos conhecimentos da linguagem do trabalhador rural junto a profissionais que trabalham junto a essas comunidades. Abaixo segue exemplo da linguagem usada na cartilha:

“Os riscos relativos a animais e vegetais geralmente estão relacionados ao contato com bichos venenosos, pólen e diferentes tipos de lixos de origem animal. Estes são apenas alguns das ameaças relacionados ao trabalho na zona rural. Além destes riscos, existem outras situações que podem fazer mal à saúde do trabalhador.”

Repare que algumas palavras foram colocadas no lugar de outros termos mais usados pelos profissionais de saúde. Isto por razões didáticas, já que o trabalhador rural, em sua grande maioria, geralmente possui grau de escolaridade baixa. Assim, termos como “animais peçonhentos” foram substituídos por “animais venenosos”. Termos como “deixar o trabalhador mais vulnerável” foi substituído por “situações que podem fazer mal...”.

É interessante notar que a cartilha não pode se abster de ser instrutiva não apenas sobre a saúde, mas também sobre conceitos relacionados a mesma. Assim, não se buscou substituir palavras como “ergonômico”, porque é importante que o trabalhador se familiarize com estas palavras. Assim, temos na cartilha textos como este:

“Os riscos ergonômicos também estão presentes na zona rural. É importante que o trabalhador, enquanto opera as máquinas, cuide para manter uma boa postura, uma boa visão, movimentação e operação das mesmas.”

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Análise da saúde dos trabalhadores rurais da agricultura familiar, é um componente do processo de planejamento de ações de saúde e do próprio processo de monitoramento da mesma (BAHIA, 2014). Para permitir a fiscalização contínua e sistemática da saúde, ela deve ser claramente integrada a todas as áreas de monitoramento desde a atmosfera da saúde até a ambiental (BAHIA, 2014). Deve-se, portanto analisar o status de enfermidades de uma população específica na área.

É indispensável o conhecimento do perfil sociodemográfico da população que será assistida pelo programa que se pretende implantar (BAHIA, 2014): conhecer perfil socioeconômico e epidemiológico (maneira de viver e adoecer da população) buscando a delimitação das necessidades e dos problemas de saúde, os fatores que são riscos em potencial, fatores determinantes, procurando dar subsídio para tomada de decisão política e estabelecer o perfil da prioridade para a atuação, seja em relação as instituições da rede de serviços de saúde da região, seja em relação a ações para promover e proteger a saúde, assim como prevenir agravos e doenças (BAHIA, 2014). Seja, ainda, para a operacionalização de políticas setoriais para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu enfrentamento dos problemas de saúde.

Entre 2000 e 2010, a população de Cabeceiras cresceu a uma taxa média anual de 0,85%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 72,57% para 74,86%. Em 2010 viviam, no município, 7.354 pessoas. Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 0,50%. Na UF, esta taxa foi de 2,46%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 64,71% para 72,57%. Como pode ser observado na Tabela 2 a população rural do município em 2010 representava 25,14% da população total.

Tabela 4: População Total, por Gênero, Rural/Urba

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	6.464	100,00	6.758	100,00	7.354	100,00
População residente masculina	3.413	52,80	3.538	52,35	3.778	51,37
População residente feminina	3.051	47,20	3.220	47,65	3.576	48,63
População urbana	4.183	64,71	4.904	72,57	5.505	74,86
População rural	2.281	35,29	1.854	27,43	1.849	25,14

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Os problemas de saúde ocupacional que acometem os trabalhadores do município de Cabeceiras - GO não é distinto da paisagem dos problemas que foram discutido no capítulo anterior. Obviamente, existem especificidades que precisam ser levadas em consideração para a construção de um projeto de intervenção ou para qualquer política governamental que busque mitigar os problemas de saúde ocupacional que existem na área rural onde o projeto de intervenção proposto aqui deve ser implantado.

A economia regional apresenta como um dos principais pilares a produção de grãos comerciais e sementes de grãos milho, soja, feijão, sorgo e milheto, respondendo por cerca de 20% da produção de sementes do Brasil (IBGE, 2015), uma vez que apresenta condições climáticas e geográficas favoráveis com precipitação anual de cerca de 1200 mm e altitude média de 920 metros de acordo com o INMET.

As grandes empresas da região possuem o PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional), um programa que visa monitorar a saúde dos trabalhadores. As empresas são obrigadas a realizar periodicamente exames para acompanhar e prevenir doenças ocupacionais. Para trabalhadores, por exemplo, que estão expostos ao risco ergonômico de levantamento de peso, é obrigatório a realização de radiografia de coluna lombar. Os expostos a poeira é obrigatório

radiografia de tórax padrão OIT (Organização Internacional do Trabalho) e espirometria. Trata-se de um público que é assistido pelas empresas.

Mas existem também os trabalhadores da agricultura familiar, que não são assistidos em relação às doenças ocupacionais. Trabalham principalmente com produção de feijão, mandioca, milho, leite de vaca e derivados, aves, ovos de galinha, suínos e hortaliças. Os mesmos ficam expostos a riscos excessivos, tais como agroquímicos, ruídos, insolação, poeira, levantamento de peso, dentre outros riscos ocupacionais.

Tais trabalhadores expostos a esses riscos necessitam ser submetidos à avaliação clínica e exames médicos complementares periódicos, os quais devem ser executados e interpretados com base nos critérios constantes nos Quadros I e II da NR 7 e seus anexos (ANEXO B). Com o objetivo de detectar aqueles trabalhadores que estejam submetidos a exposição ambiental acima do limite de tolerância, mesmo que não estejam apresentando qualquer sintomatologia ou sinal clínico (NR 7).

Assim, conforme determina o Quadro I da NR 7, os trabalhadores expostos a inseticidas carbamatos e organofosforados devem ser monitorados por meio da medida de atividade da acetilcolinesterase. Essa dosagem deve ser feita idealmente no exame pré-admissional (pré-exposição), constituindo o exame de referência e semestralmente, constituindo os exames sequenciais. Uma redução de 30% da atividade da acetilcolinesterase eritrocitária, de 50% da plasmática ou de 25% em sangue total, em relação à medida pré-exposição e os valores de referência (Tabela 5), são indicativos de intoxicação importante.

Outro aspecto interessante é que apesar do Brasil ser o país que mais gastou com agrotóxico no mundo conforme a Figura 5, e os trabalhadores expostos serem numerosos e diversificados. Na prática, só se registram os casos agudos e mais graves (FARIA 2007). Vale ressaltar, também que apesar das informações desagregada com relação à intoxicação aguda ou crônica não apareça, nem nos dados do SINITOX, nem nos dados do CEPI/SESA-PR, pode-se dizer que grande parte dos casos registrados, se não a sua totalidade, diz respeito apenas às intoxicações agudas.

Diversos estudos apontam que, por serem consideradas substâncias neurotóxicas, em contato com o corpo os agrotóxicos podem agir no sistema nervoso central, podendo gerar ou agravar quadro de depressão. Esse quadro, aliado a uma

série de problemas sociais e econômicos poderia levar ao suicídio, sendo o próprio produto utilizado pelo trabalhador para tirar sua vida. É necessário que estejamos cientes destas relações para que o controle do uso destas substâncias seja cada vez mais aprimorado (BRASIL, 2015) O ministério da Saúde apresentou estatísticas alarmantes que relacionam as intoxicações com agrotóxicos registrada no país com tentativas de suicídio. Segundo o Relatório de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos, divulgado em 2016, entre o período de 2007 a 2013, o número de registros de notificações de intoxicação por agrotóxicos (incluindo entre uso agrícola, uso doméstico, uso na saúde pública, raticida e produto veterinário) foi de 59.576 casos. Destes, 32.369 são relacionadas à tentativa de suicídio. Os casos citados representam 54,3% do total das notificações de intoxicação (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, percebemos uma importante lacuna no que diz respeito à informação sobre exposição ocupacional a agrotóxicos que seria a falta de conhecimento por parte dos profissionais da atenção básica de quais são Tabela 5 e como os exames complementares são executados e interpretados com base nos critérios constantes nos Quadros I e II da NR 7 e seus anexos. Essa ferramenta possibilita diagnosticar os casos de intoxicação por agrotóxico antes mesmo da ocorrência de sintomas.

Tabela 5: Riscos, exames e valores de referência para trabalhadores polivalentes

SETOR:	FUNÇÃO:	QUANTIDADE:	RISCOS:
Geral	TRABALHADOR (A) RURAL POLIVALENTE		FÍSICO: ruído, calor, radiação solar; QUÍMICO: poeira, agroquímico, BIOLÓGICOS: micróbios e animais (bacilos, bactérias, fungos, parasitas, vírus, protozoários, insetos, entre outros); ERGONÔMICO/PSICOSSOCIAIS: postura incorreta, ritmo excessivo de trabalho, movimentos repetitivos, esforço físico, levantamento e transporte manual de cargas. ACIDENTES/MECÂNICOS: arranjo físico deficiente, máquinas ou equipamentos sem proteção

EXAMES	ADMISSÃO / MUDANÇA DE FUNÇÃO	6 MESES APÓS ADMISSÃO	PERIÓDICO ANUAL/ RETORNO AO TRABALHO	VALORES DE REFERENCIA
Clínico ocupacional	Sim	Sim	Sim	-
Audiometria tonal	Sim	Sim	Sim	-
Hemograma Completo	Sim	Não	Sim	-
Espirometria	Sim	Não	Sim	-
Raio x torax(oit)	Sim	Não	Sim	-
Raio x lombar	Sim	Não	Sim	-
Acetil colinesterase	Sim	Sim	Sim	30% de depressão da atividade inicial para AcetilColinesterase Eritrocitária 50% de depressão da atividade inicial para Colinesterase Plasmática 25% de depreessão da atividade inicial para Colinesterase Eritrocitária e plasmática (sangue total)
Tipagem Sanguínea/fator rh	Sim	Não	Não	-

Fonte: NR-7

Vale ressaltar, também que o percentual de mulheres agricultoras brasileiras é de 13%, em relação ao universo total de trabalhadores agrícolas, e que esse contingente tem crescido nos últimos anos no Brasil e em toda a América Latina (REFERENCIA). E que inserida no cotidiano da agricultura familiar, na figura de provedora dos cuidados do lar, da família e do seu autocuidado no processo de trabalho, num cenário de esforço físico atenuante e constante exposição ao sol. A saúde dessa importante trabalhadora também sofre com a falta de conhecimento por parte dos profissionais da atenção básica de quais são (Tabela 6) e como os exames complementares são executados e interpretados com base nos critérios constantes nos Quadros I e II da NR 7 e seus anexos.

Tabela 6: Riscos e exames para Trabalhadora Rural

SETOR:	FUNÇÃO:		QUANTIDADE:	RISCOS:
COZINHA	TRABALHADOR (A) RURAL			FÍSICO: calor; QUÍMICO: fumaça (fogão à lenha) BIOLÓGICO: certos micróbios ACIDENTES: objetos cortantes ERGÔNOMICO: ritmo excessivo de trabalho, postura incorreta, movimentos repetitivos, esforço físico, levantamento e transporte manual de cargas.
EXAMES	ADMISSÃO / MUDANÇA DE FUNÇÃO	6 MESES APÓS ADMISSÃO	PERIÓDICO ANUAL/ RETORNO AO TRABALHO	VALORES DE REFERENCIA
Clínico ocupacional	Sim	Sim	Sim	-
Hemograma Completo	Sim	Não	Sim	-
Micológico De Unha	Sim	Não	Sim	-
Parasitário De Fezes (Epf)	Sim	Não	Sim	-
Tipagem Sanguínea/fator rh	Sim	Não	Não	-

Fonte: NR-7

Assim, utilizando-se como referência o ANEXO A (LISTA B (Decreto nº 6.957/2009): Relação de Doenças Relacionadas com o Trabalho) foi feito um levantamento entre novembro de 2018 e outubro de 2019 no banco de dados do e-SUS Atenção Básica do município de Cabeceiras da ocorrência de doenças relacionadas com o trabalho na agricultura familiar. Procurou-se nesse banco de dados a presença dessas doenças com base na Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

Assim como ocorre no restante do país, também em Cabeceiras praticamente não há registro da ocorrência de doenças ocupacionais relacionadas com o trabalho

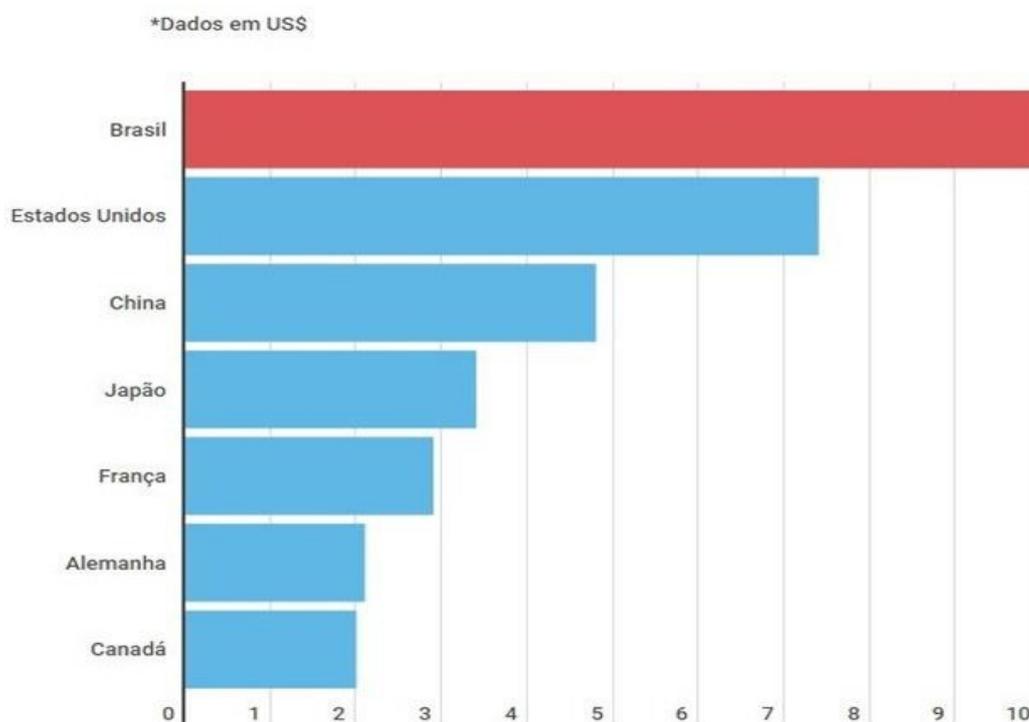
na agricultura familiar conforme pode ser observado no ANEXO A, uma vez que não se utiliza os critérios recomendados pelos Quadros I e II da NR 7 e seus anexos.

Esse conhecimento aplicado via Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador da Agricultura Familiar permite diagnosticar e intervir principalmente sobre os casos subagudos e crônicos de exposição aos diferentes riscos que ocorrem no ambiente laboral do pequeno agricultor.

O Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador da Agricultura Familiar é um instrumento que objetiva promover e preservar a saúde dos trabalhadores, a partir de diretrizes traçadas com base nos riscos ambientais e na NR 7. Trata-se de um instrumento clínico epidemiológico na abordagem da saúde, com caráter de prevenção e diagnóstico precoce de possíveis agravos à saúde relacionados ao trabalho.

O Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador da Agricultura Familiar será um instrumento a ser utilizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família para acompanhar e monitorar a saúde ocupacional dos trabalhadores, assim como é o cartão de vacinação e o cartão de pré-natal para acompanhar respectivamente o histórico de imunização e a evolução da gravidez.

Figura 5: Maiores consumidores de agrotóxicos.



Fonte: Instituto Humanitas Unisinos

Para aplicação da intervenção educativa a fim de fornecer informações úteis aos agricultores foi elaborada uma cartilha de orientações. Nesta cartilha, apresentamos os riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores da agricultura familiar e as principais formas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. As informações contidas nesta cartilha são baseadas na aprendizagem significativa para adultos, quando o que se discute faz sentido para o trabalhador e possibilita um diálogo com o conhecimento prévio (FREITAS, 2016).

Esta cartilha contribuirá com os agricultores ao oferecer conhecimentos úteis, que se colocados em prática, servirão para diminuir ou até mesmo anular a exposição aos riscos ocupacionais. Também servirá como instrumento de disseminação do conhecimento através dos agentes comunitários de saúde e demais profissionais da Atenção Básica durante as consultas, palestras, visitas domiciliares dentre outras atividades, divulgando estratégias para evitar acidentes e o desenvolvimento de doenças ocupacionais.

Assim, as principais doenças que acometem os trabalhadores da agricultura familiar na região estão na tabela 5, mostradas a seguir:

Tabela 7: Principais doenças ocupacionais da região

<ul style="list-style-type: none"> • Câncer de pele (Exposição às radiações solares por longos períodos sem uso de EPI – protetor solar)
<ul style="list-style-type: none"> • PAIR (Exposição à ruído)
<ul style="list-style-type: none"> • Degeneração dos discos intervertebrais – CID 10 M54 (risco ergonômico, fibração)
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças musculoesqueléticas (tendinite do supra espinhoso)
<ul style="list-style-type: none"> • Asma ocupacional e as pneumonites por hipersensibilização (exposição a partículas de grãos armazenados, ácaros, pólen, detritos de origem animal, componentes de células de bactérias e fungos, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • Acidentes com animais peçonhentos
<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicação com agrotóxicos

Fonte: Dados do Autor

5.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)

A resolução de um problema depende de seu correto entendimento e da formulação de um modelo adequado para interpretá-lo. Do contrário, arrisca-se a tratar apenas dos sintomas, sem erradicar as suas causas, ou resolvê-lo apenas parcialmente. Tudo isso pode significar um enorme desperdício de tempo e de recursos. Problemas não resolvidos no momento adequado podem agravar-se, no futuro, gerando crises que passam a exigir providências urgentes. Em consequência, muitos dirigentes passam a maior parte do tempo cuidando dessas urgências, sem que o problema real seja solucionado.

Nesse contexto, embora o método do Matus (1994) tenha sido construído para ser manuseado em nível central, global, seu formato maleável permite a utilização em níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem, contudo, deixar de limitar os problemas num contexto global mais amplo, o que possibilita assegurar a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade.

Sendo assim, foi feita a realização de um Planejamento Estratégico Situacional (Tabela 6) da agricultura familiar com a finalidade de identificar as possíveis causas das doenças ocupacionais, os problemas em si e as consequências geradas pelos mesmos. E por fim propor estratégias de intervenção que combatam as causas para que finalmente, consigamos cogitar a possibilidade de erradicar as causas e extinguir os problemas.

Tabela 8: Planejamento Estratégico Situacional

CAUSAS	PROBLEMAS	CONSEQUÊNCIAS	DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO
<p>1) Desconhecimento por parte dos integrantes da ESF sobre as ferramentas de segurança e saúde do trabalho, tais como o PCMSO para a prevenção das doenças ocupacionais;</p> <p>2) Subnotificação das Doenças Ocupacionais;</p> <p>3) Baixo nível de instrução e de renda dos trabalhadores da agricultura familiar.</p>	<p>PROBLEMA CENTRAL:</p> <p>Falta de Gestão Adequada por parte da Atenção Básica com Relação à Saúde Ocupacional dos Trabalhadores da Agricultura Familiar.</p> <p>CONDIÇÕES INDESEJADAS:</p> <p>1) Exposição a riscos ambientais, tais como agroquímicos, ruído, acidentes, dentre outros acarretando doenças ocupacionais.</p>	<p>1) Ocorrência de Doenças Ocupacionais nos trabalhadores da agricultura familiar como intoxicação por agrotóxicos, PAIR e amputação de membros;</p> <p>2) Subnotificação das Doenças Ocupacionais;</p>	<p>1) Capacitar os membros da ESF para que os mesmos saibam utilizar as ferramentas de segurança e saúde do trabalho a fim de prevenir as doenças ocupacionais;</p> <p>2) Ações de melhoria dos registros para a qualidade da informação e para ações de prevenção contra a ocorrência de doenças ocupacionais;</p> <p>3) Investir em educação e conscientização dos produtores rurais; produção sustentável “Agroecologia e educação ambiental”, uso de EPC’s e EPI’s</p>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto foi construído tendo em vista a melhoria da saúde do trabalhador rural, que tem sofrido sérias enfermidades ligadas a ocupação que possuem, haja vista que cada espaço social, cada tipo de ocupação, cada tipo de classe social, está mais ou menos predisposto a determinados problemas de saúde específicos. No caso do trabalhador rural da agricultura familiar, estes tem sofrido moléstias, variando conforme a ocupação.

O projeto foi montado dentro de um paradigma de planejamento estratégico fundamentado nos princípios teóricos e metodológicos de Mário Testa e suas formulações que estão inspiradas em uma perspectiva crítica sobre sociedade, na qual trazida esta perspectiva para o planejamento de projetos para resolução de problemas de saúde, traz em seu bojo os conceitos de poder e classe social, onde dá orientações para um planejamento estratégico em saúde: quaisquer elaboração em saúde deve operar pela delimitação dos aspectos sociais que envolvem as enfermidades, o que de fato foi realizado. E do paradigma da NR-7 que tem como objetivo principal a promoção e preservação da saúde e bem-estar do conjunto de colaboradores.

É importante deixar claro que a saúde do trabalhador rural não é apenas um problema puramente de saúde, mas um problema social mais amplo. Isto porque jamais se deve esquecer, principalmente dentro da Medicina, que os trabalhadores rurais da agricultura familiar, em grande parte vindo de famílias pobres, com pouca escolaridade, com histórias de vida marcadas por injustiças sociais, representam no Brasil uma classe social historicamente abandonada pelos governos.

REFERÊNCIAS

ABREU, Pedro Henrique Barbosa de; ALONZO, Herling Gregorio Aguilar. **Trabalho rural e riscos à saúde: uma revisão sobre o "uso seguro" de agrotóxicos no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 10, p. 4197-4208, Oct. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004197&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Feb. 2020.<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.09342014>.

ALMEIDA, I.M. **Dificuldades no diagnóstico de doenças ocupacionais e do trabalho**. Jornal Brasileiro de Medicina, n. 74, n.1/2, p. 35-48, 1998. ATLAS. Segurança e medicina do trabalho: Portaria n.º 3.214/1978. 48. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ALVES, R. B. **Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319- 322, jan-fev, 2003.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. **Cabeceiras, GO**. 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/1140 >. Acesso em: 09 dez. 2019.

AUGUSTO, L. G. **O papel estruturador da saúde do trabalhador e da vigilância em saúde para a prevenção do dano ambiental e dos efeitos nocivos à saúde**. Rio de Janeiro, 1995.'

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/Bahia**. Organizado por Eliane Cardoso Sales e Joselita Cássia Lopes Ramos. SESAB/ SUVISA/DIVAST/CESAT - Salvador: DIVAST,2014.

BECK FILHO, Jorge Augusto et. al. **Consumo de álcool entre os trabalhadores do corte da cana-de-açúcar. Revista Pesquisa em Fisioterapia.** 2016 Ago;6(3), p. 306 a 316. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/952>. Acesso em 12 de setembro de 2019.

BORSATO, Fabiane Gorni, NUNES, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida. **Neoplasia de pele não melanoma: um agravo relacionado ao trabalho.** Ciênc. cuid. Saúde;8(4):600606,out.dez.2009.Disponível em:<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9687>. Acesso em 12 de setembro de 2019.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **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, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS, 2001. 508 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.

BRITO, J. C.; PORTO, M. F. S. **Processo de Trabalho, Riscos e Cargas à Saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz. (mimeo.), 1991.

BURGESS, W. A. **Identificação de possíveis riscos à saúde do trabalhador nos diversos processos industriais**. Belo Horizonte: ERGO, 1995.

CÂMARA, V.; GALVÃO, L. A. A patologia do trabalho numa perspectiva ambiental. In: MENDES, R. (Ed.). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995, p. 609-630.

CAMPOS, F. **DESEQUILÍBRIOS REGIONAIS EM GOIÁS: O CASO DA REGIÃO DE PLANEJAMENTO NORDESTE GOIANO**. UNESP. Março de 2018. Available from <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/formacao/article/view/5618/4893>>. access on 17 Dec. 2019.

DIAS, Elizabeth Costa. **Condições de vida, trabalho, saúde e doenças dos trabalhadores rurais no Brasil**. Saúde do Trabalhador Rural - RENAST, 2006. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/2006/saude_trabalhador_rural.pdf>. Acesso em: 14 dez 2019.

DEMBE, E. **Occupation and disease: how social factors affect the conception of work-related disorders**. New Haven: Yale University, 1996.

DESOILLE, H.; SCHERRER, J.; TRUHAUT, R. **Précis de médecine du travail**. Paris: Masson, 1975, p. 290-303.

FARIA, Neice Müller Xavier et al . **Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 115-128, jan.2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100012>.

FARIA, Neice Müller Xavier et al . **Trabalho rural, exposição a poeiras e sintomas respiratórios entre agricultores**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 40, n. 5, p. 827-836, Oct.2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600012&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2019. Epub Sep 01,2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000006>.

FARIA, Neice Müller Xavier; FASSA, Anaclaudia Gastal and FACCHINI, Luiz Augusto. **Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos**. Ciênc. saúde coletiva [online].2007, vol. 12, n. 1 [cited 2019 12 17], pp.2538. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100008>.

FERRAZ, Lucimare; TRINTADE, Leticia de Lima; BEVILAQUA, Elias; SANTER, Jocondo. **As demandas do homem rural: informações para a Revista Ciências do Trabalho n. 11 ISSN 2319-0574 assistência nos serviços de saúde da atenção básica**. Rev Min Enferm. 2013 abr/jun; 17(2): 349-355.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 41.^a edição.

FREITAS, M. **Aprendizagem significativa e andragogia na formação continuada de profissionais de saúde**. UFRGS. Agosto de 2016. Available from <http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID96/v6_n2_a2016.pdf>. access on 17 Dec. 2019.

FUNDACENTRO. **Introdução à Higiene Ocupacional**. São Paulo: Fundacentro, 2004. 84 p.

GEHLEN, Ivaldo. **Políticas públicas e desenvolvimento social rural**. São Paulo Perspec., São Paulo, v.18, n.2, p.95-103, June 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392004000200010&lng=en&nrm=iso>.- accesson14Dec.2019 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000200010>.

GIOVANELLA, Ligia. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, p. 129-153, June 1990. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012-311X1990000200003&lng=en&nrm=iso>. accesson07Dec.2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000200003>.

IV.A.128. GRIGORI, P. **Afinal, o Brasil é o maior consumidor de agrotóxico do mundo?** Revista IHU On-line, São Leopoldo: Instituto Humanitas – Unisinos, 26 de Junho de 2013 de Janeiro , v. 6, n. 2, p. 129-153, June 1990 . Available from < <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/590325-afinal-o-brasil-e-o-maior-consumidor-de-agrotoxico-do-mundo>> Acesso em: 17/12/2019.

GUIMARÃES et al. **Lesões Cutâneas Pré-Malignas em Residentes de um Município Rural do Rio Grande do Sul**, Brasil. Rev. Bras. cancerol; 60 (3):223-230, Jul-Set.2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=778730&indexSearch=ID. Acesso em 12 de setembro de 2019.

Hayashide JM, Minnicelli RS, Oliveira OAC, Sumita JM, Suzuki NM, Zambianco CA, et al. **Doenças de pele entre trabalhadores rurais expostos a radiação solar. Estudo integrado entre as áreas de Medicina do trabalho e Dermatologia**. Rev Bras Med Trab.2010;8(2):97-104. Disponível em <http://www.rbmt.org.br/details/107/pt-BR/doencas-de-pele-entre-trabalhadores-rurais-expostos-a-radiacao-solar—estudo-integrado-entre-as-areas-de-medicina-do-trabalho-e-dermatologia>. Acesso em 12 de setembro de 2019.

IBGE. Censo Demográfico 2010 – Características Gerais da População. Resultados da Amostra. IBGE, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_populacao.shtm. Acesso em: 17 de dezembro de 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015. **Cabeceiras - Goiás**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/cabeceiras/panorama>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

IBGE/SIDRA. **Censo Agropecuário 2017: agricultura familiar - MDA/PRONAF (Lei nº 11.326 de 24/07/2006)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-agropecuario/censo-agropecuario-2017>>.

Acesso em: 17 dez. 2019.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (2016). **Estimativa 2016 – Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf> Acesso em 12 de setembro de 2019.

INMET - Instituto Nacional de Meteorologia. **Cabeceiras – GO**. Brasília – DF. 2019. Disponível em: <<http://www.inmet.gov.br/portal/index.php?r=tempo2/verProximosDias&code=5204003>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO). **Encyclopaedia of occupational health and safety**. 4th ed. Geneva: ILO, 1998.

LAST, J. M. **Dictionary of epidemiology**. 3th ed. Oxford: Oxford University, 1995.
MATUS, C., 1982. **Política y Plan**. Caracas: Publicaciones Iveplan.

Matus, C., 1994 . **El PES en la Practica**. Caracas: Fundación ALTADIR.

MENDES, R. **Aspectos conceituais da patologia do trabalho**. In: MENDES. R. (Ed.). Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995, p. 33-47.

MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima et al . **A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 31, n. 8, p. 1698-1708, Aug. 2015. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002-311X2015000801698&lng=en&nrm=iso. access on 12 Sept. 2019 <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105114>.

MORIN, Pamela Vione; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. **Common mental disorders in rural workers who use pesticides: a cross-sectional study**. Online Brazilian Journal of Nursing, [S.l.], v. 15, p. 553-5, nov. 2016. ISSN 1676-4285. Available at: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5576>>. Date accessed: 12 sep. 2019. doi:<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165576>.

MÜLLER, A.L. **A construção das políticas públicas para a agricultura familiar no Brasil: o caso do Programa de Aquisição de Alimentos**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR/UFRGS). Porto Alegre (RS), 2007.

NR, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. **NR-7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional**. 2009.

OLIVEIRA, Sheyla Costa de et. al. **Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.22, n.4, p.611-620, Aug. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400611&lng=en&nrm=iso>. access on 0 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3313.2459.OPS/OMS>. **Problemas Conceptuales y Metodológicos de la programación de la Salud**. Publicación Científica no 111, Washington, 1965.

PIRES, Dario Xavier; CALDAS, Eloísa Dutra; RECENA, Maria Celina Piazza. **Intoxicações provocadas por agrotóxicos de uso agrícola na microrregião de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de 1992 a 2002.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 804-814, June 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000300014-&lng=en&nrm=iso> access on 12 Sept. 2019 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300014>.

REBERTE, Luciana Magnoni et. al. **O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 101-108, Feb. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100014>.

ROCHA, Laureize Pereira et al. **Workloads and occupational accidents in a rural environment.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 325-335, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200325&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000480014>.

SANTANA, Rafael Santos; LEITE, Silvana Nair. **Prioridades da pesquisa clínica com medicamentos no Brasil e as doenças da pobreza.** Revista Panamericana de Salud Pública. 2016, v. 40 n. 5, pp. 356-362. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2016.v40n5/356-362/#>. Acesso em 6 de dezembro de 2019.

SILVA, Eveline Fronza da et al. **Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1029-1040, Apr. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400016&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400016>.

SILVA, Jéssica Vilela et al. **A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS SOBRE A AUTOEXPOSIÇÃO AOS AGROTÓXICOS.** Saúde (Santa Maria), [S.l.], p. 199-205, maio 2017. ISSN 22365834. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistas/revista-saude/article/view/22163>>. Acessem: 12 set. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583422163>.

SILVA, Luiz Felipe et al. **Exposição Do Trabalhador Rural À Radiação Ultravioleta: Estudo No Sul De Minas Gerais (Rural Worker Exposure To Ultraviolet Radiation: A Study In The South Of Minas Gerais)**. Revista Brasileira de Climatologia, [S.l.], v. 18, out. 2016. ISSN22378642. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/revistaabclima/article/view/43651>>. Acesso em: 12 set. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/abclima.v18i0.43651>.

SILVA, Jandira Maciel da et al. **Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 891-903, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jan. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400013>.

SIQUEIRA, Danielle Ferreira de; MOURA, Romero Marinho de; LAURENTINO, Glória Elizabeth Carneiro; ARAÚJO, Anderson José de; CRUZ Simara Lopes. **Análise da exposição de trabalhadores rurais a agrotóxicos**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2902>. Acesso em 12 de setembro de 2019.

SIQUEIRA, Soraia Lemos de; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Agrotóxicos e saúde humana: contribuição dos profissionais do campo da saúde**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 584-590, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Sept. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300024>.

SOUZA, Lourenço et. al. **Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente a precarização do trabalho**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 2007, vol. 32 (janeiro-junho), p. 121 a 134.

TESTA, Mário. **Estrategia, Coherencia y Poder en las Propuestas de Salud — Parte I**. Cuadernos Médico Sociales. Rosario (38)4: 24, 1987.

TESTA, Mário. Pensar em saúde. In: **Pensar em saúde**. Artes Médicas/Abrasco, Porto Alegre, 226 pp. 1992.

Universidad Nacional de Lanús, Facultad de Medicina, Universidad Nacional y Popular. **Medicina del Trabajo al servicio de los trabajadores. Actas de las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo**. Lanús. 2019.

VIEIRA, José Eustáquio Ribeiro. **Mudança tecnológica na agricultura: uma revisão crítica da literatura e o papel das economias de aprendizado**. Rev. Econ. Sociol. Rural, Brasília, v50n.4, p721742, Dec. 2011 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032012000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Feb.

ANEXOS

ANEXO A - LISTA B (DECRETO Nº 6.957/2009): RELAÇÃO DE DOENÇAS RELACIONADAS COM O TRABALHO

LISTA B (Decreto nº 6.957/2009): Relação de Doenças Relacionadas com o Trabalho

DOENÇAS – CID 10	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL	Relatório de atendimento individual – Série histórica (11/2018 a 10/2019) Levantamento realizado no e- SUS Atenção Básica (e-SUSAB) Município de Cabeceiras-GO TOTAL
Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas com o trabalho (Grupo I da CID-10)		
I – Tuberculose (A15- A19.-)	Exposição ocupacional ao Mycobacterium tuberculosis (Bacilo de Koch) ou Mycobacterium bovis, em atividades em laboratórios de biologia, e atividades realizadas por pessoal de saúde, que propiciam contato direto com produtos contaminados ou com doentes cujos exames bacteriológicos são positivos(Z57.8) (QuadroXXV) Hipersuscetibilidade do trabalhador exposto a poeiras de sílica (Sílico-tuberculose) (J65.)	0,0

II – Carbúnculo (A22.-)	Zoonose causada pela exposição ocupacional ao <i>Bacillus anthracis</i> , em atividades suscetíveis de colocar os trabalhadores em contato direto com animais infectados ou	0,0
	com cadáveres desses animais; trabalhos artesanais ou industriais com pelos, pele, couro ou lã. (Z57.8) (Quadro XXV)	
III – Brucelose (A23.-)	Zoonose causada pela exposição ocupacional a <i>Brucella melitensis</i> , <i>B. abortus</i> , <i>B. suis</i> , <i>B. canis</i> , etc., em atividades em abatedouros, frigoríficos, manipulação de produtos decarne;ordenhaefabricação de laticínios e atividades assemelhadas. (Z57.8) (Quadro XXV)	0,0
IV – Leptospirose (A27.-)	Exposição ocupacional a <i>Leptospira icterohaemorrhagiae</i> (e outras espécies), em trabalhos expondoao contato direto com águas sujas, ou efetuado em locais suscetíveis de serem sujos por dejetos de animais portadores de germes; trabalhos efetuados dentro de minas, túneis, galerias, esgotos em locais subterrâneos; trabalhos em cursos d'água; trabalhos de drenagem; contato com roedores; trabalhos com animais domésticos, e com gado; preparação de alimentos de origem animal, de peixes, de laticínios, etc. (Z57.8) (Quadro XXV)	0,0

V – Tétano (A35.-)	Exposição ao Clostridium tetani, em circunstâncias de acidentes do trabalho na agricultura, na construção civil, na indústria, ou em acidentes de trajeto (Z57.8) (Quadro XXV)	0,0
VI – Psitacose, Ornitose, Doença dos Tratadores de Aves (A70.-)	Zoonoses causadas pela exposição ocupacional a Chlamydia psittaci ou Chlamydia pneumoniae, em trabalhos em criadouros de aves ou pássaros, atividades de Veterinária, em zoológicos, e em laboratórios biológicos, etc. (Z57.8) (Quadro XXV)	0,0
XI – Dermatofitose (B35.-) e Outras Micoses Superficiais (B36.-)	Exposição ocupacional a fungos do gênero Epidermophyton, Microsporum e Trichophyton, em trabalhos em condições de temperatura elevada e umidade (cozinhas, ginásios, piscinas) e outras situações específicas de exposição ocupacional. (Z57.8) (Quadro XXV)	0,0
XIII – Paracoccidiodomicose (Blastomicose Sul Americana, Blastomicose Brasileira, Doença de Lutz) (B41.-)	Exposição ocupacional ao Paracoccidioides brasiliensis, principalmente em trabalhos agrícolas ou florestais e em zonas endêmicas. (Z57.8) (Quadro XXV)	0,0
XV – Leishmaniose Cutânea (B55.1) ou Leishmaniose Cutâneo- Mucosa (B55.2)	Exposição ocupacional à Leishmania braziliensis, principalmente em trabalhos agrícolas ou florestais e em zonas endêmicas, e outras situações específicas de exposição ocupacional. (Z57.8) (Quadro XXV)	0,0

Neoplasias (tumores) relacionados com o trabalho (Grupo II da CID-10)		
VIII – Outras neoplasias malignas da pele (C44.-)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias causadores de epitelomas da pele (X49.-; Z57.5) (Quadro XX) 3. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 4. Radiações ultravioletas (W89; Z57.1)	0,0
XI – Leucemias (C91- C95.-)	1. Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 3. Óxido de etileno (X49.-; Z57.5) 4. Agentes antineoplásicos (X49.-; Z57.5) 5. Campos eletromagnéticos (W90.-; Z57.5) 6. Agrotóxicos clorados (Clordane e Heptaclor) (X48.-; Z57.4)	0,0
Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10)		
VI – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)	03
VIII – Reações ao “Stress” Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de “Stress” Pós-Traumático (F43.1)	1. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)	01

X – Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui “Neurose Profissional”) (F48.8)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-): Desemprego (Z56.0); Mudança de emprego	0,0
	(Z56.1); Ameaça de perda de emprego (Z56.2); Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)	
XI – Transtorno do Ciclo Vigília- -Sono Devido a Fatores Não Orgânicos (F51.2)	1.Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego:Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)	0,0
XII – Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) 2. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)	0,0
Doenças do sistema nervoso relacionadas com o trabalho (Grupo VI da CID-10)		
V – Distúrbios do Ciclo Vigília- -Sono (G47.2)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego:Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6)	0,0
VIII -Transtornos do plexo braquial (Síndrome da Saída do Tórax, Síndrome do Desfiladeiro Torácico) (G54.0)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)	0,0
IX – Mononeuropatias dos Membros Superiores (G56.-): Síndrome do Túnel do Carpo (G56.0); Outras	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)	

Lesões do Nervo Mediano: Síndrome do Pronador Redondo (G56.1); Síndrome do Canal de Guyon (G56.2); Lesão do Nervo Cubital (ulnar): Síndrome do Túnel Cubital (G56.2); Lesão do Nervo Radial (G56.3); Outras Mononeuropatias dos Membros Superiores: Compressão do Nervo Supraescapular (G56.8)		Lesão do Nervo Radial (G56.3) = 01
X – Mononeuropatias do membro inferior (G57.-): Lesão do Nervo Poplíteo Lateral (G57.3)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)	0,0
Doenças do olho e anexos relacionadas com o trabalho (Grupo VII da CID-10)		
II – Conjuntivite (H10)	10.Radiações Ultravioletas(W89; Z57.1)	0,0
III – Queratite e Queratoconjuntivite (H16)	4.Radiações Infravermelhas (W90.-; Z57.1) 5. Radiações Ultravioletas (W89.-;Z57.1)	0,0
IV – Catarata (H28)	2.Radiações Infravermelhas(W90.-; Z57.1)	0,0
Doenças do ouvido relacionadas com o trabalho (Grupo VIII da CID-10)		
V – Efeitos do ruído sobre o ouvido interno/Perda da Audição Provocada pelo Ruído e Trauma Acústico (H83.3)	Exposição ocupacional ao Ruído (Z57.0; W42) (Quadro XXI)	01
VIII – Outras percepções auditivas anormais: Alteração Temporária do Limiar Auditivo, Comprometimento da Discriminação Auditiva e Hiperacusia (H93.2)	Exposição ocupacional ao Ruído (Z57.0; X42.-) (Quadro XXI)	01
Doenças do sistema circulatório relacionadas com o trabalho (Grupo IX da CID-10)		
I – Hipertensão Arterial (I10.-)	2.Exposição ocupacional ao Ruído(Z57.0;X42) (QuadroXXI)3.Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)	169
II – Angina Pectoris (I20.-)	4.Problemas relacionados como emprego e com o desemprego (Z56.-)	01
III – Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-)	4.Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)	01

VII – Arritmias cardíacas (I49.-)	6.Agrotóxicos organofosforados e carbamatos (X48; Z57.4) (Quadros XII e XXVII) 9.Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)	01
Doenças do sistema respiratório relacionadas com o trabalho (Grupo X da CID-10)		
III – Outras Rinites Alérgicas (J30.3)	Outras substâncias de origem vegetal (cereais, farinhas, serragem, etc.) (Z57.2) Outras substâncias químicas sensibilizantes da pele e das vias respiratórias (X49.-; Z57.2) (Quadro XXVII)	03
XI – Asma (J45.-)	Outras substâncias de origem vegetal (cereais, farinhas, serragem, etc.) (Z57.2) Outras substâncias químicas sensibilizantes da pele e das vias respiratórias (X49.-; Z57.2) (Quadro XXVII)	05
XX – Doenças das vias aéreas devidas a poeiras orgânicas (J66.-): Bissinose (J66.0), devidas a outras poeiras orgânicas especificadas (J66.8)	Exposição ocupacional a poeiras de algodão, linho, cânhamo, sisal (Z57.2) (Quadro XXVI)	0,0
XXI – Pneumonite por Hipersensibilidade a Poeira Orgânica (J67.-): Pulmão do Granjeiro (ou Pulmão do Fazendeiro) (J67.0); Bagaçose (J67.1); Pulmão dos Criadores de Pássaros (J67.2); Suberose (J67.3); Pulmão dos Trabalhadores de Malte (J67.4); Pulmão dos que Trabalham com Cogumelos (J67.5); Doença Pulmonar Devida a Sistemas de Ar Condicionado e de Umidificação do Ar (J67.7); Pneumonites de Hipersensibilidade Devidas a Outras Poeiras Orgânicas (J67.8); Pneumonite de Hipersensibilidade Devida a Poeira Orgânica não especificada (Alveolite Alérgica Extrínseca SOE; Pneumonite de Hipersensibilidade SOE (J67.0)	1.Exposição ocupacional a poeiras contendo micro-organismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Z57.2) (Quadro XXV) 2.Exposição ocupacional a outras poeiras orgânicas (Z57.2)	0,0

Doenças da pele e do tecido subcutâneo relacionadas com o trabalho (Grupo XII da CID-10)		
I – Outras Infecções Locais da Pele e do Tecido Subcutâneo: “Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas” (L08.9)	3. Micro-organismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Z57.5) (Quadro XXV) 4. Outros agentes químicos ou biológicos que afetem a pele, não considerados em outras rubricas (Z57.5) (Quadro XXVII)	01
VII – Dermatite Alérgica de Contato devida a outros produtos químicos (L23.5)	6. Inseticidas (Z57.5) (Quadro XXVII)	01
IX – Dermatite Alérgica de Contato devida a Plantas (Não inclui plantas usadas como alimentos) (L23.7)	Manipulação de Plantas, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro XXVII)	0,0
X – Dermatite Alérgica de Contato devida a outros agentes (Causa Externa especificada) (L23.8)	Agentes químicos, não especificados anteriormente, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)	0,0
XVIII – Dermatite de Contato por Irritantes devida a Plantas, exceto alimentos (L24.7)	Plantas, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro XXVII)	0,0
XIX – Dermatite de Contato por Irritantes devida a outros agentes: Corantes (L24.8)	Agentes químicos, não especificados anteriormente, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)	0,0
XX – Urticária Alérgica (L50.0)	Agrotóxicos e outros produtos químicos (X48.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XXVII)	0,0
XXI – Urticária devida ao Calor e ao Frio (L50.2)	Exposição ocupacional a calor e frio (W92.-; W93.-; Z57.6) (Quadro XXVII)	0,0
XXII – Urticária de Contato (L50.6)	Exposição ocupacional a agentes químicos, físicos e biológicos que afetam a pele (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XXVII)	0,0
XXIII – Queimadura Solar (L55)	Exposição ocupacional a radiações actínicas (X32.-; Z57.1) (Quadro XXVII)	0,0

XXIV – Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.-): Dermatite por Fotocontato (Dermatite de Berloque) (L56.2); Urticária Solar (L56.3); Outras Alterações Agudas Especificadas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.8); Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta, sem outra especificação (L56.9);	Radiação Ultravioleta (W89.-; Z57.1) (Quadro XXVII)	0,0
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, relacionadas com o trabalho (Grupo XIII da CID-10)		
III – Outras Artroses (M19.-)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)	01
IV – Outros transtornos articulares não classificados em outra parte: Dor Articular (M25.5)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)	11
V – Síndrome Cervicobraquial (M53.1)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)	0,0
VI – Dorsalgia (M54.-): Cervicalgia (M54.2); Ciática (M54.3); Lumbago com Ciática (M54.4)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) 3. Condições difíceis de trabalho (Z56.5)	Dorsalgia(M54)=09 Cervicalgia (M54.2)=07 Ciática(M54.3)=08 Lumbago com Ciática (M54.4)=03
VII – Sinovites e Tenossinovites (M65.-): Dedo em Gatilho(M65.3); Tenossinovite do Estiloide Radial (De Quervain) (M65.4); Outras Sinovites e Tenossinovites (M65.8); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas (M65.9)	1. Posições forçadas e gestosrepetitivos(Z57.8) 2.Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) 3. Condições difíceis de trabalho (Z56.5)	0,0
VIII – Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional (M70.-): Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho (M70.0); Bursite da Mão (M70.1); Bursite do Olécrano (M70.2);Outras Bursites	1. Posições forçadas e (Z57.8) 2. Ritmo de trabalho penoso(Z56.3) 3. Condições difíceis de trabalho (Z56.5)	0,0
Cotovelo (M70.3); Outras Bursites Pré-rotulianas (M70.4); Outras Bursites do Joelho (M70.5); Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.8); Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.9).		

IX – Fibromatose da Fascia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren” (M72.0)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)	0,0
X – Lesões do Ombro (M75.-): Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro) (M75.0); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso (M75.1); Tendinite Bicipital (M75.2); Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3); Bursite do Ombro (M75.5); Outras Lesões do Ombro (M75.8); Lesões do Ombro, não especificadas (M75.9)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Ritmo de trabalho penoso (Z56) 3. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lesões do Ombro (M75.-) = 02; ■ Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro) (M75.0) = 01; ■ Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3) = 04; ■ Bursite do Ombro (M75.5) = 08; ■ Lesões do Ombro, não especificadas (M75.9) = 02
XI – Outras entesopatias (M77.-): Epicondilite Medial (M77.0); Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia (M79.1)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Epicondilite Medial (M77.0) = 02; ■ Mialgia (M79.1) = 01
XII – Outros transtornos especificados dos tecidos moles (M79.8)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Vibrações	0,0
	Localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)	
XVIII – Doença de Kienböck do Adulto (Osteocondrose do Adulto do Semilunar do Carpo) (M93.1) e outras Osteocondropatias especificadas (M93.8)	Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)	0,0

Doenças do sistema gênito-urinário relacionadas com o trabalho (Grupo XIV da CID-10)		
VII – Infertilidade Masculina (N46)	5. Calor (trabalho em Temperaturas elevadas) (Z57.6)	0,0
Traumatismos, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, relacionados com o trabalho (Grupo XIX da CID-10)		
V – Praguicidas (Pesticidas, “Agrotóxicos”) (T60): Organofosforados e Carbamatos (T60.0); Halogenados (T60.1); Outros praguicidas (T60.2)	Exposição ocupacional a agentes tóxicos na Agricultura (Z57.4)	0,0

ANEXO B - QUADROS I E II DA NR 7 E SEUS ANEXOS

QUADRO I

PARÂMETROS PARA CONTROLE BIOLÓGICO DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A ALGUNS AGENTES QUÍMICOS

Agente Químico	Indicador Biológico		VR	IBMP	Método Analítico	Amostragem	Interpretação	Vigência
	Mat. Biológ.	Análise						
Anilina	Urina Sangue	p-aminofenol e/ou Metahemoglobina	Até 2%	50mg/g creat. 5%	CG E	FJ FJ0-1	EE SC+	
Arsênico	Urina	Arsênico	Até 10ug/g creat.	50ug/g creat.	E ou EAA	FS+T-6	EE	
Cádmio	Urina	Cádmio	Até 2ug/g creat.	5ug/g creat.	EAA	NC T- 6	SC	
Chumbo Inorgânico	Sangue Urina Sangue	Chumbo e Ác. delta amino levulinico ou Zincoprotoporfirina	Até 40ug/ 100 ml Até 4,5 mg/g creat. Até 40ug/ 100 ml	60ug/100 ml 10mg/g creat. 100ug/100 ml	EAA E HF	NC T-1 NC T- 1 NC T-1	SC SC SC	
Chumbo Tetraetila	Urina	Chumbo	Até 50ug/g creat.	100ug/g creat.	EA A	FJ 0-1	EE	
Cromo Hexavalente	Urina	Cromo	Até 5 ug/g creat.	30ug/ creat.	EA A	FS	EE	
Diclorometano	Sangue	Carboxihemoglobia	Até 1% NF	3,5% NF	E	FJ 0-1	SC +	
Dimetilformamida	Urina	N-Metilformamida		40mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	P-18
Dissulfeto de Carbono	Urina	Ác. 2-Tio-Tiazolidina		5mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	P-25
Ésteres Organofosforados e Carbamatos	Sangue	Acetil-Colinesterase Eritrocitária ou Colinesterase Plasmática ou Colinesterase Eritrocitária e plasmática (sangue total)	Determinar a atividade pré-ocupacional	30%de depressão da atividade inicial 50%de depressão da atividade inicial 25%de depreesão da atividade inicial		NC NC NC	SC SC SC	

Agente Químico	Indicador Biológico		VR	IBMP	Método Analítico	Amostragem	Interpretação	Vigência
	Mat. Biológ.	Análise						
Estireno	Urina Urina	Ác. Mandélico e/ou Ác. Fenil-Glioxílico		0,8g/g creat. 240mg/g creat.	CG ou CLAD CG ou CLAD	FJ FJ	EE EE	
Etil-Benzeno	Urina	Ác. Mandélico		1,5g/g creat.	CG ou CLAD	FS	EE	
Fenol	Urina	Fenol	20mg/g creat.	250mg/g creat.	CG ou CLAD	FJ 0-1	EE	
Flúor e Fluoretos	Urina	Fluoreto	Até 0,5mg/g	3mg/g creat no início da jornada e 10mg/g creat no final da jornada	IS	PP+	EE	
Mercúrio Inorgânico	Urina	Mercúrio	Até 5ug/g creat.	35ug/g creat.	EA A	PU T-12 12	EE	
Metanol	Urina	Metanol	Até 5mg/l	15mg/l	CG	FJ 0-1	EE	
Metil-EtilCetona	Urina	Metil-Etil-Cetona		2mg/l	CG	FJ	EE	P-12
Monóxido de Carbono	Sangue	Carboxihemoglobina	Até 1% NF	3,5 NF	E	FJ 0-1	SC +	
N-Hexano	Urina	2,5 Hexanodiona		5mg/g creat.	CG	FJ	EE	P-18
Nitrobenzeno	Sangue	Metahemoglobina	Até 2%	5%	E	FJ 0-1	SC +	
Pentaclorofenol	Urina	Pentaclorofenol		2mg/g creat.	CG ou CLAD	FS +	EE	
Tetracloroetileo	Urina	Ác. Tricloroacético		3,5mg/l	E	FS+	EE	
Tolueno	Urina	Ác. Hipúrico	Até 1,5g/g creat.	2,5g/g creat.	CG ou CLAD	FJ - 1	EE	
Tricloroetano	Urina	Triclorocompostos Totais		40mg/gcreat.	E	FS	EE	
Tricloroetileno	Urina	Triclorocompostos Totais		300mg/gcreat.	E	FS	EE	
Xileno	Urina	Ác. Metil-Hipúrico		1,5g/g creat.	CG ou CLAD	FJ	EE	

QUADRO I (ANEXO I)

Abreviatura:

IBMP

Índice Biológico Máximo Permitido: é o valor máximo do indicador biológico para o qual se supõe que a maioria das pessoas ocupacionalmente expostas não corre risco de dano à saúde. A ultrapassagem deste valor significa exposição excessiva;

VR

Valor de Referência da Normalidade: valor possível de ser encontrado em populações não- expostas ocupacionalmente;

NF

Não-Fumantes.

Método Analítico Recomendado:

E

Espectrofotometria Ultravioleta/Visível; EAA

Espectrofotometria de Absorção Atômica; CG

Cromatografia em Fase Gasosa; CLAD

Cromatografia Líquida de Alto Desempenho; IS

Eletrodo Ion Seletivo;

HF

Hematofluorômetro.

Condições de Amostragem:

FJ

Final do último dia de jornada de trabalho (recomenda-se evitar a primeira jornada da semana);

FS

Final do último dia de jornada da semana; FS+

Início da última jornada da semana; PP+,

Pré e pós a 4ª jornada de trabalho da semana; PU

Primeira urina da manhã;

NC

Momento de amostragem "não crítico": pode ser feita em qualquer dia e horário,

desde que o trabalhador esteja em trabalho contínuo nas últimas 4 (quatro) semanas sem afastamento maior que 4 (quatro) dias;

T-1

Recomenda-se iniciar a monitorização após 1 (um) mês de exposição; T-6

Recomenda-se iniciar a monitorização após 6 (seis) meses de exposição; T-12

Recomenda-se iniciar a monitorização após 12 (doze) meses de exposição; 0-1

Pode-se fazer a diferença entre pré e pós-jornada.

QUADRO II
PARÂMETROS PARA MONITORIZAÇÃO DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL
A ALGUNS RISCOS À SAÚDE

(redação dada pela Portaria nº 19 de 09 de Abril de 1998)

Risco	Exame Complementar	Periodicidade dos Exames	Método de Execução	Critério de Interpretação	Observações
Ruído	Vide Anexo I – Quadro II				
Aerodispersóides FIBROGÊNICOS	Telerradiografia do tórax Espirometria	Admissional e anual Admissional e bienal	Radiografia em posição pósterio-anterior (PA) Técnica preconizada pela OIT, 1980	Classificação internacional da OIT para radiografias	
			Técnica preconizada pela American Thoracic Society, 1987		
Aerodispersóide NÃO FIBROGÊNICOS	Telerradiografia do tórax Espirometria	Admissional e trienal, se exposição <15anos Bienal, se exposição >15 anos Admissional e bienal	Radiografia em posição pósterio-anterior (PA) Técnica preconizada pela OIT, 1980 Técnica preconizada pela American Thoracic Society, 1987	Classificação internacional da OIT para radiografias	
Condições hiperbáricas	Radiografias de articulações coxo-femorais e escápulo-umerais	Admissional e anual			Ver anexo "B" do Anexo nº 6 da NR 15
Radações ionizantes	Hemograma completo e contagem de plaquetas	Admissional e semestral			
Hormônios sexuais femininos	Apenas em homens; Testosterona total ou plasmática livre LH e FSH	Admissional e semestral			
Benzeno	Hemograma completo e plaquetas	Admissional e semestral			

ANEXO I - QUADRO II

DIRETRIZES E PARÂMETROS MÍNIMOS PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA AUDIÇÃO EM TRABALHADORES EXPOSTOS A NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA ELEVADOS

(redação dada pela Portaria nº 19 de 09 de Abril de 1998)

1. Objetivos

- 1.1 Estabelecer diretrizes e parâmetros mínimos para a avaliação e o acompanhamento da audição do trabalhador através da realização de exames audiológicos de referência e seqüenciais.
- 1.2 Fornecer subsídios para a adoção de programas que visem a prevenção da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e a conservação da saúde auditiva dos trabalhadores.

2. Definições e Caracterização

- 2.1 Entende-se por perda auditiva por níveis de pressão sonora elevados as alterações dos limiars auditivos, do tipo sensorineural, decorrente da exposição ocupacional sistemática a níveis de pressão sonora elevados. Tem como características principais a irreversibilidade e a progressão gradual com o tempo de exposição ao risco. A sua história natural mostra, inicialmente, o acometimento dos limiars auditivos em uma ou mais freqüências da faixa de 2.23.000 a 6.000 Hz. As freqüências mais altas e mais baixas poderão levar mais tempo para serem afetadas. Uma vez cessada a exposição, não haverá progressão da redução auditiva.
- 2.2 Entende-se por perda auditiva por níveis de pressão sonora elevados a alteração dos limiars auditivos, do tipo sensorineural, decorrente da exposição ocupacional sistemática a níveis de pressão sonora elevados. Tem como características principais a irreversibilidade e a progressão gradual com o tempo de exposição ao risco. A sua história natural mostra, inicialmente, o acometimento dos limiars auditivos em uma ou mais freqüências da faixa de 2.23.000 a 6.000 Hz. As freqüências mais altas e mais baixas poderão levar mais tempo para serem afetadas. Uma vez cessada a exposição, não haverá progressão da redução auditiva.
- 2.3 Entende-se por exames audiológicos de referência e seqüenciais o conjunto de procedimentos necessários para avaliação da audição do trabalhador ao longo do tempo de exposição ao risco, incluindo:
 - a. anamnese clínico-ocupacional;
 - b. exame otológico;
 - c. exame audiométrico realizado segundo os termos previstos nesta norma técnica.
 - d. outros exames audiológicos complementares solicitados a critério médico.

3. Princípios e procedimentos básicos para a realização do exame audiométrico

- 3.1 Devem ser submetidos a exames audiométricos de referência e seqüenciais, no

mínimo, todos os trabalhadores que exerçam ou exercerão suas atividades em ambientes cujos níveis de pressão sonora ultrapassem os limites de tolerância estabelecidos nos anexos 1 e 2 da NR 15 da Portaria 3.214 do Ministério do Trabalho, independentemente do uso de protetor auditivo.

3.2 O audiômetro será submetido a procedimentos de verificação e controle periódico do seu funcionamento .

3.2.1 Aferição acústica anual.

3.2.2 Calibração acústica, sempre que a aferição acústica indicar alteração, e , obrigatoriamente, a cada 5 anos.

3.2.3 Aferição biológica é recomendada precedendo a realização dos exames audiométricos. Em caso de alteração, submeter o equipamento à aferição acústica.

3.2.4 Os procedimentos constantes dos itens 3.2.1 e 3.2.2 devem seguir o preconizado na norma ISSO 8253-1, e os resultados devem ser incluídos em um certificado de aferição e/ou calibração que acompanhará o equipamento.

3.3 O exame audiométrico será executado por profissional habilitado, ou seja, médico ou fonoaudiólogo, conforme resoluções dos respectivos conselhos federais profissionais.

3.4 Periodicidade dos exames audiométricos.

3.4.1 O exame audiométrico será realizado, no mínimo, no momento da admissão, no 6º (sexto) mês após a mesma, anualmente a partir de então, e na demissão.

3.4.1.1 No momento da demissão, do mesmo modo como previsto para a avaliação clínica no item 7.4.3.5 da NR -7, poderá ser aceito o resultado de um exame audiométrico realizado até:

- a. 135 (cento e trinta e cinco) dias retroativos em relação à data do exame médico demissional de trabalhador de empresa classificada em grau de risco 1 ou 2;
- b. 90 (noventa) dias retroativos em relação à data do exame médico demissional de trabalhador de empresa classificada em grau de risco 3 ou 4 .

3.4.2 O intervalo entre os exames audiométricos poderá se reduzido a critério do médico coordenador do PCMSO, ou por notificação do médico agente de inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho.

3.5 O resultado do exame audiométrico deve ser registrado em uma ficha que contenha, no mínimo:

- a) nome, idade e número de registro de identidade do trabalhador;
- b) nome da empresa e a função do trabalhador;
- c) tempo de repouso auditivo cumprido para a realização do exame audiométrico;
- d) nome do fabricante, modelo e data da última aferição acústica do audiômetro;
- e) traçado audiométrico e símbolos conforme o modelo constante do Anexo 1;
- f) nome, número de registro no conselho regional e assinatura do profissional responsável pelo exame audiométrico.

3.6 Tipos de exames audiométricos

O trabalhador deverá ser submetido a exame audiométrico de referência e a exame audiométrico seqüencial na forma abaixo descrita:

3.6.1 Exame audiométrico de referência, aquele com o qual os seqüenciais serão comparados e cujas diretrizes constam dos subitens abaixo, deve ser realizado:

- a. quando não se possua um exame audiométrico de referência prévio:
- b. quando algum exame audiométrico seqüencial apresentar alteração significativa em relação ao de referência, conforme descrito nos itens 4.2.1, 4.2.2 e 4.2.3 desta norma técnica.

3.6.1.1 O exame audiométrico será realizado em cabina audométrica, cujos níveis de pressão sonora não ultrapassem os níveis máximos permitidos, de acordo com a norma ISO 8253.1.

3.6.1.1.1. Nas empresas em que existir ambiente acusticamente tratado, que atenda à norma ISO 8253.1, a cabina audométrica poderá ser dispensada.

3.6.1.2 O trabalhador permanecerá em repouso auditivo por um período mínimo de 14 horas até o momento de realização do exame audiométrico.

3.6.1.3 O responsável pela execução do exame audiométrico inspecionará o meato acústico externo de ambas as orelhas e anotará os achados na ficha de registro. Se identificada alguma anormalidade, encaminhará ao médico

responsável.

3.6.1.4 Vias, freqüências e outros testes complementares.

3.6.1.4.1 O exame audiométrico será realizado, sempre, pela via aérea nas freqüências de 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000 Hz.

3.6.1.4.2 No caso de alteração detectada no teste pela via aérea ou segundo a avaliação do profissional responsável pela execução do exame, o mesmo será feito, também, pela via óssea nas freqüências de 500, 1.000, 2.000, 3.000 e 4.000 Hz.

3.6.1.4.3 Segundo a avaliação do profissional responsável, no momento da execução do exame, poderão ser determinados os limiares de reconhecimento de fala (LRF)

3.6.2 Exame audiométrico seqüencial, aquele que será comparado com o de referência, aplica-se a todo trabalhador que já possua um exame audiométrico de referência prévio, nos moldes previstos no item 3.6.1. As seguintes diretrizes mínimas devem ser obedecidas:

3.6.2.1 Na impossibilidade da realização do exame audiométrico nas condições previstas no item 3.6.1.1, o responsável pela execução do exame avaliará a viabilidade de sua realização em um ambiente silencioso, através do exame audiométrico em 2(dois) indivíduos, cujos limiares auditivos, detectados em exames audiométricos de referência atuais, sejam conhecidos. Diferença de limiar auditivo, em qualquer freqüência e em qualquer um dos 2 (dois) indivíduos examinados, acima de 5 dB(NA) (nível de audição em decibel) inviabiliza a realização do exame no local escolhido.

3.6.2.2 O responsável pela execução do exame audiométrico inspecionará o meato acústico externo de ambas as orelhas e anotará os achados na ficha de registro.

3.6.2.3 O exame audiométrico será feito pela via aérea nas freqüências de 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000 Hz.

4. Interpretação dos resultados do exame audiométrico com finalidade de prevenção

4.1 A interpretação dos resultados do exame audiométrico de referência deve seguir os seguintes parâmetros:

4.1.1 São considerados dentro dos limites aceitáveis, para efeito desta norma

técnica de caráter preventivo, os casos cujos audiogramas mostram limiares auditivos menores ou iguais a 25 dB(NA), em todas as freqüências examinadas.

4.1.2 São considerados sugestivos de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados os casos cujos audiogramas, nas freqüências de 3.000 e/ou 4.000 e/ou 6.000 Hz, apresentam limiares auditivos acima de 25 dB(NA) e mais elevados do que nas outras freqüências testadas, estando estas comprometidas ou não, tanto no teste da via aérea quanto da via óssea, em um ou em ambos os lados.

4.1.3 São considerados não sugestivos de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados os casos cujos audiogramas não se enquadram nas descrições contidas nos itens 4.1.1 e 4.1.2 acima.

4.2 A interpretação dos resultados do exame audiométrico seqüencial deve seguir os seguintes parâmetros:

4.2.1 São considerados sugestivos de desencadeamento de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos em que os limiares auditivos em todas as freqüências testadas no exame audiométrico de referência e no seqüencial permanecem menores ou iguais a 25 dB(NA), mas a comparação do audiograma seqüencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de freqüências de 3.000, 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB(NA);
- b. a piora em pelo menos uma das freqüências de 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 15 dB(NA).

4.2.2 São considerados sugestivos de agravamento da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, os casos já confirmados em exame audiométrico de referência, conforme item 4.1.2., e nos quais a comparação de exame audiométrico seqüencial com o de referência mostra uma evolução dentro dos moldes definidos no item 2.1 desta norma, e preenche um dos critérios abaixo:

- a. a diferença entre as médias aritméticas dos limiares auditivos no grupo de freqüência de 500, 1.000 e 2.000 Hz, ou no grupo de freqüências de 3.000,

- 4.000 e 6.000 Hz iguala ou ultrapassa 10 dB(NA);
- b. a piora em uma frequência isolada iguala ou ultrapassa 15 dB(NA).

4.2.3 Para fins desta norma técnica, o exame audiométrico de referência permanece o mesmo até o momento em que algum dos exames audiométricos seqüenciais for preenchido algum dos critérios apresentados em 4.2.1, 4.2.2 ou 4.2.3. Uma vez preenchido por algum destes critérios, deve-se realizar um novo exame audiométrico, dentro dos moldes previstos no item 4.10 desta norma técnica, que será, a partir de então, o novo exame audiométrico de referência. Os exames anteriores passam a constituir o histórico evolutivo da audição do trabalhador.

5. Diagnóstico da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e definição da aptidão para o trabalho.

5.1 O diagnóstico conclusivo, o diagnóstico diferencial e a definição da aptidão para o trabalho, na suspeita de perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, estão a cargo do médico coordenador do PCMSO de cada empresa, ou do médico encarregado pelo mesmo para realizar o exame médico, dentro dos moldes previstos na NR - 7, ou, na ausência destes, do médico que assiste ao trabalhador.

5.2 A perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, por si só, não é indicativa de inaptidão para o trabalho, devendo-se levar em consideração na análise de cada caso, além do traçado audiométrico ou da evolução seqüencial de exames audiométricos, os seguintes fatores:

- a. a história clínica e ocupacional do trabalhador;
- b. o resultado da otoscopia e de outros testes audiológicos complementares;
- c. a idade do trabalhador;
- d. o tempo de exposição pregressa e atual a níveis de pressão sonora elevados;
- e. os níveis de pressão sonora a que o trabalhador estará, está ou esteve exposto no exercício do trabalho;
- f. a demanda auditiva do trabalho ou da função;

- g. a exposição não ocupacional a níveis de pressão sonora elevados;
- h. a exposição ocupacional a outro(s) agente(s) de risco ao sistema auditivo;
- i. a exposição não ocupacional a outro(s) agentes de risco ao sistema auditivo;
- j. a capacitação profissional do trabalhador examinado;
- k. os programas de conservação auditiva aos quais tem ou terá acesso o trabalhador.

6. Condutas Preventivas

6.1 Em presença de trabalhador cujo exame audiométrico de referência se enquadre no item 4.1.2, ou algum dos exames audiométricos seqüenciais se enquadre no item 4.2.1 ou 4.2.2 ou 4.2.3, o médico coordenador do PCMSO, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico, deverá:

- a. definir a aptidão do trabalhador para a função, com base nos fatores ressaltados no item 5.2 desta norma técnica;
- b. incluir o caso no relatório anual do PCMSO;
- c. participar da implantação, aprimoramento e controle de programas que visem a prevenção da progressão da perda auditiva do trabalhador acometido e de outros expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no item 9.3.6 da NR-9;
- d. disponibilizar cópias dos exames audiométricos aos trabalhadores.

6.2 Em presença de trabalhador cujo exame audiométrico de referência se enquadre no item 4.1.3, ou que algum dos exames audiométricos seqüenciais se enquadre nos itens 4.2.1.a., 4.2.1.b, 4.2.2.a, 4.2.2.b, 4.2.3.a ou 4.2.3.b, mas cuja evolução foge dos moldes definidos no item 2.1 desta norma técnica, o médico coordenador do PCMSO, ou o encarregado pelo mesmo do exame médico, deverá:

- a. verificar a possibilidade da presença concomitante de mais de um tipo de agressão ao sistema auditivo;
- b. orientar e encaminhar o trabalhador para avaliação especializada;
- c. definir sobre a aptidão do trabalhador para função;
- d. participar da implantação, aprimoramento, e controle de programas que

visem a prevenção da progressão da perda auditiva do trabalhador acometido e de outros expostos ao risco, levando-se em consideração o disposto no item 9.3.6 da NR-9.

- e. disponibilizar cópias dos exames audiométricos aos trabalhadores.

ANEXO I TRAÇADO AUDIOMÉTRICO

ORELHA DIREITA										
N Freqüência em KHZ										
	-10		0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
	0									
	10									
	20									
	30									
	40									
	50									
	60									
	70									
	80									
	90									
	100									
	110									
	120									
D	130									
	D									

ORELHA ESQUERDA										
Frequência em KHZ										
	-10		0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
	0									
	10									
	20									
	30									
	40									
	50									
	60									
	70									
	80									
	90									
	100									
	110									
	120									
D	130									
	D									

A distância entre cada oitiva de frequência deve corresponder a uma variação de 20 dB no eixo do nível de audição (D).

1. Os símbolos referentes à via de condução aérea devem ser ligados através de linhas contínuas para a orelha direita e linhas interrompidas para a orelha esquerda.
2. Os símbolos de condução óssea não devem ser interligados.

No caso do uso de cores:

- a. a cor vermelha deve ser usada para os símbolos referentes à orelha direita;
- b. a cor azul deve ser usada para os símbolos referentes à orelha esquerda.

VINICIUS MARIANO AGUIAR

SEGURANÇA DE TRABALHO NO CAMPO

• A IMPORTÂNCIA DOS
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO •



*ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA*

Vinicius Mariano Aguiar

SEGURANÇA DE TRABALHO NO CAMPO

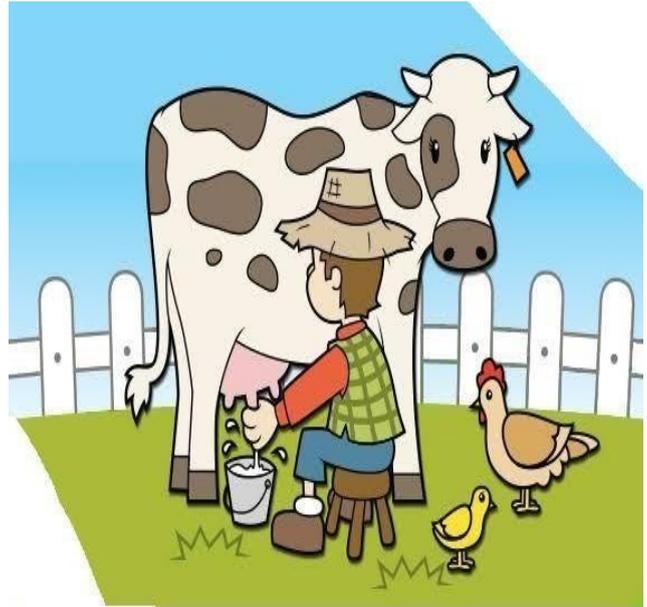
*• A IMPORTÂNCIA DOS EQUIPAMENTOS
DE PROTEÇÃO •*

Brasília-DF
2019

RISCOS DO TRABALHO NO CAMPO

Assim como, por exemplo, aqueles que lidam com atividades relacionadas à construção civil ou os que estão constantemente expostos a produtos químicos, o trabalhador rural também está sujeito a riscos advindos do seu trabalho.

Os casos de acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais na zona rural são comuns, principalmente quando as condições de trabalho oferecidas são precárias, o que acontece na maioria das vezes. Assim como em todos os setores, no ambiente rural também existem medidas de proteção baseadas em normas regulamentadoras que buscam a preservação da saúde do trabalhador.



Quem trabalha em um ambiente como a zona rural está sujeito a uma série de riscos. Mas você sabe o que são cada um desses riscos e quais são os males que eles oferecem aos agricultores? Vamos Explicar.



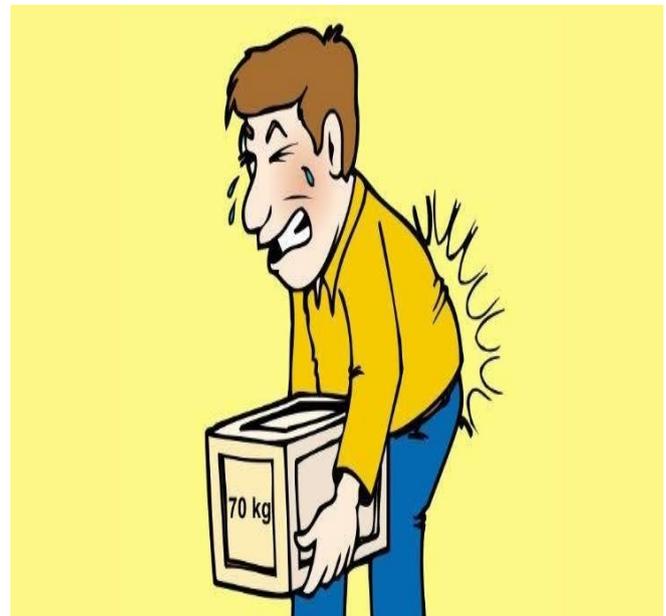


RISCOS BIOLÓGICOS:

Os riscos biológicos geralmente são relacionados à exposição e ao contato com animais peçonhentos, pólen e diferentes tipos de detritos de origem animal. Estes são apenas alguns dos riscos relacionados ao trabalho na zona rural. Além destes existem outras situações que podem deixar o trabalhador vulnerável e colocar sua saúde em risco.

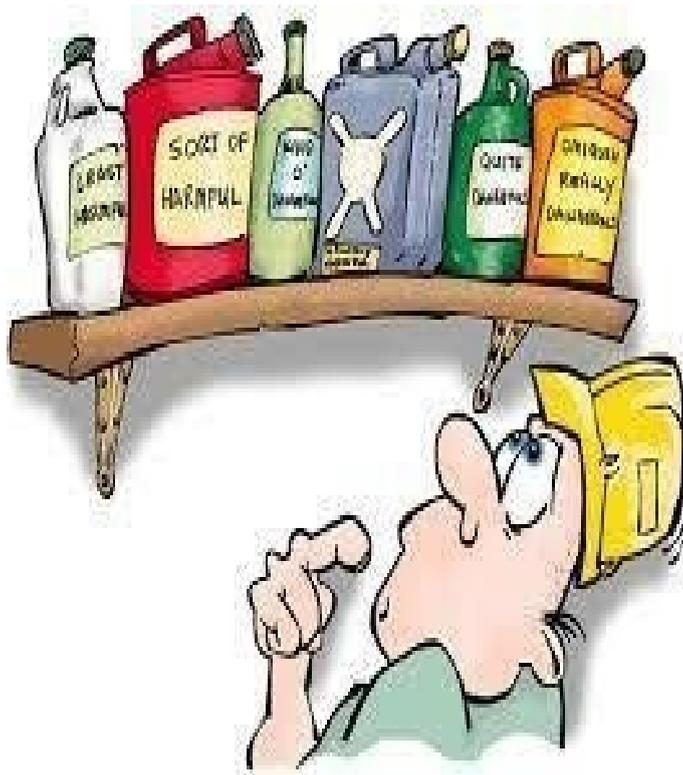
RISCOS ERGONÔMICOS:

Os riscos ergonômicos também estão presentes na zona rural. É importante que o trabalhador, enquanto opera as máquinas, cuide para manter uma boa postura, uma boa visão, movimentação e operação das mesmas.



RISCOS QUÍMICOS:

Os riscos químicos são provenientes dos produtos utilizados para proteção das plantas. Os chamados “defensores agrícolas”. Estes produtos tendem a ser extremamente nocivos ao trabalhador, por isso é preciso que ele utilize sempre e corretamente os equipamentos de proteção individual que devem ser fornecidos pelo empregador. Olhos, nariz, boca e toda a pele podem sofrer danos irreparáveis quando entram em contato com certos fertilizantes e agrotóxicos. Alguns casos podem levar à morte.



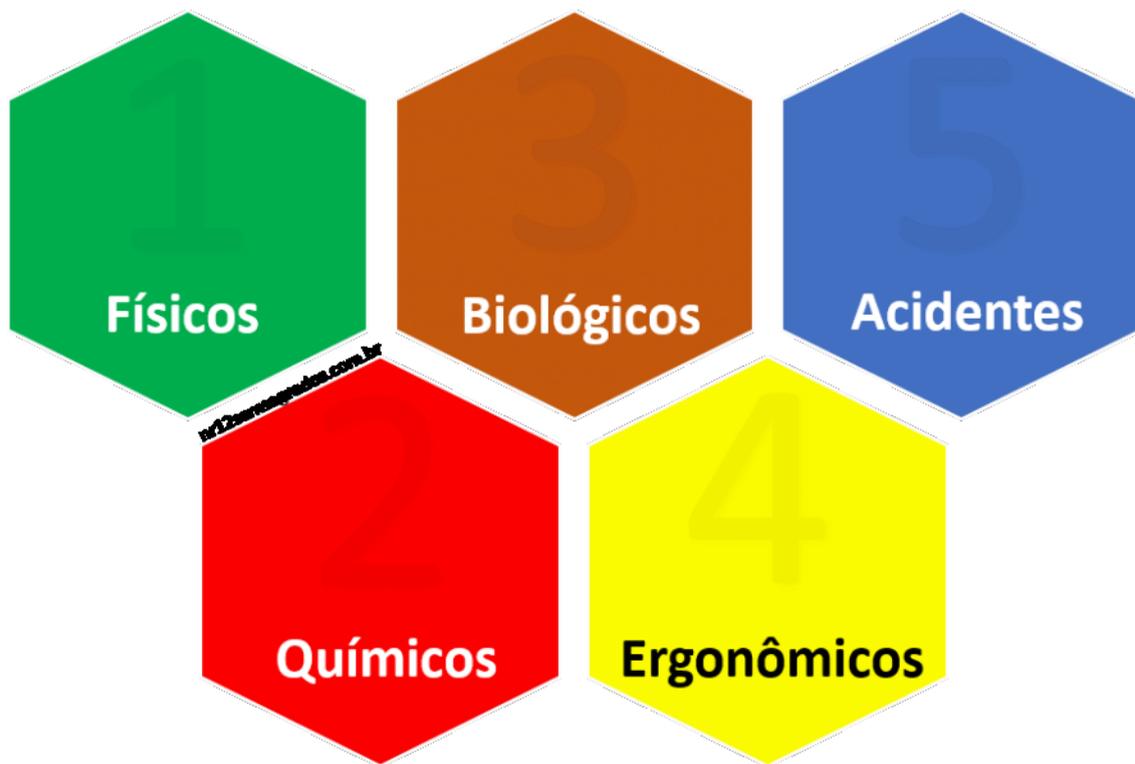
RISCOS FÍSICOS:

Os riscos físicos podem vir por exemplo da exposição excessiva ao sol. O trabalhador rural costuma realizar a maior parte das suas atividades ao ar livre e as consequências podem ser as mais diversas: câibras, síncope e câncer de pele. Pausas periódicas também devem ser consideradas para garantir a integridade do trabalhador e a qualidade do trabalho.



RISCOS MECÂNICOS E DE ACIDENTES:

Os acidentes mecânicos são normalmente causados por máquinas, implementos agrícolas e ferramentas, mas também podem estar associados ao uso de animais.





COMO PREVENIR ESSES RISCOS:

Assim como as pessoas de diversas áreas de produção utilizam equipamentos que as protegem, no setor agrícola, tanto os EPC (Equipamento de proteção Coletiva) quanto os EPI (Equipamento de proteção Individual) são ferramentas de trabalho e os seus usos são muito importantes para preservar a saúde do homem no campo. Por isso, eles se tornaram obrigatórios por lei. Vamos falar um pouco sobre a importância e o uso correto destes equipamentos.

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA (EPC):

São equipamentos utilizados para proteção de segurança enquanto um grupo de pessoas realiza determinada tarefa ou atividade. Vejamos agora, os principais EPI's que devem ser utilizado no trabalho no campo:



PROTEÇÃO DE PARTES MÓVEIS DE MÁQUINAS:

Tem como finalidade evitar acidentes das partes moveis das maquinas. Deve ser colocada na estrutura móvel da máquina de tal modo que:



A máquina não pode operar até que a proteção seja fechada;
E se a proteção é aberta quando a máquina está operando, uma instrução de parada deverá ser acionada



TELA / GRADE PARA PROTEÇÃO DE POLIAS, PEÇAS OU ENGRENAGENS MÓVEIS:

Tem a finalidade de evitar acidentes provenientes do uso de máquinas. São normalmente fixadas nas máquinas sendo de difícil remoção. Geralmente utilizadas nos trituradores para evitar diversos acidentes como amputações, etc.



EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI):

O Equipamento de Proteção Individual (EPI) é importante para proteger o profissional dos riscos diários no trabalho. Vejamos agora, os principais EPI's que devem ser utilizados pelos trabalhadores rurais:

EPI



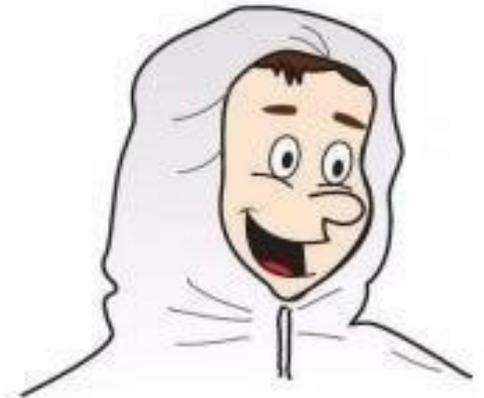
BOTAS:

Tem como finalidade a proteção dos pés, dedos e pernas contra diversos riscos como por exemplo os provenientes do calor, das quedas de matérias, da utilização de produtos químicos, da umidade e de picada de animais peçonhentos.



CAPUZ OU TOUCA:

Tem como objetivo proteger o crânio dos riscos provenientes da exposição ao sol, dos respingos de produtos químicos e do contato com partículas soltas no ar.



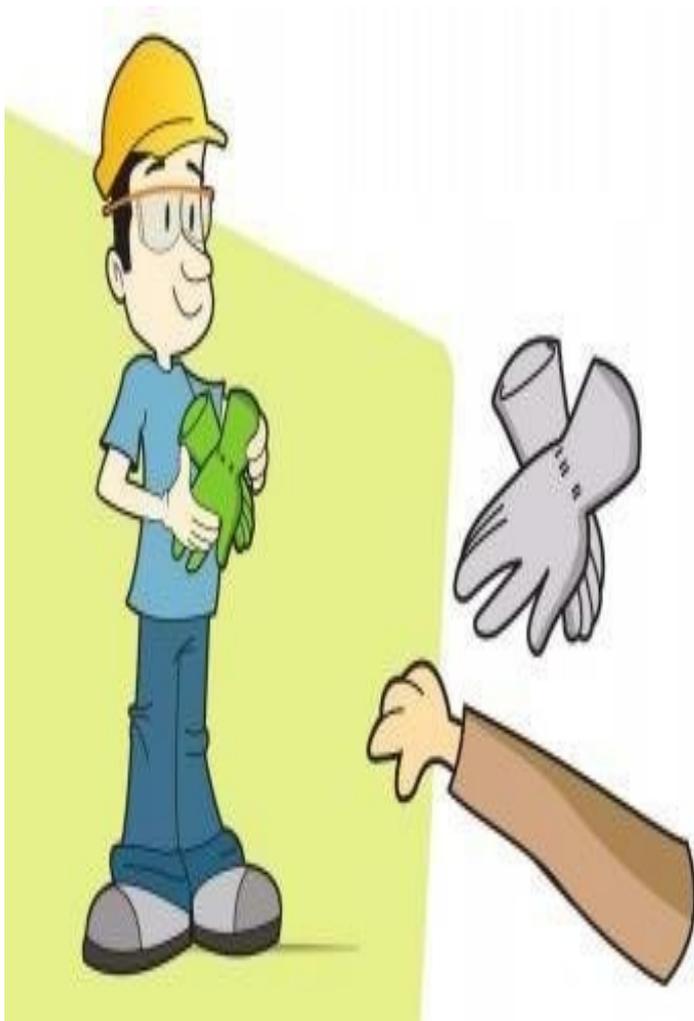
CAPACETE:

É utilizado para proteção contra diversos tipos de impactos. São protetores de cabeça impermeáveis e resistentes no trabalho com produtos químicos.



ÓCULOS DE PROTEÇÃO:

Tem como finalidade evitar impactos de partículas volantes como em casos de roçadas com roçadeira motorizada. Deve ser utilizada também para proteger os olhos de luminosidade intensa e das demais radiações. Além de ser um importante aliado contra possíveis contaminações de produtos químicos como os agrotóxicos.



LUVAS E/OU MANGAS DE PROTEÇÃO:

Estas são essenciais para trabalhadores que manuseiam matérias ou objetos escoriantes abrasivos, cortantes ou perfurantes. Como por exemplo: produtos químicos tóxicos, alergênicos, corrosivos, cáusticos, solventes orgânicos e derivados do petróleo. Para trabalhadores que manuseiam materiais ou objetos aquecidos. Ou que operem equipamentos elétricos. E para evitar possíveis picadas de animais peçonhentos.

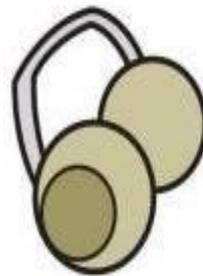


PROTETORES AURICULARES:

O ruído pode causar perda da audição. E como a perda é gradativa, infelizmente, o trabalhador só percebe quando a perda já está avançada. Nesse contexto, os protetores auriculares tem a finalidade de reduzir os níveis sonoros e de ruídos.

Atualmente, existem dois tipos de protetor auricular disponíveis no mercado, sendo eles:

- Protetores de inserção (plugues): É o mais usado nos locais de trabalho. Possui preço acessível e alta durabilidade.
- Abafadores tipo concha: É um protetor auditivo do tipo abafador. Possui uma ótima atenuação de ruído e conforto para o usuário. No entanto, por serem grandes, interferem no uso de óculos pessoais e alguns outros EPIs.

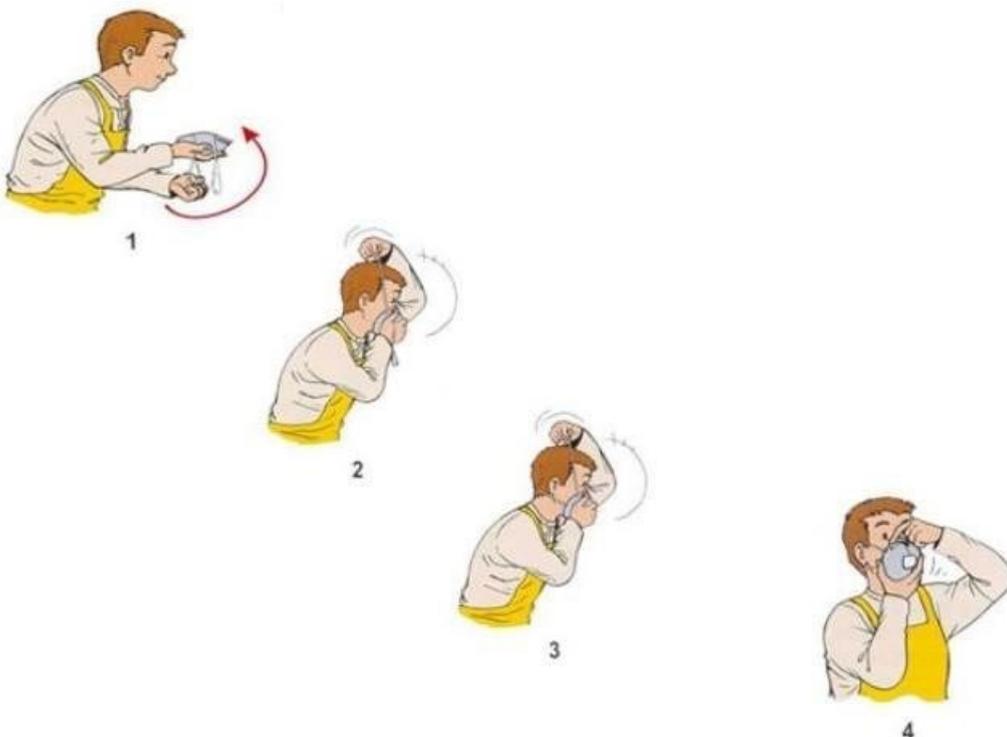


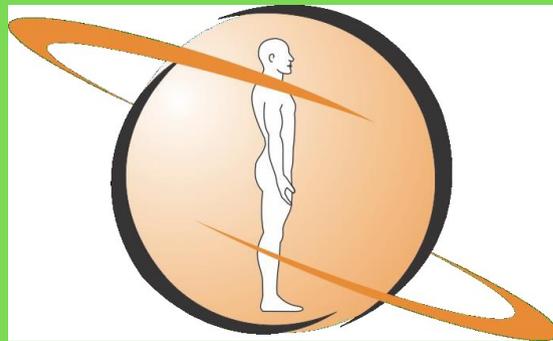
RESPIRADORES:

Comumente chamados de máscaras, os respiradores têm a finalidade de evitar que os trabalhadores inalem vapores orgânicos, fumaças, poeira ou finas partículas tóxicas através das vias respiratórias.

Existem basicamente dois tipos de respiradouros. São eles: os descartáveis (ou sem manutenção) e os de baixa manutenção que possuem a opção da troca do filtro.

Devem estar sempre limpos, higienizados e os seus filtros jamais devem estar cheios. Antes do uso de qualquer tipo de respirador, é recomendado que o usuário esteja barbeado, além de realizar um teste de ajuste de vedação, para evitar falha na selagem. É importante notar que, se utilizados de maneira indevida, os respiradores tornam-se desconfortáveis e podem transformar-se numa verdadeira fonte de contaminação.

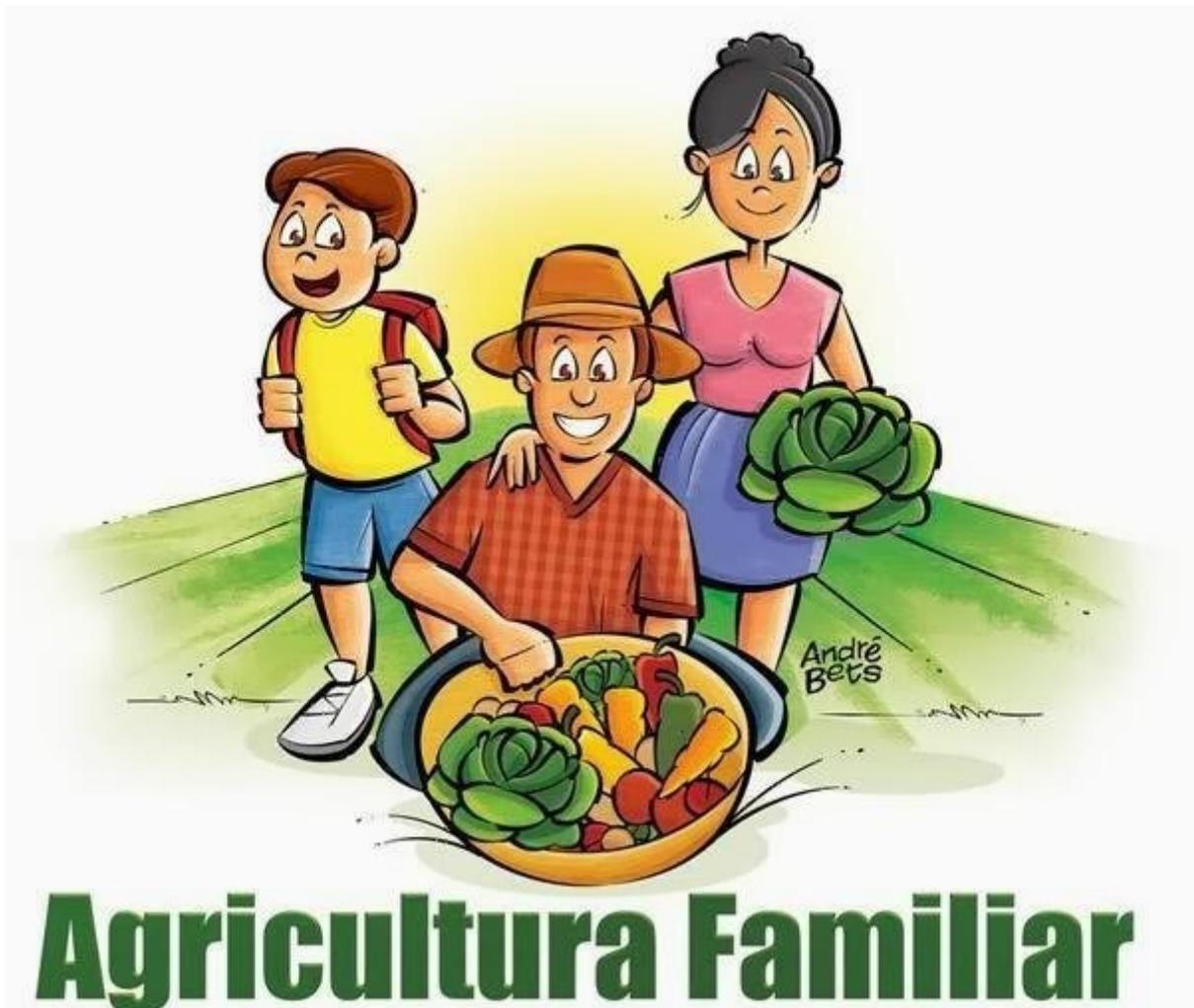




ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST



MEDICO COORDENADOR DO PVST
Vinicius Mariano Aguiar
Médico do Trabalho e da
Estratégia de Saúde da Família

Dezembro de 2019

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST

Responsável pela elaboração do PVST.

**MEDICO COORDENADOR DO PVST
Vinicius Mariano Aguiar
Médico do Trabalho e da
Estratégia de Saúde da Família**

Brasília – DF, Dezembro de 2019

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



Sumário

1 - Responsável pelo PVST	04
2 - Introdução	04
3 - Medicina do trabalho	05
4 - Do objeto	06
5 - Das diretrizes	07
6 - Das responsabilidades	08
6.1 - Compete a Estratégia Saúde da Família (ESF)	08
7 - Desenvolvimento do PVST	09
8 - Atestado de saúde ocupacional – ASO	11
9 - Prontuário médico	12
10 - Atestado médico	13
11 - Primeiros socorros	14
12 - Programa de imunização recomendado	15
13 - Plano de comunicação de acidentes	16
14 - Cronograma do PVST	17
15 - Riscos e exames	19
GHE 01 - Cozinha	19
GHE 02 - Geral - Polivalente	20
GHE 03 - Geral - Polivalente - Atividade Crítica	21
16 - Relatório Anual	22
17 - Encerramento	23

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



1- RESPONSÁVEL PELO PVST

Identificação do Responsável pela Elaboração do Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador:

NOME:	Vinicius Mariano Aguiar
CATEGORIA	Médico do Trabalho e da Estratégia de Saúde da Família
CRM-GO	16.345

2- INTRODUÇÃO

O Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST objetiva a promoção e preservação da saúde do conjunto dos trabalhadores da Agricultura Familiar

O Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) baixará instruções relativas aos casos em que serão exigidos exames:

a. complementares.

§ 2º Outros exames complementares poderão ser exigidos, a critério médico, para apuração da capacidade ou aptidão física e mental do empregado para a função que deve exercer.

§ O Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) estabelecerá, de acordo com resto da atividade e o tempo de exposição, a periodicidade dos exames médicos.

§ 4º O trabalhador manterá no estabelecimento o material necessário à prestação de primeiros socorros médicos, de acordo com risco da atividade.

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



§ 5º O resultado dos exames médicos, inclusive o exame complementar, será comunicado ao trabalhador, observados os preceitos da ética médica.

Art. 169. Será obrigatória a notificação das doenças profissionais e as produzidas em virtude de condições especiais de trabalho, comprovadas ou objeto de suspeita, de conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho.

Finalmente, em 29 de dezembro de 1994, o Ministério do Trabalho e emprego publicou a Portaria n.º 24, que deu redação à Norma Regulamentadora de Número 7 (NR-7) – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



3- MEDICINA DO TRABALHO

Desenvolvimento do programa – a periodicidade no mínimo anual e ou de acordo com o grupo homogêneo de exposição (GHE). Na ausência de parâmetro mandatório, as atividades com risco ambiental ergonômico, frequentemente encontrada em escritórios podem ter periodicidade bienal.

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



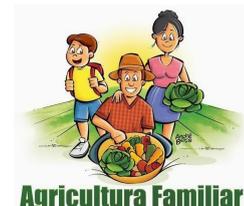
4- DO OBJETO

Estabelece a instituição na Estratégia de Saúde da Família da elaboração e implementação do Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST da Agricultura Familiar, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

Estabelece os parâmetros mínimos, diretrizes gerais a serem observados na execução do PVST.

Caberá ao produtor rural contratante de mão de obra prestadora de serviços informar ao empreiteiro contratado sobre os riscos existentes e auxiliar na elaboração e implementação do PVST nos locais de trabalho onde os serviços estão sendo prestados.

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMÍLIAR**



5 - DAS DIRETRIZES

São diretrizes deste PVST:

1 – Articulação com as demais Normas Regulamentadoras, em especial a NR – 9 (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e com as Políticas de Saúde Pública da Atenção Básica.

Nota: O Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador é um documento dinâmico e poderá sofrer alterações de acordo com a avaliação objetiva dos riscos ambientais e do resultado do Relatório Anual gerado.

2- Realização de exames clínicos e complementares para a definição de aptidão ao trabalho, diagnóstico precoce e prevenção de doenças.

3 – Permitir a inclusão do deficiente físico de acordo com a legislação em vigor.

4 – Registro das principais patologias dos trabalhadores e elaboração de análise estatística crítica, com elaboração do Perfil Epidemiológico de Adoecimento e emissão do Relatório Anual. (Tal diretriz dependerá do encaminhamento dos atestados médicos pelo empregador)

5 – Realização de palestras e treinamentos.

6 – Prevenir doenças relacionadas ao trabalho ou evitar o seu agravamento.

7 – Prevenção do adoecimento do empregado e encaminhamento para a Previdência Social quando necessário.

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**

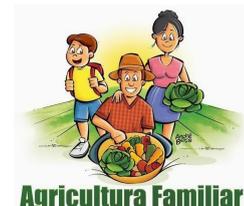


6 - DAS RESPONSABILIDADES

6.1 - Compete a Estratégia de Saúde da Família:

- a. garantir a elaboração e efetiva implementação do PVST, bem como zelar pela sua eficácia;
- b. custear sem ônus para o trabalhador todos os procedimentos relacionados ao PVST; (exames clínicos e complementares) através da atenção básica;
- c. indicar um coordenador responsável pela execução do PVST;
- d. realizar os exames médicos previstos no item 7.4.1 da NR07;
- e. capacitar os profissionais da atenção básica para que os mesmos tornem-se familiarizados com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador;
- f. encarregar dos exames complementares previstos nos itens, quadros e anexos desta NR profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados.

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



7 - DO DESENVOLVIMENTO DO PVST

ADMISSIONAL	<p>Será realizado nos trabalhadores antes de iniciarem as suas atividades.</p> <p>Será constituído por anamnese ocupacional e exame clínico, podendo ser acompanhado de exames complementares de acordo com o quadro de exames previsto neste documento.</p>
PERIÓDICO	<p>Seu conteúdo é similar ao exame admissional. Sua periodicidade respeitará o preconizado na NR-7 no que tange à idade dos funcionários e aos riscos a que estão expostos, conforme o Quadro I e II da NR - 07.</p> <p>Será de responsabilidade da ESF elaborar e implementar o cronograma de realização dos exames.</p>
RETORNO AO TRABALHO	<p>Será realizado após o afastamento do funcionário por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. O exame deverá ser preferencialmente realizado no primeiro dia de retorno à atividade, procedendo-se à realização dos exames preconizados para a função.</p>
MUDANÇA DE FUNÇÃO	<p>O exame será realizado antes que o trabalhador assumira suas novas tarefas.</p> <p>Considera-se mudança de função a atividade que confere riscos ambientais diferentes da atividade desempenhada anteriormente. Os exames a serem realizados serão determinados de acordo com a nova função.</p>
EXAMES COMPLEMENTARES	<p>Serão solicitados os exames complementares exigidos pela NR-7 para cargos com exposição aos riscos específicos ou a critério do Médico Coordenador.</p>

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



8 - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

Para cada exame médico realizado deverá ser emitido o respectivo ASO, em 2 (duas) vias, e em conformidade com o preconizado na NR - 7. A seguir: A 1ª via será arquivada no local de trabalho e a outra será entregue ao funcionário mediante recibo na 1ª via.

No ASO deverá ser informado se o candidato ao emprego está Apto ou não para exercer as suas atividades.

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



9 - PRONTUARIO MÉDICO

Cada trabalhador deve possuir um prontuário médico individual a ser armazenado nas unidade de atendimento da ESF.

No prontuário serão registrados os dados médicos obtidos nos exames clínicos e complementares.

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



10 - ATESTADO MÉDICO

O atestado médico é um direito do trabalhador, cabendo ao empregador o abono dos primeiros 15 dias de afastamento do trabalho por motivos de doença.

Cabe ao médico assistente, prioritariamente, determinar o tempo necessário de afastamento para a recuperação da capacidade laborativa.



11 - PRIMEIROS SOCORROS

Deverá estar à disposição dos trabalhadores no ambiente laboral um chuveiro para banho completo em casos de acidente, por exemplo, com agrotóxico e kit de primeiros-socorros.

O material Relacionado a seguir deverá está guardado em local adequado, e aos cuidados de pessoas treinadas para esse fim. Todos estabelecimento deverá estar equipada com material necessário a prestação de primeiro socorros, considerando-se as características da atividade envolvida.

Obs.: Conforme o consumo, o material deve ser repostado de modo que nunca falte qualquer item. É expressamente proibida a realização de procedimentos cirúrgicos nas instalações da empresa, tal como a realização de suturas.

Kit De Primeiros-Socorros

Itens- Propriedades	Tipos (Opções)
Água Boricada 200ml	01 frasco
Água oxigenada 10 Volumes	01 frasco
Algodão hidrófilo 250 gramas	01 pacote
Atadura de crepe 20cm	03 unidades
Atadura de crepe 10cm	03 unidades
Atadura de crepe 15cm	03 unidades
Atadura de gaze 7,5 x 7,5	03 unidades
Bactericida Tópico.	Spray 1 frasco
Band aid.	01 caixa com 30 unidades
Esparadrapo 10 x 4,5	01 rolo
Iodo	01 frasco
Luvas de borracha (Cirúrgica)	10 pares
Tesoura pequena	01 unidade

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR**



12 - PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO RECOMENDADO

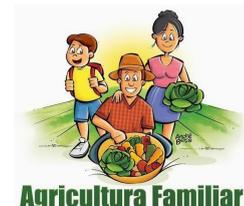
Importante que os trabalhadores sejam imunizados seguindo o programa de imunização do Ministério da Saúde. Os trabalhadores devem ser orientados a procurar a unidade de ESF para atualizar o calendário vacinal.



13 - PLANO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES



**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO
Programa de Vigilância à**



14 - CRONOGRAMA PVST:

Para racionalizar atividades acima citadas efetivar-se há as seguintes atividades:

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO Programa de vigilância à saúde do trabalhador	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	responsavel	status
Definição dos Grupos Homôgeneos de Exposição													ESF	
Análise dos Riscos Ambientais													ESF	
Definição do Quadro de Exames													ESF	
Revisão dos Materiais de Primeiros Socorros													ESF	
Realização dos exames clínicos e complementares													ESF	
Gestão e acompanhamento dos colaboradores afastados por adoecimento													ESF	
Preenchimento da RAAT/CAT													ESF/HOSPITAL	
Emissão dos ASOs													ESF	
Emissão do Relatório Anual do Programa													ESF	
Campanha ou palestra de prevenção contra AIDS													ESF	
Campanha ou palestra de prevenção contra Álcool													ESF	
Campanha ou palestra de uso conservação e higienização do EPI													ESF	
Campanha ou palestra de prevenção contra Drogas													ESF	

Com temas dentre outros, tais como, DST, Primeiro Socorros, Diabete, Hipertensão Arterial, Dependência Química, Nutrição, Imunizações Preventivas de interesse Ocupacional etc.

Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO
Programa de Vigilância à



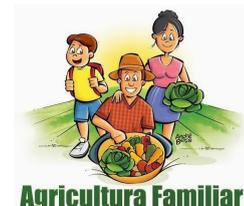
15 - RISCOS E EXAMES

GHE 01 – Cozinha – COZINHEIRA

Setor:	FUNÇÃO:	QUANTIDADE:	RISCOS:
Cozinha	COZINHEIRA		FÍSICO: calor; QUÍMICO: fumaça (fogão à lenha) Biológico: certos micróbios ACIDENTES: objetos cortantes ERGÔNOMICO: ritmo excessivo de trabalho, postura incorreta, movimentos repetitivos, esforço físico, levantamento e transporte manual de cargas.

EXAMES	ADMISSÃO / MUDANÇA DE FUNÇÃO	6 MESES APÓS ADMISSÃO	PERIÓDICO ANUAL/ RETORNO AO TRABALHO
CLÍNICO OCUPACIONAL	SIM	NÃO	SIM
HMOGRAMA COMPLETO COM PLAQUETAS	SIM	NÃO	SIM
TIPAGEM SANGUÍNEA/FATOR RH	SIM	NÃO	NÃO
MICOLÓGICO DE UNHA	SIM	NÃO	SIM
PARASITÓRIO DE FEZES (EPF)	SIM	NAO	SIM

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO
Programa de Vigilância à**



GHE 02 – Geral – TRABALHADOR RURAL POLIVALENTE

Setor:	FUNÇÃO:	QUANTIDADE:	RISCOS:
Geral	TRABALHADOR RURAL POLIVALENTE		<p>FÍSICO: ruído, calor, radiação solar; QUÍMICO: poeira, agroquímico, BIOLOGICOS: micróbios e animais (bacilos, bactérias, fungos, parasitas, vírus, protozoários, insetos, entre outros); ERGONÔMICO/PSICOSSOCIAIS: postura incorreta, ritmo excessivo de trabalho, movimentos repetitivos, esforço físico, levantamento e transporte manual de cargas. ACIDENTES/MECÂNICOS: arranjo físico deficiente, máquinas ou equipamentos sem proteção</p>

EXAMES	ADMISSÃO / MUDANÇA DE FUNÇÃO	6 MESES APÓS ADMISSÃO	PERIÓDICO ANUAL/ RETORNO AO TRABALHO
CLÍNICO OCUPACIONAL	SIM	NÃO	SIM
AUDIOMETRIA TONAL	SIM	SIM	NÃO
HEMOGRAMA COMPLETO COM PLAQUETAS	SIM	NÃO	SIM
ESPIROMETRIA	SIM	NÃO	SIM
RAIO X TORAX (OIT)	SIM	NÃO	SIM
RAIO X LOMBAR	SIM	NÃO	SIM
ACETIL COLINESTERASE	SIM	NÃO	SIM
TIPAGEM SANGUÍNEA/FATOR RH	SIM	NÃO	NÃO

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO
Programa de Vigilância à**



GHE 03 – POLIVALENTE - ATIVIDADE CRITICA

Setor:	FUNÇÃO:	QUANTIDADE:	RISCOS:
Geral	TRABALHADOR RURAL POLIVALENTE		FÍSICO, QUÍMICO, BIOLÓGICOS, ERGONÔMICO/ PSICOSSOCIAIS , ACIDENTES/MECÂNICOS

EXAMES	ADMISSÃO / MUDANÇA DE FUNÇÃO	6 MESES APÓS ADMISSÃO	PERIÓDICO ANUAL/ RETORNO AO TRABALHO
CLÍNICO OCUPACIONAL	SIM	NÃO	SIM
AUDIOMETRIA TONAL	SIM	SIM	NÃO
HEMOGRAMA COMPLETO COM PLAQUETAS	SIM	NÃO	SIM
ESPIROMETRIA	SIM	NÃO	SIM
RAIO X TORAX (OIT)	SIM	NÃO	SIM
RAIO X LOMBAR	SIM	NÃO	SIM
ACETIL COLINESTERASE	SIM	NÃO	SIM
TIPAGEM SANGUÍNEA/FATOR RH	SIM	NÃO	NÃO
ACUIDADE VISUAL COM SENSO CROMÁTICO	SIM	NÃO	SIM
GLICEMIA DE JEJUM	SIM	NÃO	SIM
ELETROCARDIOGRAMA	SIM	NÃO	SIM
ELETROENCEFALOGRAMA	SIM	NÃO	SIM
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	SIM	NÃO	SIM

NOTA: As funções deste GHE desempenham atividades críticas: Trabalho em Altura e ou Espaço Confinado.

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
 AGRICULTURA FAMILIAR
 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO
 Programa de Vigilância à**



16 - RELATÓRIO ANUAL

O Relatório anual será emitido em conformidade com a NR -7 e será anexado ao corpo deste documento, servindo de balizamento para as mudanças e ações a serem realizadas no ano seguinte.

(Aprovado pela Portaria SSST n.º 24, de 29 de dezembro de 1994)

QUADRO III PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL RELATÓRIO ANUAL					
Responsável:			Data:		
			Assinatura:		
Setor	Natureza do Exame	N.º Anual de Exames Realizados	N.º de Resultados Anormais	N.º de Resultados Anormais x 100 <small>N.º Anual de Exames</small>	N.º de Exames para o Ano Seguinte

**Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador - PVST
AGRICULTURA FAMILIAR
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO
Programa de Vigilância à**



16 - ENCERRAMENTO

Para a execução deste trabalho agradecemos a participação de todos os trabalhadores que colaboraram.

Outrossim, coloco-me a disposição para eventuais esclarecimentos.

Brasília-DF, Dezembro de 2019.

Médico do Trabalho