

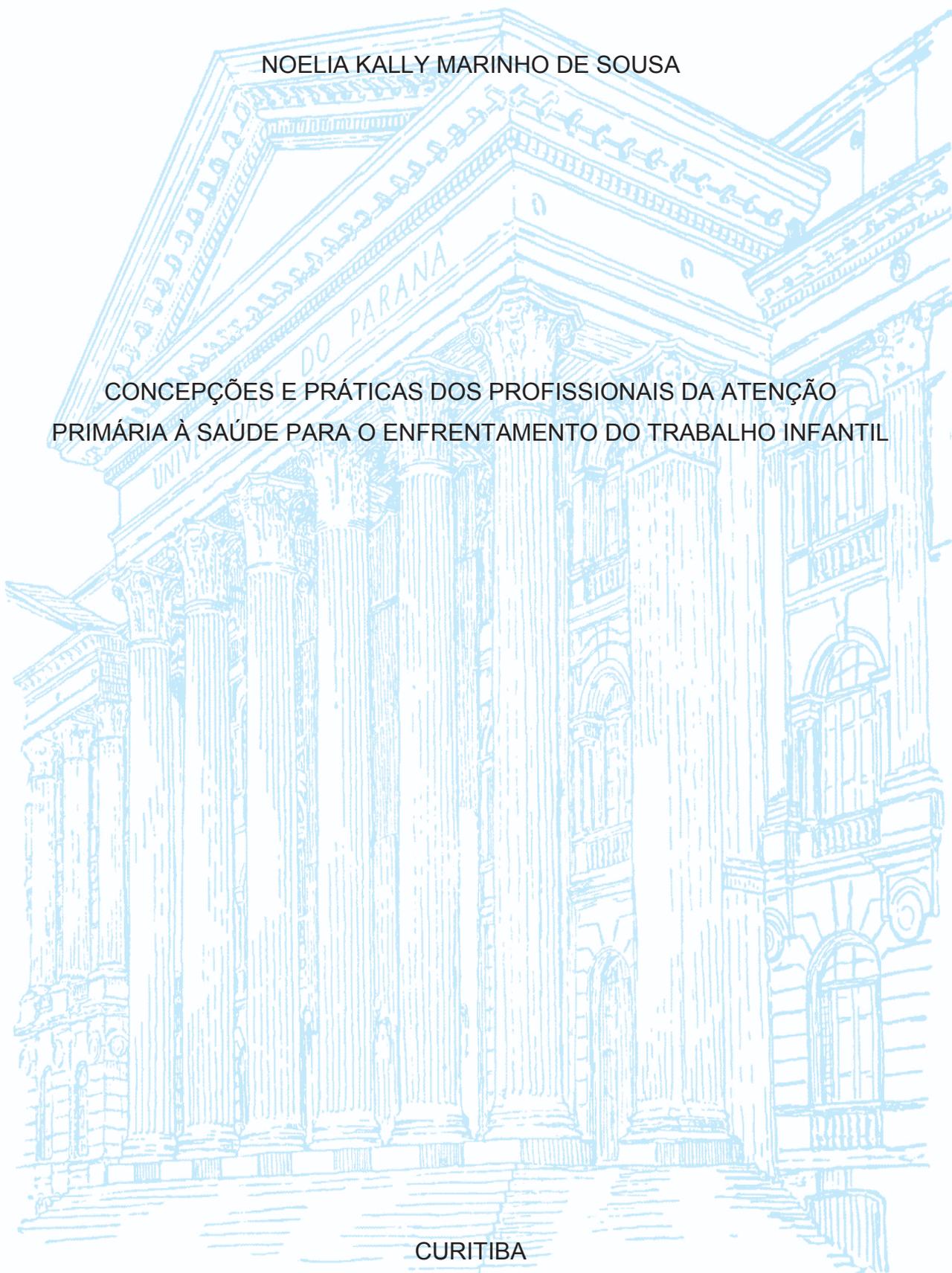
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NOELIA KALLY MARINHO DE SOUSA

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DO TRABALHO INFANTIL

CURITIBA

2020



NOELIA KALLY MARINHO DE SOUSA

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DO TRABALHO INFANTIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Políticas Públicas de Saúde, departamento de Saúde Coletiva setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Políticas e Serviços de Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Verônica de Azevedo Mazza

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Daiana Kloh Khalaf

CURITIBA

2020

S725 Sousa, Noelia Kally Marinho de

Concepções e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde para o enfrentamento do trabalho infantil [recurso eletrônico] / Noelia Kally Marinho de Sousa. – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Verônica de Azevedo Mazza

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daiana Kloh Khalaf

1. Trabalho infantil. 2. Saúde da criança. 3. Pessoal da saúde. 4. Política pública. I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Khalaf, Daiana Kloh. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WA 327

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **NOÉLIA KALLY MARINHO DE SOUSA** intitulada: **Concepções e práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do trabalho infantil**, sob orientação da Profa. Dra. VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 19 de Outubro de 2020.

Assinatura Eletrônica

19/10/2020 14:04:49.0

VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

19/10/2020 11:34:40.0

RAFAEL GOMES DITTERICH

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

22/10/2020 15:22:00.0

LAURA CHRISTINA MACEDO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

## DEDICATÓRIA

Dedico esta produção intelectual à minha família: à minha mãe Maria Elineide, a meu pai José Hélio, às minhas irmãs Karla Klênia, Hélia Kelly e Ana Karoline, que, mesmo, distantes de mim, sempre me impulsionaram a seguir em frente. À minha segunda família, pela qual fui acolhida incondicionalmente em Curitiba: tia Júlia, aos primos/irmãos Luan, Tissiane e à minha sobrinha/prima Catarina (o neném de Niah).

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser meu amparo diante das dificuldades que surgiram no caminho para a realização deste sonho. Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (PPGSC-UFPR), pelas valiosas contribuições acadêmicas, fundamentais para o desenvolvimento da minha maturidade intelectual. Aos professores e colegas de mestrado, pelas provocações reflexivas durante as aulas ministradas, que tanto me ajudaram a pensar de forma ampla sobre as problemáticas que ocorrem na sociedade.

Especialmente à minha orientadora, professora Doutora Verônica de Azevedo Mazza, pelas ricas orientações acadêmicas e pessoais para construção desta pesquisa, bem como por compartilhar comigo seu gigantesco potencial de pesquisadora, seu compromisso e seriedade para com a ciência e, principalmente, por estar sempre aberta para refletir sobre novas possibilidades de discussão e aprimoramento para esta pesquisa. Levarei seus ensinamentos para a vida e espero que possamos trabalhar juntas novamente, integrando conhecimento.

Agradeço à minha coorientadora, professora Doutora Daiana Kloh Khalaf, que sempre com muita delicadeza me ouvia em meio às dificuldades de alinhar o pensamento à escrita científica, fazendo importantes reflexões, as quais me ajudaram a colocar no papel de forma clara e objetiva a teoria refletida sobre a realidade social.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por permitir a realização desta pesquisa nas Unidades de Saúde, bem como aos profissionais por se disponibilizarem a participar do estudo, meu muito obrigada.

À família, minha mãe Elineide por acreditar no meu potencial e me motivar na busca deste sonho. Ao pai Hélio, por ser meu alicerce de sabedoria, acreditando no conhecimento como ferramenta libertadora. Às minhas irmãs, por serem pessoas com as quais pude contar para desabafos e por me ensinarem o verdadeiro sentido do amor.

À tia Júlia, pelo carinho imenso comigo, por me fazer rir das situações difíceis e por me acolher como uma segunda mãe em sua casa. Ao primo Luan e a prima Juliana, por estarem sempre torcendo por mim e me ajudando a localizar endereços para coleta de dados.

Ao primo/amigo Caio Barreto, que gentilmente me emprestou seu celular para coleta de dados deste estudo, conseguiu um designer gráfico para tratar uma figura e me deu muitas caronas. À Carla Tissiane, minha irmã de outra barriga, pelos puxões de orelha e por estar sempre comigo, me incentivando a seguir em frente e acreditando que eu conseguiria chegar aonde quisesse. À Catarina, o neném que me ensinava a cair e levantar com sua pureza e me ajudava a superar a saudade de casa, que era imensa. À amiga Janaina, por ser uma pessoa doce, gentil, pelas caronas até em casa e por se dispor a ajudar sempre, e à amiga Jaqueline, pelas conversas e trocas de ideias para a construção da pesquisa.

À madrinha Edilene, pela motivação transmitida e pela torcida para que meu sonho se tornasse realidade. Ao padrinho Deusimar, pelas orações e todo apoio, que me ajudaram a seguir em frente. À prima/irmã Kamilla, pelas conversas descontraídas e pela ajuda sempre que foi necessária. Agradeço ao professor Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, pela amizade.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Vivemos esperando  
Dias melhores  
Dias de paz, dias a mais  
Dias que não deixaremos  
Para trás, oh oh.

Vivemos esperando  
O dia em que  
Seremos melhores (Melhores! Melhores!).

Melhores no amor  
Melhores na dor  
Melhores em tudo, oh oh oh.

Vivemos esperando  
O dia em que seremos  
Para sempre

Vivemos esperando, oh oh oh  
Dias melhores pra sempre  
Dias melhores pra sempre  
(Pra sempre!).

(Jota Quest)

## RESUMO

Discutir o processo saúde-doença das crianças e dos adolescentes inseridas no trabalho infantil torna possível compreender aspectos socialmente assentados em torno do modelo econômico que norteia a sociedade, entre eles o modo de vida que é socialmente determinado pelas condições de produção e reprodução social. O trabalho infantil possui um direcionamento para a sua erradicação por meio do mecanismo intersectorial. O objetivo geral deste estudo foi analisar as concepções e práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do trabalho infantil. Os objetivos específicos versam sobre a análise dos atos normativos sancionados para o combate ao trabalho infantil, tendo como referência os resultados de publicações científicas e a busca documental no período de 1990 a 2018, descrever o trabalho infantil sob a ótica dos profissionais de saúde, delinear o enfrentamento ao trabalho infantil na percepção da equipe da atenção primária à saúde e descrever a vulnerabilidade das crianças e dos adolescentes em relação ao trabalho infantil. Este é um estudo exploratório-descritivo e documental, de natureza qualitativa, inserido na linha de pesquisa Políticas e Serviços de Saúde. Foi desenvolvido na cidade de Curitiba – PR, tendo sido dividido em duas etapas. A primeira foi realizada em base documental para localização dos atos normativos de enfrentamento do trabalho infantil e na segunda etapa foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a 97 gestores e profissionais da assistência em sete Distritos Sanitários e em oito Unidades Municipais de Saúde. Para a análise dos dados, foi usada a Análise de Conteúdo Categrical Temática. O *Software WebQDA*® e o *Microsoft Office Word*® foram utilizados para a organização dos dados. O referencial teórico marxista de trabalho e da determinação social amparou a discussão dos dados. Os resultados apontaram que os profissionais de saúde identificaram problemáticas formas de trabalho infantil, convergentes com normativas internacionais e nacionais. A determinação social se expressa na vida das crianças e adolescentes, com consequências decorrentes da vulnerabilidade. Características normativas das políticas de saúde para enfrentamento do trabalho infantil divergem do conceito de saúde formulado no SUS e da lógica assistencial. Com base na análise documental dos atos normativos, evidenciou-se diferentes ciclos histórico-políticos com distintas linhas ideológicas nas iniciativas de ações para problemas sociais, entre eles o trabalho infantil. A análise das entrevistas possibilitou identificar três categorias temáticas e sete subcategorias. A categoria Identificação do Trabalho Infantil e suas subcategorias tipos de trabalho infantil e formas de identificação do trabalho infantil mostraram que os profissionais identificaram as formas mais precarizadas de trabalho infantil, entretanto de maneira acidental e mediante livre demanda. Apesar das equipes de trabalho Estratégia de Saúde na Família (ESF), nortear a organização da APS, constata-se que o reconhecimento do território para delimitar as principais necessidades em saúde, entre elas, o planejamento das ações direcionadas ao trabalho infantil, é fragilizado. A categoria Trabalho Infantil na Percepção dos Profissionais e suas subcategorias conceito de trabalho infantil, intervenções para enfrentamento do trabalho infantil e limitações dos profissionais de saúde denotam falta de clareza acerca do conceito de trabalho infantil, pois a construção histórico-social do trabalho como elemento socializador para crianças e adolescentes influencia sua naturalização nos discursos oficiais, refletindo-se na sociedade. As intervenções para o trabalho infantil divergem do modelo assistencial que organiza a atenção primária à saúde no território. A categoria Vulnerabilidades e Trabalho Infantil tem como subcategorias território vulnerável e trabalho para sobrevivência, expondo que a determinação social dos territórios

adstritos às unidades de saúde está invisibilizada e se apoia na lógica neoliberal. As condições objetivas de vida nos territórios são marcadas pelo pouco alcance das políticas públicas efetivadoras de direitos sociais básicos, o que resulta na inserção precoce no trabalho infantil para garantir condições mínimas de sobrevivência. Elucidar a realidade do trabalho infantil no contexto de atuação da APS é fundamental para à identificação das iniquidades e para redução das vulnerabilidades no território, espaço da vida.

**Palavras-chave:** Determinação Social. Trabalho. Política Pública. Pessoal da Saúde.

## ABSTRACT

Discussing the health-disease process of children and adolescents in early working favors understanding social aspects based around the economic model guiding society, including the lifestyle socially determined by the social production and reproduction conditions. Child labor is directed towards its eradication through the intersectoral mechanism. The general objective of this study was to analyze the conceptions and practices of Primary Health Care professionals to face child labor. The specific objectives are: (a) analyzing the sanctioned normative acts to combat child labor, having as reference the results of scientific publications and the documentary search from 1990 to 2018; (b) describing child labor under the perspective of health professionals; (c) outlining the confronting child labor by the perception of the primary health care team; and (d) describing the children and adolescents vulnerability in relation to early working. This is an exploratory-descriptive and documentary study of a qualitative nature in the line of research Policies and Health Services. This study was carried out in the Curitiba City, Paraná State (PR), Brazil, comprising two steps. The first step consisted of analyzing documentary basis to locate the normative acts for combating child labor, and the second step consisted of applying semi-structured interviews to 97 managers and health care professionals in seven health districts (geographical area) and eight municipal health units. Thematic Categorical Content Analysis was used for analyzing data and WebQDA® Software and Microsoft Office Word® were used to organize them. The Marxist Conceptual Framework about work and social determination supported the data discussion. Results showed that health professionals have identified problematic forms of child labor, converging with international and national regulations. Social determination is shown in the children and adolescents lives with consequences from their vulnerability. Normative characteristics of health policies to deal with child labor differ from the health concept formulated by the Sistema Único de Saúde (Unified Health System) (SUS, Brazilian acronym) and from the assistance logic. Results based on the documentary analysis of the normative acts showed different historical-political cycles with different ideological lines in action initiatives to solve social problems, including child labor. Three thematic categories and seven subcategories could be identified by analyzing the interviews. The Child Labor Identification (category) and types of child labor and forms of child labor identification (subcategories) showed that professionals could identified the most precarious forms of child labor, but accidentally and on free demand. It was found that the territory recognition to define the main health needs is weak, including the planning of actions directed at child labor, despite the Family Health Strategy (FHS) work teams guiding primary health care (PHC) organization. The Child Labor in the Perception of Professionals (category) and concept of child labor, interventions to deal with child labor, and limitations of health professionals (subcategories) show confused meaning about the child labor concept being that the historical-social construction of work as socializing element for children and adolescents exert influences on official speeches, reflecting on society. Interventions on child labor are diverging from the care model that organizes primary health care in the territory (geographical area). The Vulnerabilities and Child Labor categories having vulnerable territory and work for survival as subcategories show that the social determination of the territories associated with health units is hindered and is supported by neoliberal logic. Objective living conditions in the territories are marked by the scarcity of public policies to enforce basic social rights, resulting in early child insertion in labor to guarantee minimum survival conditions. Elucidating the child labor

reality in the PHC context activities is essential for identifying inequities and reducing vulnerabilities in the territory, life space.

**Keywords:** Health Staff. Job. Public policy. Social Determination.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - MATRIZ DE ANÁLISE DOS ATOS NORMATIVOS.....	48
QUADRO 2 – NOTIFICAÇÕES DE TRABALHO INFANTIL.....	50
QUADRO 3 – UNIDADES DE REGISTRO E TÍTULOS GENÉRICOS.....	55
QUADRO 4 – CATEGORIAS INICIAIS.....	58
QUADRO – 5 SÍNTESE DAS CATEGORIAS EMERGIDAS DOS DADOS EMPÍRICOS.....	59

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE ETAPAS DA PESQUISA.....	46
FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DE PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	52
FIGURA 3 - IDENTIFICAÇÃO DE CÓDIGOS LIVRES NO SOFTWARE WEBQDA....	56
FIGURA 4 - CÓDIGOS LIVRES EXTRAÍDOS DO SOFTWARE WEBQDA.....	57
FIGURA 5 – ORGANOGRAMA DE SELEÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E DOS ATOS NORMATIVOS QUE COMPUSERAM ESTE ESTUDO.....	66
FIGURA 6 – LINHA DO TEMPO REPRESENTATIVA DOS ATOS NORMATIVOS.....	68

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA I: Tabela quantitativa de atos normativos encontrados por ministério.....67

## **Apresentação**

Minha motivação em desenvolver esta pesquisa sobre concepções e práticas dos profissionais de saúde frente ao fenômeno do trabalho infantil começou na graduação com o ingresso na Iniciação Científica em que eram discutidas a temática do trabalho e suas consequências para a vida de crianças e adolescentes em suas várias facetas. No grupo de pesquisa, pude contribuir com o desenvolvimento de uma pesquisa realizada no estado da Paraíba em 15 municípios, discutindo o trabalho infantil por vários campos de políticas públicas.

Com isso, fui instigada a aprofundar a temática no Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, analisando o Programa Mais Educação para o enfrentamento do Trabalho Infantil em um município no sertão da Paraíba. Durante a revisão de literatura, foram encontrados poucos estudos voltados ao Trabalho Infantil e ao papel do Sistema Único de Saúde – SUS, o que contribuiu para o interesse em desenvolver pesquisa em relação ao trabalho infantil, com enfoque na Saúde Coletiva no meu mestrado.

Outro fator contribuinte foi a possibilidade de trabalhar com o tema em outra região brasileira, no sul. Apesar das diferentes estatísticas nacionais acerca da prevalência de Trabalho Infantil e seus desdobramentos, há um predomínio de outros tipos de atividades que crianças e adolescentes desenvolvem, o que permite problematização, tendo em vista sua complexidade histórica, política e social, que desafiam a saúde pública a construir ações de trabalho para intervir nesta problemática.

Conduzir a pesquisa em outra região brasileira, considerada mais desenvolvida me levou a chegar até o campo com algumas pré-concepções formuladas, talvez porque os pontos turísticos localizados em bairros nobres sejam os mais ovacionados pelos meios de comunicação, a realidade dos bairros desfavorecidos não seja tão noticiado. Porém, a realidade social se encarregou de desconstruir. Enxerguei profissionais receptivos, com vasto compromisso de atuação e vontade de efetivar direitos de crianças e adolescentes, porém limitados em vista das dificuldades encontradas que necessitam serem superadas constantemente.

Fui integrada ao Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento (GEFASD) pela minha orientadora, professora Doutora Verônica de Azevedo Mazza, após obter aprovação no mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Neste grupo, pude acompanhar ricas discussões de projetos de pesquisa, referenciais teóricos e técnicas de coleta de dados, que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa. O grupo tem me proporcionado ampliar os conhecimentos voltados para a área acadêmica e produção de material científico sob rigor metodológico.

Desde a graduação, despertou-me o interesse em seguir carreira acadêmica, mas nunca imaginei que ingressaria no mestrado na minha primeira seleção. O interesse em desenvolver a pesquisa sobre o trabalho infantil me motivou a ir em frente, tornando-se uma grande experiência profissional e pessoal. Ademais, acredito no conhecimento científico como ferramenta transformadora, que possibilita gerar compartilhamento de experiências e diálogo entre diferentes campos profissionais.

## LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CF – Constituição Federal

DS – Distrito Sanitário

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia de Saúde na Família

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FUNDEF – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério

FUNDEB – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IVAB – Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PNAB – Política nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PRO-JOVEM – Programa Nacional de Inclusão de Jovens

SEAS – Secretaria do Estado de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UMS – Unidade Municipal de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
2.1 Geral.....	20
2.2 Específicos .....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO AO TRABALHO INFANTIL ENTRE OS ANOS 1990 E 2018.....	21
3.1.1 Atenção primária à saúde no Brasil e seus desafios .....	34
<b>4 MARCOS CONCEITUAIS QUE FUNDAMENTAM ESTE ESTUDO</b> .....	<b>40</b>
<b>5 METODOLOGIA DE PESQUISA</b> .....	<b>45</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	45
5.2 ETAPA 1 – PESQUISA DOCUMENTAL .....	46
5.2.1 Fontes .....	46
5.2.2 Coleta de Dados.....	47
5.2.3 Organização e Análise de Dados .....	47
5.3 ETAPA 2 – PESQUISA DESCRITIVA.....	48
5.3.1 Local do Estudo.....	49
5.3.2 Participantes do Estudo.....	50
5.3.3 Coleta de Dados.....	53
5.3.4 Estudo Piloto .....	53
5.3.5 Instrumento de Coleta de Dados .....	53
5.3.6 Organização dos Dados e Análise .....	54
5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	59
<b>6 RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO</b> .....	<b>60</b>

<b>6.1 MANUSCRITO I - POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO AO TRABALHO INFANTIL: desafios para atenção integral em saúde e intersetorialidade</b> .....	<b>61</b>
<b>6.2 Manuscrito II - IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: expressão da determinação social</b> .....	<b>84</b>
<b>6.3 Manuscrito III - Trabalho Infantil: sombras e luzes na Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>103</b>
<b>6.4 Manuscrito IV - Território, Vulnerabilidade e Trabalho Infantil</b> .....	<b>123</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>141</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFPR</b> .....	<b>159</b>
<b>ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – PR</b> .....	<b>164</b>
<b>APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS DA PESQUISA COM PROFISSIONAIS E GESTORES DE UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE</b> .....	<b>167</b>
<b>APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS DA PESQUISA COM SUPERVISORES DE DISTRITOS SANITÁRIOS</b> .....	<b>168</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas integralizadas e embasadas pelo mecanismo intersetorial chamam atenção para o compromisso das redes setoriais na intervenção dos problemas sociais, entre eles o trabalho infantil. A atividade política assegura o dever do Estado na relação com a sociedade para redução das iniquidades (VIEIRA, OLIVEIRA, MOREIRA, PEREIRA, CATRIB, LIRA, 2015).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estimou que em 2016 havia 152 milhões de crianças e adolescentes trabalhando em todo o mundo. Destes, 88 milhões eram meninos e 64 milhões eram meninas: 73 milhões realizavam formas perigosas de trabalho, sendo que 19 milhões tinham menos de 12 anos de idade. A prevalência de trabalho infantil por continente contabiliza: África (72,1 milhões), seguida da Ásia e do Pacífico (62 milhões), Américas (10,7 milhões), Europa e Ásia Central (5,5 milhões) e Estados Árabes (1,2 milhões). As atividades se concentram nos ramos da agricultura (71%), setor de serviços (17%) e setor industrial (12%) (OIT, 2017).

No Brasil, o trabalho na faixa etária de cinco a nove anos aumentou 12,3% entre 2014 e 2015, saltou de 70 mil para 79 mil. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), mostraram que entre os anos de 1992 e 2015, 5,7 milhões de crianças e adolescentes deixaram de trabalhar. Porém, em 2015, o Brasil ainda registrou 2,7 milhões de crianças e adolescentes em situação de trabalho: 59% meninos e 41% meninas. A maioria estava na faixa etária de cinco a 17 anos nas Regiões: Sudeste (854 mil), Nordeste (852 mil), Sul (432 mil), Norte (311 mil) e Centro-Oeste (223 mil) (OIT, 2017).

A Constituição Federal (CF) de 1988 e a estruturação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) são normativas emergidas com a mobilização dos movimentos sociais a partir da década de 1980, entre eles, o movimento Criança-Constituinte, assegurando à infância e à adolescência a doutrina de proteção social integral (VIEIRA; VIEIRA; THOMÉ; SOUZA, 2012). Na década de 1990, foram instituídas políticas públicas específicas para materializar os direitos de crianças e adolescentes preconizando atuação em rede (ALBERTO; YAMAMOTO, 2017).

Resultado da mobilização social e da janela de oportunidades criada pelo arcabouço legal como a Constituição Federal de 1988 e a promulgação do ECA em 1990 é o Sistema de Garantia de Direitos (Resolução 113, de 19 de abril de 2006) com atuação embasada no mecanismo intersetorial (FARAJ; SIQUEIRA; ARPINI, 2016).

Este sistema está organizado em três eixos estratégicos para ação pública: Defesa dos Direitos Humanos (Ministério Público; Conselhos Tutelares; Polícia Militar); Promoção dos Direitos Humanos (Políticas de saúde, educação, assistência social; Conselhos deliberativos de direitos); e Controle da Efetivação dos Direitos Humanos (sociedade civil; conselho dos direitos de crianças e adolescentes) (BRASIL, 2006).

A saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado a partir da CF de 1988, impulsionando, posteriormente, a formulação do arcabouço legal para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). O movimento social denominado de Reforma Sanitária, ocorrido nas décadas de 1980 e 1990 no Brasil, constituiu o SUS como um sistema organizado sob uma concepção da saúde abrangente, considerando não só a ausência de doenças, mas a determinação social e suas implicações para o desenvolvimento da vida em sociedade (GIOVANELLA, 2012).<sup>1</sup>

É necessário compreender a determinação social a partir da categoria trabalho e sua relação com o processo saúde e doença. A determinação social para o adoecimento é considerada mediadora dos processos do homem com a natureza e entre os homens, compondo uma complexa realidade (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

A determinação social é um referencial teórico crítico de bases marxistas que estuda o caráter histórico e social do processo saúde-doença na coletividade, partindo, portanto do coletivo para entender diferentes manifestações de vida e de morte na dimensão individual. Biológico e social se relacionam, entretanto compreendem uma totalidade que é sempre mais do que apreendemos, em um processo dinâmico. O acesso às condições materiais de produção e reprodução social construídas pela via do trabalho coletivo determina os modos de saúde e doença (ROCHA; DAVID, 2015).

Como se vive sob quais possibilidades e quais os meios de existência acessados para desenvolver potencialidades que só o gênero humano é capaz de alcançar, é passível de entendimento profundo levando em consideração o desenvolvimento histórico da humanidade. A forma como os seres sociais se organizam na sociedade impacta diretamente na determinação social da saúde. Na sociedade capitalista, ocorre a divisão de classes: a dominante, que tem a posse dos

---

<sup>1</sup> Utiliza-se o termo Atenção Primária em Saúde, compreendendo-a de forma ampliada, conforme descrita na Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, a qual se encontra intimamente vinculada ao desenvolvimento político, econômico e social da sociedade.

meios de produção e a trabalhadora que tem a força de trabalho, que é mercadoria (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Historicamente predomina um grande número de crianças e adolescentes em formação física, emocional e social inseridos no trabalho infantil (SANTOS, 2013). A atuação de profissionais dentro da Política de Saúde direcionada para o trabalho infantil é relativamente recente e necessita ser fortalecida, uma vez que a atenção integral para crianças e adolescentes constitui uma das principais políticas públicas do Estado brasileiro (VIEIRA; VIEIRA; THOMÉ; SOUSA, 2012).

O enfrentamento do trabalho infantil deve ocorrer de forma intersetorial. A Atenção Primária à Saúde (APS) junto com a rede de proteção tem papel primordial na identificação, notificação, intervenção e erradicação dos casos de trabalho infantil, visto ser um problema de saúde pública. A organização do setor saúde para enfrentamento do trabalho infantil é uma lacuna no conhecimento (LEITE et al, 2019). A literatura relata que é necessário estudos que contribuam com a construção de práticas e estratégias de intervenções para o trabalho infantil a partir das diversidades culturais, das relações sociais e das necessidades em saúde da população (AGUIAR JÚNIOR; VASCONCELOS, 2020).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Analisar as concepções e práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do trabalho infantil.

### 2.2 Específicos

Analisar os atos normativos sancionados para o combate ao trabalho infantil de crianças e adolescentes a partir dos resultados de publicações científicas e busca documental no período de 1990 a 2018.

Descrever o trabalho infantil de crianças e adolescentes sob a ótica dos profissionais de saúde.

Delinear o enfrentamento ao trabalho infantil na percepção da equipe da atenção primária à saúde.

Descrever as vulnerabilidades das crianças e dos adolescentes em relação ao trabalho infantil.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, são apresentadas as ações de combate ao trabalho infantil no contexto brasileiro, regulamentadas pelos Ministérios da Administração Pública, sendo possível observar as contradições manifestadas nos atos normativos expressos nos períodos históricos em que são instituídos os programas operacionais das políticas públicas de combate ao trabalho infantil e as mudanças feitas na legislação.

#### 3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO AO TRABALHO INFANTIL ENTRE OS ANOS 1990 E 2018

##### 3.1.2 Governos Itamar Franco, Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso

Na década de 1990, o Estado brasileiro vivenciou seu processo de redemocratização após a ditadura militar, havendo lavrado uma nova Carta Constituinte em 1988, tida como cidadã. A CF abre portas para um salto quantitativo em direção à instituição de políticas públicas específicas de defesas jurídico-sociais, assistência médica e assistência psicossocial para crianças e adolescentes, inclusive relacionadas ao trabalho infantil, entre eles os programas de transferência de renda surgidos na década de 2000. As políticas são desenhadas no arranjo organizativo de rede (ALBERTO; YAMAMOTO, 2017).

Significativos avanços na conquista de direitos no campo da seguridade social (previdência, assistência social e saúde) foram alcançados no Brasil nesta época, destacando-se a descentralização política e a participação social como mecanismos que deram sustentação a tais progressos (SILVA et al., 2014). O SUS na condição de sistema público universal de saúde no Brasil, amparado nas bases da Constituição Federal de 1988, estruturava-se no contexto nacional da década de 1990 para organizar serviços de saúde correspondentes à atenção integral e à equidade por meio dos avanços no processo de descentralização para as esferas de gestão. Dessa forma, incluiu projetos que se destacam nas Normas Operacionais Básicas de Saúde dos anos 1990, como a implementação do Programa Agentes Comunitários de Saúde e, em 1994 e 1996, o Programa Saúde da Família (MENDONÇA et al., 2018).

Ressalta-se que o processo de determinação social da saúde é largamente discutido durante o movimento da Reforma Sanitária no Brasil e permanece até hoje,

o que levou a um conceito de saúde ampliado, que considera não só a ausência de doenças, mas também um conjunto de condições sociais, que o Estado deve prover para o desenvolvimento da vida em sociedade. Entretanto, o trabalho infantil, no âmbito do processo de regulamentação do SUS em 1990, não foi mencionado como processo influente para a determinação social da saúde e doença, não sendo passível de intervenção do setor saúde (GIOVANELLA, 2012).

A década de 1990 apresenta contradições no que diz respeito ao progresso social, pois ao mesmo tempo em que o Estado inova na garantia de direitos, direciona intervenção estatal embasada pelo modelo neoliberal (SILVA et al, 2014). O Estado neoliberal caracteriza-se pela separação entre Estado e economia, bem como pela anulação da política sobre relações sociais e econômicas (LAURELL; TOLEDO, 1995).

No que se refere ao cenário político e econômico do país, após a deposição do Presidente Fernando Collor de Mello em 1992, Itamar Franco assume a presidência. Nesse período, ocorre a transição para a implantação do Plano Real, que abre portas para o capital estrangeiro e para a concorrência de livre mercado em razão dos altos juros praticados no país.

A adoção do modelo neoliberal, que objetivou colocar o país na corrida capitalista globalizada durante os governos da década de 1990, gerou consequências como a flexibilização das relações de trabalho e a perda de direitos sociais conquistados historicamente. Como resultado, o Brasil se situa no âmbito do capitalismo periférico, subordinado a outras economias internacionais (SILVA et al, 2014).

Em 1990 fica assegurada a necessidade de proteger a infância. A Convenção Sobre os Direitos da Criança é aprovada, sendo fundamentada em acordos internacionais, como a Declaração de Genebra de 1924 e a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1959, enfatizando os direitos das crianças e dos adolescentes, direcionando a instituição de políticas públicas para eles. A Convenção sobre os Direitos da Criança é aprovada pelo Decreto 28 de 1990 e promulgada pelo Decreto 99.710 de 1990 no Brasil (BRASIL, 1990).

A promulgação de convenções internacionais na década de 1990 orienta o comprometimento da erradicação da pobreza e investimento em educação para atingir o trabalho infantil. Tais acontecimentos refletem o nascimento de uma legislação específica para a proteção de crianças e adolescentes em condições de trabalho no

Brasil. A lei 8.069/1990 cria o ECA, que assegura proteção integral ao público infanto-juvenil, proíbe legalmente o trabalho noturno entre as vinte e duas horas e as cinco horas do dia seguinte, bem como o trabalho perigoso, insalubre ou penoso, realizado em locais prejudiciais à sua formação e ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral, social e o trabalho realizado em horários e locais que não permitam a frequência à escola (BRASIL, 1990).

A formulação de políticas públicas direcionadas ao combate do trabalho infantil no Brasil em meio à efervescência do processo democrático, inicia-se em dois campos: a instituição da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Federal nº 8.742/1993), com gestão e financiamento descentralizados para as três esferas, porém não fica estabelecido quanto cada gestor deverá investir (BRASIL, 1993). Em 1995, ascende ao governo FHC, que colhe os frutos do legado anterior. Com a promessa de colocar o país nos rumos da economia, dá-se início a uma série de privatizações das estatais brasileiras.

No campo da Educação, sanciona-se a Emenda Constitucional nº 14/1996, que regulamenta a universalização e a gratuidade da educação (BRASIL, 1996). Ocorre a criação das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394/1996), a Lei. nº 9.424, de 1996, cria o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) e a lei nº 10.195 de 2001 institui investimento de 15% dos recursos arrecadados no Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestações de Serviços – ICMS para o FUNDEF (BRASIL, 1996). No ano de 2007, é regulamentado o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – FUNDEB (Lei 11.494/2007), que revoga a lei de criação do FUNDEF, instituindo 20% de investimento das fontes de receita no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal para a educação (BRASIL, 2007). Assim, percebe-se que a política de educação sancionada no ano de 1996 tem um maior número de atos normativos assegurando investimento econômico, o que representou um grande avanço na operacionalização.

Os efeitos do FUNDEF/FUNDEB sobre o fluxo escolar, frequência escolar e trabalho infantil, segundo os Censos de 2000 a 2010, significaram uma grande mudança na forma de financiamento da educação brasileira, levando maior investimento para municípios pobres. A análise é positiva na relação entre os fundos, frequência e fluxo escolar para crianças pobres, bem como nas oportunidades que lhes são oferecidas (CRUZ; ROCHA, 2018). É importante o reconhecimento de

crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, sendo o trabalho repensado para assumir um papel socioeducativo (ALBERTO; YAMAMOTO, 2017).

Na política de Assistência Social, percebe-se que, apesar de propor um trabalho direcionado à pobreza por meio dos programas e projetos inseridos nos serviços descritos nas Normas Operacionais Básicas dos anos de 1997, 1998 e 2005, ela é de caráter breve e focaliza ações em populações muito pobres. Essas características dos projetos e programas chamam atenção por se constituírem em governos neoliberais, assegurando financiamento paralelo para a constituição da rede de políticas públicas, induzindo à tendência apenas de minimização das condições de pobreza para sobrevivência.

De 1996 a 1998, a expansão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), constitutivo da Lei Orgânica da Assistência Social, objetivava retirar crianças e adolescentes de 7 a 15 anos de trabalhos perigosos, penosos e insalubres, condicionando a transferência de renda à frequência escolar (ALBERTO; YAMAMOTO, 2017). Com sua larga expansão, o PETI foi considerado um dos componentes do maior programa de transferência de renda da história do Brasil pelo próprio presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), consumindo dois terços do imposto de renda arrecadado no país (SILVA et al., 2014).

No âmbito do Ministério da Saúde, o SUS aprovava a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador (Portaria Nº 3.120/1998), que objetivou aproximar essa área, ainda em construção, das práticas dos estados e municípios sobre a relação entre o adoecimento e o processo de trabalho, a fim de produzir mudanças neste último (BRASIL, 1998). Apesar de esta normativa reconhecer a saúde sob forte influência do ambiente de trabalho, orientando órgãos como a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária para intervir em processos de trabalho, o trabalho infantil não aparece como questão de atenção para os serviços de saúde.

Nesta época, a cobrança dos órgãos internacionais sobre o Brasil para proteger as crianças e adolescentes do trabalho infantil era patente, bem como pelos acordos promulgados por estes órgãos e ratificados pelo Estado brasileiro. Exigia-se a efetivação de ações de maior impacto com foco no trabalho de crianças e adolescentes, ao mesmo tempo em que ocorria a Marcha Global contra o trabalho infantil, que objetivou formar um movimento mundial para proteção dos direitos de crianças e adolescentes, com foco na educação, não na exploração econômica (ALBERTO; YAMAMOTO, 2017).

Reflexos dessas ratificações começam a surgir no contexto nacional em 1998 com a emenda constitucional nº 20, que altera a CF, passando de 14 para 16 anos a idade mínima para admissão no emprego, bem como proíbe trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir de catorze anos (BRASIL, 1998).

Durante o governo FHC na década de 1990, a hegemonia do projeto neoliberal encarregou-se de desviar a devida atenção que deveria ser dada ao setor social brasileiro, mas propõe a criação de uma rede de proteção social, que se concretizou na formulação de uma série de programas de transferência de renda (SILVA et al., 2018). Percebe-se, assim, como o Estado Neoliberal tenta amenizar a situação do cenário social, causada por ele mesmo.

No ano de 2000, foram promulgadas no Brasil a convenção 182 e a recomendação 190, da OIT, que se referem, respectivamente, à proibição das piores formas de trabalho infantil e à ação imediata para a sua eliminação, conforme decreto 3.597 de 2000 (BRASIL, 2001). A Declaração da Cúpula do Milênio das Nações Unidas também foi uma normativa promulgada pelo Brasil no ano de 2000, reafirmando seu compromisso com a erradicação da pobreza e as condições desumanas em que homens, mulheres e crianças viviam (BRASIL, 2000).

Neste sentido, publica-se ainda a lei nº 10.097 de 2000 (Lei da Aprendizagem), que altera a Consolidação das Leis do Trabalho, considerando menor o trabalhador de 14 até 18 anos, estabelecendo a proibição de qualquer forma de trabalho a menores de 18 anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos 14 anos, respeitando seu desenvolvimento físico, psíquico e moral, não devendo a duração exceder o tempo de seis horas diárias e a garantia de remuneração adequada (BRASIL, 2000). Neste mesmo ano, o Ministério do Trabalho e Emprego cria o Programa Jovem Aprendiz para jovens de 14 até 18 anos, regulamentando a contratação de aprendizes, bem como a instrução normativa 1 de 2000, que coloca os Serviços Nacionais de Aprendizagem como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Serviço Nacional de Aprendizagem Rural, Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte, Serviço Nacional de Cooperativismo como entidades qualificadas para a formação técnica e profissional dos jovens (BRASIL, 2000).

As Políticas de Formação Profissional constituídas em âmbito nacional, apesar de obterem funcionamento em espaços pedagógicos, funcionam como ferramentas para obtenção de renda que ajuda na manutenção familiar. Somado a isso, esses espaços são visualizados como mecanismos de disciplina e combate à ociosidade por meio do trabalho, mesmo que estejam vinculados à educação, sendo minimizadas as formações técnicas breves e as ocupações desvalorizadas socialmente. A ideia de unir educação e trabalho na tentativa de aplicar o sentido socioeducativo deixa claro o caráter meritocrático que ela assume, uma vez ocorre oferta dos programas dentro das políticas, cabendo aos adolescentes e jovens ocupar esses espaços (PESSOA et al., 2019).

Os significados atribuídos pelos jovens à escola e ao processo formativo no âmbito do Programa Jovem Aprendiz identificaram que eles atribuem um forte significado psicossocial de pertencimento à sociedade. Para os jovens, há uma construção de identidade por se encontrarem economicamente ativos. Os aprendizes revelaram ainda que a formação recebida no programa teria uma maior contribuição se fosse dirigida às reais condições de vida, podendo assegurar-lhes um futuro promissor (FREITAS; OLIVEIRA, 2013).

No ano de 2001, deu-se início à criação de programas em ministérios setoriais, conforme a Lei 10.219 de 2001, que institui o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à educação, “Bolsa Escola”, cujo decreto 4.313 de 2002 o regulamenta. Famílias com renda per capita inferior ao valor fixado nacionalmente e que tivessem em seu núcleo familiar, crianças com idade entre seis e quinze anos matriculadas em estabelecimentos de ensino fundamental regular, com frequência escolar igual ou superior a 85%, eram beneficiárias do programa (BRASIL, 2002).

Segundo a PNAD de 1992, as transferências de renda refletem quedas significativas no trabalho infantil (CHAHAD, 2006). Os resultados referidos ao Programa Nacional de Renda Mínima mostraram mudanças pouco significativas na retirada definitiva do trabalho infantil (BELÉM; PAULA, 2016). Contudo, as transferências monetárias sobre o trabalho infantil obtêm resultados no aumento de frequência escolar (DE HOOP; ROSATI, 2014).

Também em 2001 a Portaria n° 458 institui diretrizes e regras para o PETI, visando a uma maior extensão de seu funcionamento (BRASIL, 2001). Ao mesmo tempo, a Secretaria do Estado da Assistência Social (SEAS) elabora diretrizes e normas para o Programa Sentinela (Portaria 878/2001) e destina 10% dos recursos

anuais da SEAS para capacitação de gestores, coordenadores e monitores, objetivando constituir metodologias de atuação com foco principal na violência praticada a crianças e adolescentes e em uma das piores formas de trabalho infantil, a exploração sexual (BRASIL, 2001). No texto destas portarias, há uma característica em comum: a centralidade das ações nas famílias, deixando crianças e adolescentes de serem o foco principal dos programas.

A expansão do PETI estabeleceu definição de permanência para os beneficiários, bem como destituiu o caráter preventivo, tornando a família o centro das ações. A operacionalização da proteção social no âmbito do PETI com centralidade na família integra as ações deste ao Programa Sentinela. As famílias foram inseridas no Programa de Geração de Emprego e Renda em Áreas de Pobreza, porém sem resultados positivos em relação à minimização do trabalho infantil (CARVALHO, 2004).

Em 2002, por meio do decreto 4.134/2002, o Brasil promulga a convenção 138, que proíbe o trabalho perigoso, prejudicial à saúde, à segurança e à moral de adolescentes menores de 18 anos. Também é anunciada a Recomendação nº 146 para países membros, referenciando a idade de 16 anos na admissão a trabalho, dependendo do setor econômico no qual a atividade se concentra, ambas constituídas pela OIT (BRASIL, 2002).

Ao analisar as legislações nas áreas de educação e assistência social, é possível perceber uma leve iniciativa de trabalho intersetorial, condicionando transferência de renda à educação. Todavia a materialização prática é um fator que não se efetua, transitando pelas mudanças de governos que instituem alterações na legislação original, modificando seus reais objetivos. Chama atenção a ausência de políticas públicas na saúde relacionadas ao tema do trabalho infantil, ao mesmo tempo em que o SUS era regulamentado por uma concepção de saúde abrangente.

### 3.1.3 Governo Luís Inácio Lula da Silva

Eleito em 2002, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva sanciona a lei nº 10.803 de 2003, que altera o Código Penal, tornando crime as condições análogas ao trabalho escravo, estando entre tais o trabalho forçado, a jornada exaustiva e condições degradantes impostas a crianças e adolescentes (BRASIL, 2003). Esse foi o primeiro ato normativo a ter um maior rigor punitivo para condições associadas às piores formas de trabalho infantil no Brasil. De acordo com Silva et al. (2014), a partir do

governo do presidente Lula há um predomínio de mudanças quantitativas e qualitativas, pois ele direciona a construção de uma política pública de transferência de renda em âmbito nacional que visa a combater a fome e a pobreza.

Em 2004, a Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil publica o I Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador, que foi um importante resultado das delegacias regionais do trabalho pela criação de comissões estaduais que proporcionaram fiscalização, resultando na elaboração de dados sobre o trabalho infantil no Brasil, bem como a criação de fóruns estaduais para discussão acerca do fenômeno e das possibilidades de intervenção sobre ele (BRASIL, 2004).

No ano de 2004, o PETI passa por uma reformulação, direcionando intervenções para casos do trabalho infantil doméstico e vendedores ambulantes (BRASIL, 2004). Ações de transferência de renda, criadas pelo Programa Nacional de Renda Mínima Vinculada à Educação, são integralizadas, originando, assim, o Programa Bolsa Família (Lei 10.836/2004) (BRASIL, 2004).

O Programa Bolsa Família objetiva a transferência de renda e a inclusão social dos vulneráveis. Apesar das críticas aos processos de fiscalização para acompanhamento dos beneficiários, as condicionalidades buscam a garantia do direito à escola e à saúde, além da tentativa de contribuir para a extinção da extrema pobreza (MARGRAF; PENAL; FERREIRA, 2015).

O Programa Bolsa Família é uma importante ferramenta de transferência de renda, condicionada à frequência escolar. Todavia a transferência monetária para famílias em condições de extrema pobreza não garante o distanciamento do trabalho infantil de forma permanente (MOREIRA PAIS et al., 2017).

Em 2004 é instituída a notificação compulsória para crianças e adolescentes que sofressem acidentes de trabalho, criando a Rede de Serviços Sentinela (portaria 777/2004), específica no SUS (BRASIL, 2004). Em 2005, é publicada a notificação de acidentes do trabalho com crianças e adolescentes (BRASIL, 2005). No mesmo ano, são instituídas as Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde Infanto-Juvenil, com ênfase na promoção, proteção, recuperação e na reabilitação, deixando claro que toda criança ou adolescente em condição de trabalho que procure a unidade de saúde deve ter sua atividade de trabalho notificada (BRASIL, 2005). A sanção de tais atos normativos chama atenção pelo fato de serem direcionados para uma constatação de danos agudos decorrentes da situação de trabalho infantil.

Constitui assim um desafio para Sistemas de saúde como o SUS lidar com a concepção de saúde na sua forma ampliada, considerando intervenções nas condições sociais da população. É, portanto, uma provocação torná-la uma construção social e coletiva, que considere as formas de organização da sociedade, ressaltando que quanto mais desiguais forem, mais negativos serão os resultados em saúde (GIOVANELLA et al., 2012).

No ano de 2005 o PETI é integrado ao Programa Bolsa Família (portaria 666 de 2005), com o objetivo de ampliação da cobertura de atendimento de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil (BRASIL, 2005). O texto da portaria 666 é contraditório quando apresenta a característica universalidade, direcionada às famílias que atendessem aos critérios para inserção no programa. Não cabe interpretar a integração como universalidade e equidade, uma vez que se tem novamente uma ação focalizada para pessoas muito pobres. Pode-se destacar ainda que a junção dos programas não deixa claro qual o real objetivo, uma vez que os resultados operacionais denunciam fragilidades na construção da integralidade para o combate ao trabalho infantil.

Nas contribuições do PETI na perspectiva dos educandos e familiares, após integração ao Programa Bolsa Família ocorre uma perda da característica de intervir diretamente no trabalho infantil, uma vez que o objetivo passou a ser apenas o combate à pobreza, voltando-se para a proteção familiar. O Programa Bolsa Família assume então um caráter compensatório, não oportunizando, assim, o desenvolvimento da autonomia social (ALBERTO et al., 2016).

Os primeiros seis anos da década de 2000 são marcados pela expansão das ações de enfrentamento ao trabalho infantil em vários ministérios. Com a integração de programas de transferência de renda, há uma inversão no investimento e operacionalização das políticas. O foco migra da educação para a assistência social. A integração significa redução do investimento e ações descontextualizadas, o que não possibilita a proteção social integral para crianças e adolescentes em situação de trabalho (ALBERTO; YAMAMOTO, 2017).

A resolução 113, de 2006, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente institui o Sistema de Garantia de Direitos para atuar nos eixos estratégicos Defesa dos Direitos Humanos, Promoção dos Direitos Humanos e Controle da efetivação dos Direitos Humanos (BRASIL, 2006). Reafirma-se aqui o

compromisso de atuação em rede intersetorial com vistas à proteção integral dos direitos da criança e do adolescente.

No ano de 2007, após a reeleição do presidente Lula, tem-se o decreto Nº 6.094 de 2007 que implementa o Plano de Metas e Compromisso Todos pela Educação, propondo a alfabetização de crianças até no máximo oito anos, visando à colaboração descentralizada e à mobilização social pela melhoria da qualidade da educação básica. A instituição do Programa Mais Educação, portaria 17 de 2007 tem como uma de suas finalidades prevenir e combater o trabalho infantil, a exploração sexual e outras formas de violência contra crianças, adolescentes e jovens, por meio da educação integral (BRASIL).

Nos anos de 2007 e 2008, observou-se a sanção de Atos Normativos, como o Programa Brasil Profissionalizado (Decreto Nº 6.302/2007), buscando estimular o ensino médio integrado à educação profissional (BRASIL, 2007). No ano de 2008, a Constituição das Leis para o Trabalho foi alterada no art.7º §§, permitindo a contratação de aprendizes sem frequência à escola em locais que não dispõem de ensino médio, desde que tenham concluído o ensino fundamental (CORREIA, 2019).

A lei 11.692, de 2008, dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Pró-jovem) em modalidades sancionadas em diferentes ministérios, englobando o Pro-jovem Adolescente – Serviço Socioeducativo Ministério da Cidadania, o Pro-jovem Urbano – Secretaria Geral da Presidência da República, Pro-jovem Campo - Saberes da Terra – Ministério da Educação e o Pro-jovem Trabalhador – Ministério do Trabalho e Emprego, alterando a lei 11.129/2005, que cria o Pro-jovem (BRASIL, 2008). São regulamentados também os artigos 3º e 4º §§ da convenção 182 da OIT, das piores formas de trabalho infantil e da ação imediata para sua eliminação, conforme Decreto 6.481 de 2008 (BRASIL, 2008).

Constata-se que as mudanças na legislação original fogem dos acordos ratificados pelo Brasil em garantir educação e dos objetivos das políticas públicas constituídas em âmbito nacional no que diz respeito à priorização da educação como componente fundamental para a conquista da cidadania. Essa característica leva à dedução de que a contratação dos jovens em condição de aprendizagem não será respeitada na prática, mediante seu desenvolvimento físico, psíquico e moral, uma vez que o processo fiscalizatório e de desenvolvimento das habilidades educacionais foi extinto com ausência da obrigatoriedade de frequência escolar. Mais uma vez

ocorre inversão no sentido de que o trabalho deveria assumir, anulando seu caráter socioeducativo, passando a atender aos interesses econômicos.

No ano de 2009, é aprovada a criação dos serviços socioassistenciais que compõem o Sistema Único da Assistência Social (resolução 109/2009), estruturando-os por níveis de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. Há a inclusão do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para prevenir riscos sociais e receber crianças e adolescentes de seis a 15 anos, funcionando como ferramenta auxiliar do PETI, que se encarregou de encaminhar casos para este (BRASIL, 2009).

#### 3.1.4 Governos Dilma Rousseff e Michael Temer

Em 2010, é eleita a primeira mulher presidenta do Brasil, Dilma Rousseff. Neste mesmo ano, foi divulgado o II Plano Nacional de Erradicação do trabalho infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador. No referido plano foi feita uma análise situacional dos anos anteriores, sendo definidas metas para os anos seguintes (BRASIL, 2011).

Uma importante mudança verificada a partir deste plano foi a inserção das políticas de Formação Profissional como instrumentos de combate ao trabalho infantil de crianças e adolescentes. Entre os objetivos traçados para as políticas, podem-se destacar a formalização de vínculos de trabalho dos aprendizes e a ampliação das discussões dos espaços como potenciais ferramentas dentro do sistema de garantia de direitos para romper com o ciclo de pobreza das crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil (PESSOA et al., 2019).

O programa de formação profissional denominado Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego, instituído pela lei 12.513 de 2011, tentou inserir jovens beneficiários de programas federais de transferência de renda em políticas de formação profissional, representando avanço legal quantitativo para inserção de jovens em espaços de formação profissional (BRASIL, 2011). A lei 12.435 de 2011 ratifica as conquistas alcançadas pela instituição da Política de Assistência Social e dispõe sobre sua organização, representando, depois de 18 anos de criação da política, a regulamentação dos serviços e benefícios instituídos (BRASIL, 2011).

Em 2011, a resolução nº 33 do Conselho Nacional de Assistência Social promove a integração ao mercado de trabalho das ações e projetos dos programas no âmbito da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2011).

Essa integração precisa ser vista com cautela, uma vez que a política não conseguiu efetivar na prática seu papel de apresentar cultura social às crianças e adolescentes para contribuir com a retirada da condição de trabalho permanente, articulando-se com outros setores de políticas públicas. Nesse sentido, deve-se pensar qual sentido essa integração ao mundo do trabalho assume diante das dificuldades na operacionalização de efetivar a política como direito.

No ano de 2012, é instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria Nº 1.823/2012), que orienta diretrizes e estratégias fundamentadas no princípio da intersetorialidade para atuar com o objetivo de desenvolver ações de trabalho voltadas para a intervenção no trabalho infantil (BRASIL, 2012).

Em 2012, é convocada a III Conferência Global sobre trabalho infantil, que se realizou no ano seguinte em Brasília, obtendo importante relevância, uma vez que reúne experiências de diferentes países e continentes na erradicação do trabalho infantil, representando espaço fundamental para repensar novas estratégias para erradicá-lo (BRASIL, 2012). A portaria 1.339 de 2012 institui o Fórum Nacional de Aprendizagem profissional no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego, objetivando aprofundar o debate nacional sobre a contratação de aprendizes (BRASIL, 2012).

No âmbito do Ministério da Cidadania, a resolução nº 01 de 2013 dispõe sobre o reordenamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que lhe atribui o financiamento do Piso Básico Variável no âmbito da Política Nacional de Assistência Social, estabelecendo metas para o atendimento do público prioritário, entre eles o trabalho infantil (BRASIL, 2013). Tem-se também a promulgação da Lei nº12.852 de 2013, dispondo sobre o Estatuto da Juventude, assegurando o direito à profissionalização ao trabalho e renda, compatível com a frequência escolar (BRASIL, 2013). Este estatuto representa um avanço que reforça o direito à profissionalização dos jovens, descrito no artigo 40 do referido estatuto (PESSOA et al., 2019). No Brasil, segundo a OIT, o trabalho infantil entre crianças de cinco a nove anos aumentou 12,3% entre 2014 e 2015, elevando-se de 70 mil para 79 mil (OIT, 2017).

O trabalho infantil no campo de saúde do trabalhador ainda desafia as políticas públicas e ações em saúde, suscitando questionamentos críticos que precisam ser analisados e compreendidos. O processo histórico do discurso de proibição do trabalho infantil permite ampliar reflexões sobre a saúde e sua relação com o trabalho,

bem como relacionar perspectivas de enfrentamento à problemática e suas dificuldades em virtude de a historicidade dos documentos oficiais permanecer impregnada na atualidade, demonstrando que a história é cíclica (JÚNIOR; VASCONCELLOS, 2017).

Em 2016, o Brasil vivenciou o processo de impeachment da presidenta Dilma. O vice-presidente assume até completar o período para novas eleições. Depois que Michel Temer assume a presidência, a nova leitura do Ministério da Educação sobre o Programa Mais Educação o descaracteriza como ação de combate ao trabalho infantil de Crianças e Adolescentes, estabelecendo novos objetivos, denominando-o assim de Novo Mais Educação (Portaria 1.144/2016), destituindo a articulação com outros ministérios, excluindo o objetivo de enfrentamento ao trabalho infantil, deixando-o com foco para aprendizagem de disciplinas como português e matemática no ensino fundamental (BRASIL, 2016).

No ano de 2016, o Ministério do Trabalho e Emprego foi colocado como órgão responsável pela decisão sobre quais atividades seriam permitidas na inserção de aprendizes. Em 2017, o mesmo órgão publica a portaria nº 693, na qual constam atividades de aprendizagem em setores descritos como Piores Formas de Trabalho Infantil, como transportes de cargas, construção pesada e comercialização de combustíveis (BRASIL, 2017).

Tal portaria contradiz as ratificações do Brasil em se comprometer com a erradicação das Piores Formas de Trabalho Infantil quando é elaborada no contexto brasileiro (Decreto 6.481/2008) e regulamenta a convenção 182 da OIT, ao regulamentar a inserção de aprendizes nesses ambientes de trabalho pesado, perigosos e insalubres.

Outra mudança verificada foi a renomeação de normas gerais para o PETI por meio da portaria nº 318 de 2016, que integra as ações ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Ou seja, o PETI é novamente integrado a outro serviço da Política Nacional de Assistência Social. Há também na portaria um novo sentido mencionado ao trabalho, pela via do estágio, conforme descrito no art. 3º: “Fica preservado o estágio escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo” (BRASIL, 2016, p. 42). Nesse

sentido, observa-se que o caráter produtivo<sup>2</sup> se sobressai mediante o aspecto educativo.

Dessa forma, é importante observar qual o sentido do trabalho quando o Brasil institui políticas públicas de combate ao trabalho infantil e como ele vem sendo assegurado pela legislação para sua efetivação prática. A educação, como condição abrangente para poder conseguir alcançar a cidadania, não deve ser orientada unicamente para a atividade econômica, assim como a legislação que a assegura precisa ser construída considerando o interesse social e os impactos decorrentes de sua prática seja qual for o âmbito de aplicação.

### 3.1.4 Atenção primária à saúde no Brasil e seus desafios

A APS, formulada com base nas concepções de Alma Ata do ano de 1978, se caracteriza segundo três componentes essenciais: “acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social”. Tais componentes estão diretamente relacionados com os determinantes para a saúde das populações e devem ser efetivados com base nos princípios do SUS (GIOVANELLA et al., 2019, p.02).

Durante o movimento de Reforma Sanitária ocorrido no Brasil, muito se discutiu sobre um modelo de atenção à saúde que desse conta de condensar a integralidade da atenção de forma operacional, o que serviu de base para formular, posteriormente, nos anos 2000, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil, definida como:

Um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p.02).

A APS é, portanto, o primeiro contato da população com o sistema de saúde, devendo fornecer atenção às características populacionais relacionadas às

---

<sup>2</sup> O caráter produtivo se refere a um maior interesse na mão de obra para produção de lucro.

necessidades em saúde em amplos sentidos, bem como às condições em que as pessoas se desenvolvem. A APS é ainda orientada por princípios como o acesso de primeiro contato (porta de entrada para uma rede hierarquizada de serviços) e a longitudinalidade (cuidado integral em saúde do nascer ao morrer, levando em consideração a formação de vínculos pessoais com a equipe de saúde) (DASCHEVI et al., 2015; ALMEIDA et al., 2018).

Outros princípios, como a integralidade (garantia de que as pessoas recebam o atendimento necessário conforme suas necessidades e pensando sua efetivação pela integração de diferentes serviços envolvidos nas redes de atenção, bem como em um trabalho conjunto dos diferentes campos de políticas públicas) e a coordenação (garantia da continuidade do atendimento de acordo com os níveis de complexidade requeridos, levando em consideração a sucessiva integração entre atores e serviços envolvidos) direcionam as práticas da APS no território (DASCHEVI et al., 2015; ALMEIDA et al., 2018).

Apesar de a APS no modelo brasileiro ser reconhecida como exitosa dentro do SUS, ainda esbarra em dificuldades: requer financiamento adequado – diante de uma população que cresce e tem inúmeras diferenças regionais a serem levadas em consideração para o planejamento de ações, recursos e serviços em saúde; os recursos humanos requerem qualificação para operacionalizar um trabalho multidisciplinar, buscando atender as demandas existentes, a fim de garantir a atenção integral em saúde, elevando o enfrentamento à fragmentação dos serviços e à valorização dos profissionais por meio de um trabalho digno que atenda às necessidades da população (GIOVANELLA et. al., 2019).

Em se tratando de financiamento da APS no Brasil, por meio da portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o Governo Federal instituiu o Programa Previne Brasil, um novo modelo de financiamento para a APS no âmbito do SUS, que fere princípios fundamentais como a universalidade e a integralidade da atenção em saúde.

O programa Previne Brasil utiliza o número de pessoas cadastradas nas unidades de saúde para fazer o repasse do financiamento, ou seja, com base no quantitativo de pessoas referenciadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acrescenta ainda que quando o número de pessoas referenciadas à unidade de saúde diferir do quantitativo do IBGE, prevalecerá o registro de pessoas na unidade de saúde para que ocorra o repasse financeiro (BRASIL, 2019).

Os reflexos de mudança e/ou baixos investimentos para a APS causam o enfraquecimento da Estratégia de Saúde na Família (ESF), que busca a elaboração de arranjos sistemáticos por meio de maiores conexões com a população na oferta de serviços para o cuidado em saúde, capazes de garantir a integralidade da atenção no território (ALMEIDA et. al., 2018).

As mudanças feitas no âmbito do financiamento da APS põem em discussão a simplificação do conceito de saúde adotado durante a construção do SUS, uma vez que centraliza o acesso a pessoas cadastradas nas unidades de saúde e modifica a lógica do trabalho dos profissionais para uma permanência dentro das unidades de saúde, orientados para atenção à livre demanda. Isto contradiz a presença das equipes de saúde no território para levar o contato dos profissionais o mais próximo da população, independentemente da vinculação burocrática existente com a unidade de saúde do território.

O trabalho na APS tendo por base o reconhecimento do território é fundamental para identificar organizações, vulnerabilidades, dinâmicas, fragmentações, heterogeneidades e multiescalas, características socialmente construídas. O território é a base material da vida e de representações das relações sociais. Permite produção e reprodução social, bem como manifestação dos diferentes modos da vida cotidiana, a maneira como o homem dele se apropria pelo trabalho (GONDIM; MONKEM, 2018).

A vulnerabilidade é entendida como um fenômeno do sujeito coletivo que emerge do contexto histórico e social, pois processos coletivos se relacionam e denotam uma maior exposição de pessoas e comunidades a eventos que incidem sobre a saúde, com menor disponibilidade de recursos para proteção. Três dimensões de vulnerabilidades se inter-relacionam mutuamente na análise da complexidade que envolve o conceito, sendo a vulnerabilidade individual relacionada ao sujeito intersubjetivo a partir da interação com o meio, para a construção de respostas a aspectos que afetem a saúde. A vulnerabilidade social é a organização material para a efetivação de direitos sociais que resulta de regulamentos e poder social, revestida da atividade política e econômica. E a vulnerabilidade programática caracterizada pela atividade política do processo democrático que segue padrões ideológicos, direciona atuação e custeio econômico para os diversos contextos sociais na efetiva construção da cidadania (AYRES; PAIVA, 2018).

O trabalho é mediador da relação entre o homem e a natureza, transformando a forma de ser e permanecer na sociedade de acordo com o desenvolvimento histórico. Para compreender o processo de saúde e doença com base nas condições de produção e reprodução social, o uso do território possibilita evidenciar a determinação social dos modos de existência (GONDIM; MONKEM, 2018).

O reconhecimento das diferentes necessidades em saúde deve ser fortalecido dentro dos cenários territoriais, com base nos princípios da APS, como a Competência Cultural que enfoca as diferenças de culturas que permeiam o território, assim como a Orientação Familiar, que esclarece a origem das questões de saúde e o norteamento dentro do seio familiar para os usuários do SUS, e a Orientação Comunitária, que orienta o conhecimento das necessidades comunitárias no território segundo dados epidemiológicos gerados no território, com destaque da atenção para as condições sociais da população e suas implicações para seu modo de sobrevivência (ALMEIDA et al., 2018).

No entanto, o novo modelo de financiamento causa desvinculação da proposta inicial do conceito de saúde formulado pelas orientações de Alma-Ata, que considera a saúde como componente inseparável do desenvolvimento econômico e social, bem como sobre a participação social como elemento fundamental para a efetivação do conceito de saúde dentro dos sistemas universais de saúde, a exemplo do SUS.

Relacionando o conceito de APS, seus objetivos e os entraves estruturais sofridos para seu financiamento, após leitura crítica do estado da arte dos Atos Normativos sancionados no Brasil no período de 1990 a 2018, estes atos apontam que o trabalho infantil de crianças e adolescentes obtém um direcionamento das políticas públicas no âmbito da saúde que não estão em consonância com o SUS e seus princípios. O trabalho infantil dentro das políticas de saúde não leva em consideração a atuação profissional direcionada para o território, demonstrando um descompasso na atenção à saúde integral.

Tais evidências permeadas nas Políticas públicas de saúde prejudicam o olhar macroestrutural para sua formulação, bem como o direcionamento para o combate do trabalho infantil, que não está em conformidade com o SUS, seus princípios orientadores e estratégias práticas, voltando-se para o contexto territorial.

A política de saúde deve, ainda, pautar suas ações no princípio da intersetorialidade para contribuir com o processo de atenção integral em saúde, relacionando-se com os demais campos de políticas públicas, para materializar ações

de trabalho para o enfrentamento do trabalho infantil. Porém, foi somente a partir da década de 2000 que o trabalho infantil passou a ser um fenômeno que deve ser identificado na APS, dentro das Unidades de Saúde, através das Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos, bem como deve haver notificação compulsória no Sistema Nacional de Agravos de Notificação pelos serviços de sentinela específicos do SUS.

São preconizadas a promoção e a proteção da saúde através da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (ROCHA et al., 2018). Apesar de as políticas públicas de saúde para o enfrentamento ao trabalho infantil serem constituídas a partir da década de 2000, época em que se formulou a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde no Brasil, observa-se que tem focos de atuação bastante distintos uma da outra.

O SUS, após sua constituição e permanente estruturação, continua sendo um campo da saúde pública fértil para discussões que busquem retomar a integralidade da atenção e a efetiva coordenação do cuidado, tendo em vista as desigualdades sociais presentes no território brasileiro. A Atenção Básica em Saúde, após a constituição das Redes de Atenção à Saúde, assume a coordenação do cuidado, caracterizando-se como porta de entrada preferencial (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

Apesar dos avanços de reconhecimento do trabalho infantil, bem como das consequências que ele produz a saúde, o problema ainda não recebe a devida atenção como questão de saúde pública. A responsabilidade no trato do tema em comento é atribuída a outros setores de políticas públicas, porém, o trabalho infantil se relaciona diretamente com a saúde das populações vulneráveis (JUNIOR; VASCONCELOS, 2017).

As políticas públicas direcionadas ao enfrentamento do trabalho infantil configuram-se para a atuação intersetorial, que orienta uma prática relacional dos profissionais que as operacionalizam. Contudo, estas políticas ainda esbarram em dificuldades estruturais que refletem a prática de problemas para efetivação de direitos (FREITAS; OLIVEIRA, 2012).

A intersetorialidade é prerrogativa para atuação das políticas desde a constituição do tripé da seguridade social (Previdência Social, Saúde e Assistência Social) no Brasil (CARMO; GUIZARDI, 2017). O conceito de intersetorialidade nos espaços de operacionalização das políticas públicas ainda é considerado

heterogêneo, uma vez que estas políticas compõem a rede intersetorial e carregam características históricas, políticas e econômicas que comprometem a comunicação teórica e prática de como fazer o tema ser desenvolvido na prática. Isso vai além da instalação de multisetores de políticas públicas, bem como de mecanismos operacionais de gestão dos serviços constitutivos de políticas, pois necessita de deliberação ética e política do Estado, prezando pelo interesse coletivo (AKERMAN et. al, 2014).

#### 4 MARCOS CONCEITUAIS QUE FUNDAMENTAM ESTE ESTUDO

O **trabalho** é condição básica que diferencia o ser humano das demais espécies, uma vez que, antes de se materializar, é intelectualmente orientado para um fim, sendo projetado para atender a uma necessidade humana, obtendo alteração da natureza. O trabalho é incorporado pelo homem na sua vida, permitindo formulação dos objetos de trabalho, ao mesmo tempo em que o humaniza. Assim como o homem altera a natureza, ele é constantemente modificado pelo aprimoramento das suas habilidades e dos meios de trabalho que aproximam sua relação com ela (NETTO; BRAZ, 2010). Karl Marx define o trabalho como:

Um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 1867, p. 326-327).

O Trabalho para Marx assume um caráter ontológico, pois explica a constituição do ser segundo a evolução humana no plano objetivo e subjetivo, sendo utilizado para desenvolver habilidades nas quais o homem se reconhece nos seus objetos e meios de trabalho. Demonstra a riqueza do ser social desenvolvido, ativo e reflexivo de suas ações, que, continuamente, se refazem para atingir outras finalidades.<sup>3</sup>

O **ser social**, apesar de constituído pelo trabalho, sendo produto de sua autoatividade, não se esgota nele, uma vez que se projeta materialmente e idealmente. No plano da idealização, não ocorre transformação material, porém, através da prática humana que reflete sua práxis, consegue se projetar em valores, ciência, política e filosofia. Tais tipos de objetivações servem para provocar o ser social acerca da sua natureza subjetiva e objetiva, expandindo-se até suas ações como práxis social (NETTO; BRAZ, 2010).<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Ontológico é o termo utilizado para explicar a natureza da existência humana a partir da evolução histórica e social do ser que é real, material e dinâmico (NETTO; BRAZ, 2010).

<sup>4</sup> Práxis é a categoria que explica o ser social desenvolvido segundo o trabalho e inclui, para além dele, as objetivações humanas, que podem ser políticas e educacionais, sendo traduzidas pela prática social acompanhada da crítica permanente que revela o ser criativo e auto produtivo de suas atividades (NETTO; BRAZ, 2010).

Aprofundando o conceito de trabalho infantil, tomando como base o marco conceitual de Marx, este reconhece que ocorre uma exploração da força de trabalho decorrente do modo de produção capitalista, acarretando consequências físicas e mentais para o desenvolvimento infantil (LOMBARDI, 2010).

O trabalho infantil se caracteriza por atividades em que, ao mesmo tempo que constrói o sujeito, assume um significado vazio, pois não ocorre seu reconhecimento nos objetos que desenvolve. O trabalho passa a significar sofrimento para crianças e adolescentes na sociedade capitalista, pois assume um duplo papel: tentativa de disciplina e de afastamento da marginalidade, ao mesmo tempo em que as atividades nas quais crianças e adolescentes são inseridos, localizam-se no ramo da informalidade, sendo socialmente desvalorizadas (ALBERTO, 2007).

Nesta forma de capitalismo, estes trabalhadores e trabalhadoras propiciam e favorecem a expansão e a reprodução do capital, da mercadoria e, conseqüentemente, o definhamento do seu potencial de desenvolvimento. Estes meninos e meninas são destruídos, alienados das suas potencialidades de seres humanos. Há um processo de subjetivação (tornar-se sujeito), disciplinarização do não cidadão, coisificado, descartável (ALBERTO, p.9 2007).

O trabalho infantil de crianças e adolescentes necessita ser analisado sob a perspectiva da determinação social, uma vez que ocorre fortemente atrelado ao contexto de pessoas pertencentes à classe social trabalhadora, estando tal classe social localizada no mais baixo nível de pobreza. Torna-se necessário discutir a saúde de crianças e adolescentes que vivenciam o processo de trabalho infantil como forma de garantir renda para a núcleo familiar do qual fazem parte.

Compreende-se a **determinação social da saúde e da doença** com base na categoria trabalho e sua relação com o processo de saúde e doença. **A determinação social da saúde e doença** é entendida como um processo que depende da apropriação do humano sobre os meios de existência que ele produziu e produz ao longo da história, relacionando-se com a natureza, o que possibilita constituir novas formas de sobrevivência para a humanidade, sendo, portanto, socialmente determinadas. Quanto mais o ser humano tem acesso aos objetos que permitem criar meios de sobrevivência durante o desenvolvimento sócio-histórico da humanidade,

mais tem chances de produção social e de se reproduzir socialmente (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).<sup>5</sup>

Na determinação social do processo de saúde e doença, o modo de produção capitalista determina as relações sociais, o modo de vida, a conduta de saúde, o meio ambiente, assistência sanitária e assistência em saúde (CEBALLOS, 2015).

Na perspectiva da **epidemiologia crítica** de Breilh, é apresentada uma crítica à perspectiva cartesiana, a qual penetrou a saúde pública desde sua constituição, sendo insuficiente para explicar a relação entre sistema social, modos de vida e saúde, distribuição de classes, vulnerabilidades de diferentes grupos e suas inserções sociais, bem como a relação sociedade natureza e seus impactos sociais. No eixo da discussão da epidemiologia, crítica está a noção de romper com o paradigma dominante da saúde pública, que considera variáveis externas interligadas como causadoras de patologias (BREILH, 2013).

Chama-se atenção para o grande paradigma da ciência pós-moderna, que necessita ser quebrado, para que possam ser compreendidos os fenômenos em sua ampla profundidade, em vez de controlar variáveis que não podem ser controladas. Busca-se, portanto, uma melhor aproximação da dinâmica existente em torno dos processos sociais (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

A determinação social é então classificada como um campo de interesses sociais conflitantes, não interpretando os fenômenos que compõem a realidade social de maneira linear, pois se parte do princípio de que há um processo envolto da totalidade, que é contraditório, alterando-se e transformando-se continuamente. A reprodução social, como mediadora da saúde e do adoecer em sociedade, é “o movimento da cultura da vida socialmente determinada” (BREILH, 2013, p.15).

A determinação social, linha de pensamento crítico da Saúde Coletiva, toma, portanto, como objeto de estudo a produção e a reprodução da vitalidade e do adoecimento das coletividades inseridas em uma determinada sociedade, situando a discussão em torno do processo social que acompanha a humanidade em seus momentos históricos (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017). A produção

---

<sup>5</sup> A produção social diz respeito aos aspectos materiais que a humanidade ao longo da sua constituição sócio histórica formulou pela via do trabalho, de maneira coletiva, como alimentos, moradias, educação, cuidados de saúde, formas de habitação, meios de transporte e de comunicação, entre outros. A reprodução social é o acesso a tais aspectos, o que permite condições de existência para o gênero humano e seu constante aprimoramento (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

dos objetos e dos meios permite o desenvolvimento das forças produtivas de maneira coletiva, sendo, no entanto, a apropriação sempre privada (GUERRA; COSTA, 2017).

O trabalho, apesar de favorecer o avanço das forças produtivas, assume impactos diferentes para as distintas classes sociais. Para a classe trabalhadora, por exemplo, pode significar um maior ou menor grau de exploração, visto que dependerá da forma como se insere na máquina capitalista e no consumo, obtendo acesso às possibilidades de produção e reprodução social. Destarte, a organização da produção dos meios de existência determina socialmente a saúde, havendo, assim uma gritante distinção no mesmo momento histórico sobre as formas de saúde intimamente ligadas às maneiras de adoecer e morrer das diferentes classes sociais (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

O mesmo ocorre com a concepção de trabalho infantil que permeia momentos históricos sociais, distinguindo-se para as diferentes classes sociais. Para a classe social dominante o trabalho infantil é visto como elemento que causa ruptura da infância e violação da vida em curso de desenvolvimento, mas para as classes sociais desfavorecidas, o trabalho infantil é socialmente aceito e naturalizado, elemento disciplinador e formulador do ser no plano objetivo e subjetivo (ALBERTO, 2007).

O Trabalho pode se tornar uma prática alienada no modo de produção capitalista, pois ocorre a exploração do homem sobre o homem. Este experimenta uma alienação de sua real natureza, uma vez que a idealização e a finalidade do trabalho assumem um sentido inverso.<sup>6</sup> Em vez de exprimir a humanização do homem conforme suas habilidades, são desenvolvidas para suprir suas necessidades, que são colocadas exteriormente às suas necessidades. Ou seja, os objetos que antes o homem se reconhecia a partir do aprimoramento de suas habilidades passam a ser fruto de necessidades socialmente criadas para atender aos interesses do capital. Ocorre então uma dissociação de seu desenvolvimento humano como ser social (NETTO; BRAZ, 2010). Crianças e adolescentes inseridos na prática de trabalho infantil atendem claramente aos interesses do capital, tendo suas habilidades intelectuais e físicas revestidas de alienação.

Pensar a saúde como um dispositivo social é entendê-la como intimamente ligada às condições socioeconômicas. Torna-se necessário entender que as pessoas

---

<sup>6</sup> Alienação é o estranhamento que o trabalhador tem com o produto que ele produz/produziu, pois o processo de trabalho é engessado por uma prática que não favorece o desenvolvimento das suas potencialidades (NETTO; BRAZ, 2010).

que tem precárias condições de existência, ou seja, não acessam os fatores da produção social para que possam reproduzir-se socialmente, relacionam-se com agravantes condições de saúde. No decorrer do processo histórico, as organizações sociais por meio da estrutura de classes determinam o predomínio dos adoecimentos e mortes ou a potencialização da vida expresso em forma de saúde (ALMEIA-FILHO, 2004). Discutir a saúde e a doença das crianças e dos adolescentes em relação ao processo de produção e reprodução social em volta do trabalho infantil é compreender aspectos socialmente determinados em torno do modo de produção que norteia a sociedade. O modo de vida é fator socialmente determinado pelas condições de produção e reprodução.

## 5 METODOLOGIA DE PESQUISA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em duas etapas: uma pesquisa documental e outra exploratório-descritiva.

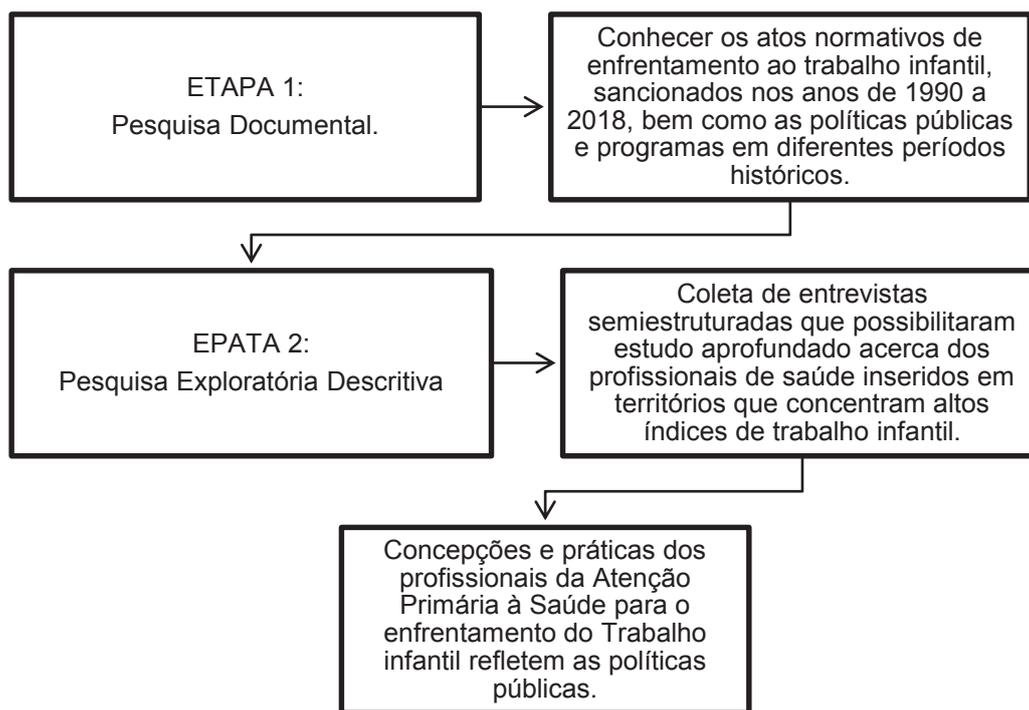
As pesquisas documentais são feitas com base nas análises de diversos documentos, resultantes de diferentes origens, a fim de obter um maior rigor científico, o que possibilita enriquecer a análise dos dados posteriormente (GIL, 2017).

As pesquisas exploratórias têm o objetivo de “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.” (GIL, 2017, p.41). O propósito dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar aspectos de um fenômeno em seu contexto no mundo real. Ajuda, ainda, na identificação de relações de causa a serem analisadas (YIN, 2015).

A abordagem qualitativa amparada em concepções filosóficas, diferentes métodos de coleta de dados e de análise, permite investigar uma realidade por meio de diversas estratégias, o que corresponde a uma maior profundidade acerca do fenômeno estudado (CRESWELL, 2014). Neste estudo, a questão a ser respondida é: quais as concepções e práticas dos profissionais da Atenção Primária em Saúde para o enfrentamento ao trabalho infantil?

Esta pesquisa foi dividida em duas etapas (Figura 1).

**FIGURA 1:** FLUXOGRAMA DE ETAPAS DA PESQUISA.



Fonte: A autora (2020).

## 5.2 ETAPA 1 – PESQUISA DOCUMENTAL

A busca de atos normativos para o enfrentamento do trabalho infantil em diferentes endereços eletrônicos oficiais do governo, possibilitou maior compreensão do objeto de estudo, fomentando uma ampla discussão acerca do conteúdo expresso nos dados.

### 5.2.1 Fontes

Para captação dos atos normativos, foram seguidos dois caminhos: uma revisão de literatura nas bases de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Scopus, Web of science, Scielo, BVS/LILACS e uma busca de atos normativos nos sítios oficiais do governo, sendo estes: Ministério da Cidadania, Ministério da Educação, Congresso Nacional, Senado Federal, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Revistas dos Tribunais, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na área temática Saúde do Trabalhador e no Conselho Nacional da Assistência Social.

### 5.2.2 Coleta de Dados

A coleta foi iniciada em fevereiro de 2019 e finalizada em outubro de 2019. Foi feita por meio dos descritores: trabalho infantil, política pública, saúde pública, Assistência à saúde, Atenção Primária à Saúde, educação e política. Tais descritores foram alternados entre os operadores booleanos *AND (E)*, *OR (OU)*, havendo, assim, a formulação da estratégia de busca ("*child labor*" *AND* "*public policy*") *OR* ("*child labor*" *AND* "*public health*") *OR* ("*child labor*" *AND* "*Delivery of Health Care*") *OR* ("*child labor*" *AND* "*Primary Health Care*") *OR* ("*child labor*" *AND* *education*) *OR* ("*child labor*" *AND* *politics*).

### 5.2.3 Organização e Análise de Dados

Os dados foram organizados por meio de uma matriz construída em documento no formato de *Windows Office Excel®* (Quadro 1). A apreciação dos dados ocorreu pela Análise de Conteúdo Categorical Temática de Bardin. Foi feita uma leitura flutuante de toda a legislação, que foi analisada, em seguida, feito o agrupamento da legislação em uma matriz de análise, considerando o tipo de ato normativo, ano de publicação, origem ministerial, bem como programas e políticas citadas nos textos dos atos normativos, observando seus períodos de sanção, entre 1990 e 2018.

#### **Quadro 1: MATRIZ DE ANÁLISE DOS ATOS NORMATIVOS**

Tipo de Ato Normativo	Ano de Publicação	Origem Ministerial	Programas e Políticas Públicas
Lei	1990	MEC	FUNDEF
Portaria	1995	MDSA	PETI; Bolsa Família;
Instrução Normativa	1998	MS	Programa de Saúde do Trabalhador
Portaria	2002 (Período Político)	MS	Notificação de casos de TI
Lei	2003	GERAL	Penalidade para o Trabalho Infantil
Lei	2004	GERAL	I Plano Nacional
Portaria	2006	GERAL	Institucionalização do SGDCA
Resolução	2007	MDSA	Grupo de Trabalho
Resolução	2009	MDSA	Tipificação de Serviços
Decreto	2010 (Período Político)	MEC	Programa Mais Educação
II Plano Nacional	2011	GERAL	P. P de Formação Profissional
Lei	2012	MS	Política de Saúde do Trabalhador
Instrução Normativa	2013	TEM	Programa de Combate ao TI
Recomendação	2014	GERAL	Parâmetros de Proteção TIA
Portaria	2015	MEC	Bolsa Formação no PRONATEC
Portaria	2016	MEC	Programa Novo Mais Educação
Resolução	2017	TEM	QUALIFICA Brasil
Resolução	2018 (Período Político)	GERAL	Parâmetros de Proteção

Fonte: A autora (2020).

A classificação das categorias ocorreu de acordo com os períodos políticos: 1990 a 2002, governos Fernando Collor de Mello, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso; 2003 a 2010, governo Luís Inácio Lula da Silva; 2011 a 2018, governos Dilma Rousseff e Michel Temer, que representam diferentes períodos temporais de concepções políticas e linhas de pensamento para formulação das políticas públicas de combate ao trabalho infantil, bem como de suas derivações.

Durante a análise foram observadas a intersetorialidade e a integralidade da atenção para a constituição das políticas públicas direcionadas ao trabalho infantil e sua permanente estruturação ao longo dos anos de 1990 a 2018, nos diversos campos de políticas públicas.

### 5.3 ETAPA 2 – PESQUISA DESCRITIVA

A escolha deste procedimento de pesquisa se justifica pela necessidade de explorar e descrever o fenômeno do trabalho infantil a partir da perspectiva dos participantes (profissionais gestores e profissionais assistenciais) inseridos em territórios onde há forte ocorrência deste, bem como por ser um campo de pesquisa que mostra escassez de estudos na perspectiva das políticas e serviços de saúde.

### 5.3.1 Local do Estudo

O estudo foi conduzido no Município de Curitiba/PR. Segundo o censo de 2010, Curitiba tinha uma população de 1.751.907 habitantes (IBGE, 2010). O Plano Municipal de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, elaborado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMTIBA), tendo por base o boletim do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, registra os principais tipos de violência intrafamiliar, e o trabalho infantil de Crianças e Adolescentes somou 3,3% das notificações na faixa etária de 10 a 17 anos, sendo a maioria dos casos predominantes no sexo masculino (CURITIBA, 2017).

Registrou-se em 2010 um total de 1.475.547 crianças e adolescentes com idades entre 10 e 17 anos no estado do Paraná, dos quais 240.271 crianças e adolescentes tinham alguma ocupação (PARANÁ, 2014). No ano de 2000, 36.458 (4,88%) das crianças de 10 a 13 anos trabalhavam. Em 2010, ocorreu aumento de crianças e adolescentes ocupados nesta faixa etária, um acréscimo de 5.660 casos de trabalho infantil em 10 anos, passando para 42.118 ocupados, o que corresponde a 5,8% da população da referida faixa etária. Em relação ao sexo 58,32% são meninos e 42,68%, meninas (PARANÁ, 2014).

Curitiba foi a primeira cidade do Brasil a implantar a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em 2002, mas o trabalho infantil só aparece nos relatórios da rede do referido município a partir do ano de 2013, às vezes como violência intrafamiliar e extrafamiliar, outras vezes como violência (de forma geral). O Distrito Sanitário do Tatuquara foi o que mais notificou casos de trabalho infantil, com 17 notificações. Nos citados anos em que foram registrados casos de trabalho infantil, a maior prevalência é para a faixa etária de 10 a 14 anos (CURITIBA, 2018).

Entre os anos de 2013 e 2018, a rede de proteção notificou os seguintes números de crianças e adolescentes em condições de trabalho (Quadro 2).

**Quadro 2: NOTIFICAÇÕES DE TRABALHO INFANTIL**

<b>ANO</b>	<b>Trabalho infantil intrafamiliar em N° absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Trabalho Infantil extrafamiliar em N° absoluto</b>	<b>%</b>
<b>2013</b>	88	1,7%	0	0%
<b>2014</b>	137	2,5%	2	0,4%
<b>2015</b>	165	3,3%	3	0,6%
<b>2016</b>	84	2,2%	5	(1,4%)

<b>2017</b>	<b>Trabalho infantil em N° absoluto</b>	116	%
			2,1%
<b>2018</b>	<b>Trabalho infantil em N° absoluto</b>	93	%
			(1,5%)

FONTE: Dados dos Relatórios da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.

Curitiba está dividida administrativamente em 75 bairros, agrupados em dez distritos sanitários, são eles: Boqueirão, Santa Felicidade, Cajuru, Boa Vista, Matriz, Portão, Pinheirinho, Tatuquara, Bairro Novo e Cidade Industrial de Curitiba. O Sistema Municipal de Saúde encontra-se em gestão plena desde 1998 (CURITIBA, 2020).

Para atender à população, o município está estruturado com 111 Unidades Municipais de Saúde (UMS), das quais, 64 contam com ESF. As UMS de saúde contam com equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos em saúde bucal, auxiliares em saúde bucal, administrativos e agentes comunitários de saúde, bem como autoridade sanitária local (CURITIBA, 2020).

Para escolha dos locais de pesquisa, considerou-se o Decreto Municipal n°. 638 de 2018, que instituiu o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde (IVAB) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Curitiba – PR em alto, médio e baixo (CURITIBA, 2018). Neste estudo, foram selecionados oito Distritos Sanitários (DS) e oito UMS com ESF, que apresentaram maior IVAB, a fim de obter representatividade do contexto no município, porém apenas sete DS compuseram o estudo devido a recusa do gestor de um DS.<sup>7</sup>

### 5.3.2 Participantes do Estudo

---

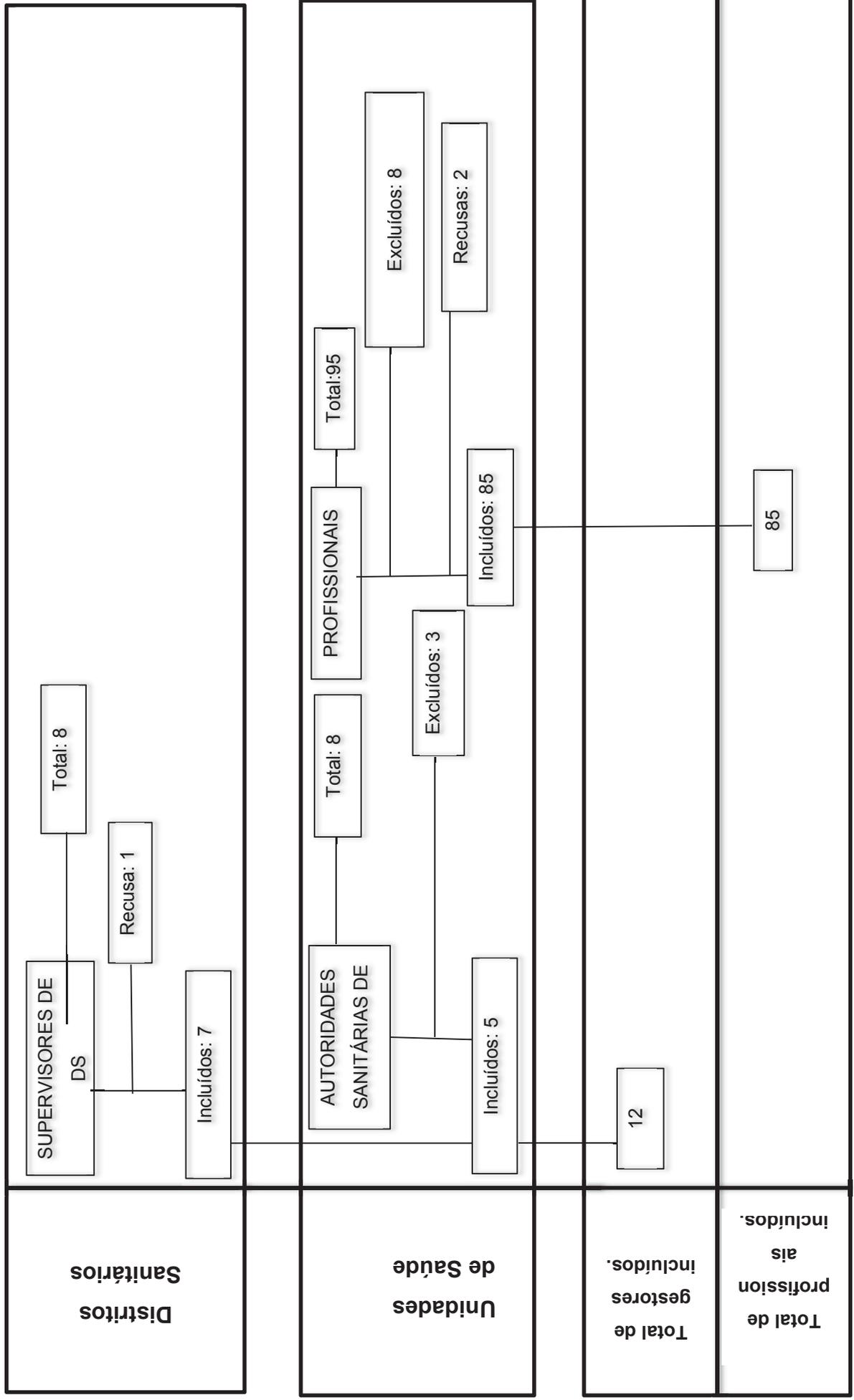
O decreto 638 foi construído considerando os seguintes marcos legais nacionais: lei 8080/90, Decreto Presidencial N° 7.508/11, que se referem respectivamente à instituição do SUS e à estruturação normativa para consolidação prática permanente. Consideraram-se ainda a Lei Municipal n° 9000/96, que institui o Código de Saúde de Curitiba e a Proteção à Saúde no município, além da Resolução n° 49 do Conselho Municipal de Saúde e a Nota Técnica do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), mensurando o índice de vulnerabilidades a partir do Cadastro Único para programas sociais. Com base no texto do decreto, ele visa a definir a distribuição equitativa dos recursos do SUS em Curitiba e nortear as ações de saúde no município, considerando quatro dimensões: adequação do domicílio; perfil e composição familiar (que inclui a presença de trabalho infantil na família); e acesso ao trabalho, renda e condições de escolaridade (CURITIBA, 2018).

Em relação aos participantes da pesquisa, de acordo o site da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba os locais selecionados para a coleta de dados apresentavam o quantitativo de 160 profissionais da APS, sendo 16 gestores e 144 profissionais assistenciais. Dos 16 gestores, oito eram Supervisores de DS e oito eram Autoridades Sanitárias das Unidades Municipais de Saúde. Dos 144 cargos assistenciais previstos no site, 40 eram vagas não ocupadas, cinco estavam em férias e quatro afastados no momento da coleta de dados.

Considerou-se como critérios de inclusão ser gestor ou profissional assistencial que estivesse atuando nos locais de coleta de dados há um ano ou mais. Não atenderam aos critérios de inclusão três autoridades sanitárias e 8 profissionais assistenciais. Todos os supervisores de distritos sanitários contemplaram os critérios de inclusão. Houve recusa para participar do estudo de um supervisor de distrito sanitário e dois profissionais assistenciais.

Portanto, a amostra foi composta por sete Supervisores de Distritos Sanitários e cinco Autoridades Sanitárias de Unidades Municipais de Saúde, 23 Agentes Comunitário de Saúde, oito Dentistas, 12 Enfermeiros, 11 Médicos, oito Representantes da rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, compostos pelos próprios profissionais da unidade de saúde (Dentistas, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Saúde Bucal), 16 Técnicos de Enfermagem, sete Técnicos de Saúde Bucal. O total de 97 entrevistas foram aplicadas. A Figura 2 demonstra o fluxograma de participantes deste estudo.

**FIGURA 2: FLUXOGRAMA DE PARTICIPANTES INCLUÍDOS NO ESTUDO.**



### 5.3.3 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com roteiro de perguntas (apêndices 1 e 2). Foi iniciada no mês de maio de 2019 e finalizada em setembro de 2019. As entrevistas foram feitas por duas pesquisadoras, de maneira individual com os participantes do estudo.<sup>8</sup>

A Entrevista Semiestruturada é feita seguindo um roteiro de perguntas preestabelecido pelas pesquisadoras, sendo flexível para a formulação de novos questionamentos à medida que as informações são proferidas pelos participantes, possibilitando aprofundamento dos dados durante a conversa (MINAYO, 2014).

Houve agendamento prévio para realização das entrevistas, de acordo com a disponibilidade dos participantes no próprio local de trabalho, em sala reservada. As entrevistas foram gravadas com autorização do participante, com duração média de 20 minutos. Após o procedimento de coleta de dados, as entrevistas foram transcritas manualmente na íntegra em documento no formato de *Windows Office Word*®.

### 5.3.4 Estudo Piloto

Foi feito um estudo piloto com o instrumento de coleta de dados com sete profissionais de unidades de saúde, que não faziam parte dos distritos sanitários e das UMS selecionados. O estudo piloto permitiu fazer ajustes nas perguntas do instrumento de pesquisa para a coleta de dados.

### 5.3.5 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de pesquisa dos supervisores de Distrito Sanitário versou sobre as estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais para enfrentamento do trabalho infantil, o conhecimento acerca da existência de trabalho infantil no território, as ações de trabalho desenvolvidas com enfoque no trabalho infantil e o conceito de trabalho infantil na percepção do

---

<sup>8</sup> A coleta de dados foi feita com auxílio de uma aluna da graduação do curso de Enfermagem, que foi capacitada pela pesquisadora principal. As duas pesquisadoras estavam sempre juntas nos locais de coleta de dados, seguindo os roteiros das entrevistas na íntegra para perguntar e responder aos objetivos do estudo.

participante. O instrumento de pesquisa dos profissionais das UMS foi composto por perguntas que buscavam entender algumas inquietações relacionadas a como ocorre o cuidado a crianças e a adolescentes na UMS, à identificação de atividades formais e informais que crianças e adolescente desempenham no território, à organização interna dos profissionais da unidade de saúde e com outros serviços para lidar com casos de trabalho infantil, às discussões feitas na UMS com foco no trabalho infantil, além do conceito de trabalho infantil na perspectiva dos profissionais.

### 5.3.6 Organização dos Dados e Análise

Para a organização de dados, utilizou-se de quadros em formato de *Windows Office Word*® e do *Software WebQDA*, efetuando leitura e releitura dos dados, sendo possível a apreensão das convergências expressas nos dados para formulação das categorias de análise.

A técnica de análise de dados utilizada foi a Análise do Conteúdo do tipo Categorical Temática de Bardin, que estuda as unidades de significação seguindo três fases: leitura flutuante, codificação, categorização e classificação (BARDIN, 2016).

Utilizou-se do software WebQDA, que auxilia pesquisadores na organização de dados qualitativos, permitindo investigação de grande quantidade de dados com melhor qualidade. Seu desenvolvimento se deu entre os anos de 1966 e 2013, sendo que neste último ano foram desenvolvidas versões de multimídia e elementos visuais para versões IOS (WEBQDA, 2019).

No *software*, a criação de códigos e categorias é controlada pela usuária, que pode fazer alterações antes, durante e após a análise do material. Desse modo, formula-se um conjunto inicial de códigos livres a partir do recorte das falas contidas nas entrevistas e, posteriormente, é feito o agrupamento em categorias mais complexas, denominadas de códigos árvore. O software permite a geração de matrizes com a descrição das categorias e os respectivos códigos livres que as fundamentam, em documentos no formato de PDF. Além disso, utilizou-se de quadros construídos em documentos no formato de *Microsoft Office Word*® (WEBQDA, 2019).

A análise de dados foi iniciada com a leitura flutuante, que corresponde à identificação de pontos específicos para destaque posteriormente (BARDIN, 2016). Para operacionalização, inicialmente foi feita uma leitura de todas as entrevistas

impressas, apreendendo características importantes para serem identificadas nos dados posteriormente.

A análise seguiu com a codificação, processo pelo qual os dados brutos são divididos em unidades de registro, o que permite a descrição dos sentidos contidos no conteúdo (BARDIN, 2016). As falas transcritas dos entrevistados foram inseridas na primeira coluna do Quadro 2, construído em documento no formato do *Windows office Word®*. As falas foram desmembradas por unidades de registros, o que chamou atenção nas entrevistas durante a leitura flutuante, tendo sido agrupadas na segunda coluna do Quadro 2, utilizando grifo simples em diferentes cores para sinalizar os diferentes sentidos manifestados no texto, que se repetiam de diferentes formas nas falas. A terceira coluna do Quadro 2 é composta por títulos genéricos, que agrupam os distintos significados manifestados no conteúdo das entrevistas.

**QUADRO 3 – UNIDADES DE REGISTRO E TÍTULOS GENÉRICOS**

<b>Entrevistas</b>	<b>Falas</b>	<b>Categorias</b>
<p><b><u>Entrevista 1</u></b></p> <p>Ou trabalhando, ou em casa sem fazer absolutamente nada.</p> <p>Na nossa região aqui, geralmente eles estão no contraturnos então é bem pouco frequente crianças na rua. <u>Existe bem pouca notificação de trabalho infantil.</u></p> <p>Mas via de regra quando não estão na escola ou no contraturno, eles provavelmente ou estão na rua ou fazendo algum trabalho mesmo.</p> <p>Na rua <u>o que a gente tem bem comum aqui, são as crianças ajudando e contribuindo com a coleta seletiva, ou vendendo alguma coisa pela região, mas o mais forte mesmo é eles na</u></p>	<p>Existe bem pouca notificação de trabalho infantil. <b><u>Entrevista 1</u></b></p> <p>O que a gente tem bem comum aqui, são as crianças ajudando e contribuindo com a coleta seletiva, ou vendendo alguma coisa pela região, mas.</p> <p><b><u>Entrevista 1</u></b></p> <p>O mais forte mesmo é eles (crianças) na coleta de recicláveis para ajudar na renda familiar. <b><u>Entrevista 1</u></b></p> <p>Há alguns casos de algumas crianças que estão envolvidas com o tráfico local, mas a gente não tem dados sobre isso. <b><u>Entrevista 1</u></b></p>	<p>Fluxo de Informações sobre Trabalho Infantil para Procedimentos</p> <p>Identificação de Trabalho Infantil</p>

<p><u>coleta de recicláveis para ajudar na renda familiar.</u>  <u>Há alguns casos de algumas crianças que estão envolvidas com o tráfico local, mas a gente não tem dados sobre isso.</u></p>		
--	--	--

Fonte: A autora (2020).

Os recortes de unidades de registro foram feitos em seguida no software, passando a ser denominados de códigos livres no WebQDA, sinalizando novamente outros trechos de falas contendo importantes significados, conforme pode ser visualizado na Figura 3.

### FIGURA 3 – IDENTIFICAÇÃO DE CÓDIGOS LIVRES NO SOFTWARE WEBQDA

separando material na propria casa



então é mais isso que eu tô falando **tá ajudando o pai ele tá fazendo um trabalho infantil que não era para fazer** né e também **os pais coloca os filhos para vender balinha, doce, coisa assim no sinaleiro, não sei se esse é um trabalho, trabalho escravo infantil**, que não é legal, não tá pela lei né que igual o menor aprendiz e agora uma mãe que coloca dentro de casa um adolescente para lavar uma louça eu acho que isso não é trabalho infantil né é aprendizado o menor infantil eu vejo porque eu acompanho os adolescentes né mas como trabalhar de carrinheiro eu vejo né eu vejo e falo crianças pequenas de colo que estão no carrinho isso daí não pode né e os maiorzinhos que andam junto também não pode mas **eles (pais) falam que é melhor ir com eles do que ficar em casa** e também eles vão para ganhar algumas coisas na rua né

**olha a unidade não faz nenhum trabalho sobre isso** eu acho que se eu posso vim e falar não vou ter um retorno mas assim **eu sei que a FAS, o assistente social estão de kombi na rua observando e eles mesmos observam e abordam (crianças e adolescentes trabalhando)** entendeu. **Eu não vejo muito a unidade ter uma autoridade** para né (interrupção) mas nós não temos muita autoridade pode chegar e falar né eu sei mas a gente sempre fala olha mas o CRAS né alguém abordar vocês vocês vão ser notificados e não pode eles sabem que não

Fonte: *Software WebQDA (2019)*.

Os códigos livres foram exportados do software WebQDA por download do documento no formato de PDF, sendo nele possível observar a frequência no texto das unidades de registro de acordo com os títulos genéricos atribuídos aos códigos livres (Figura 4).

**FIGURA 4 – CÓDIGOS LIVRES EXTRAÍDOS DO SOFTWARE WEBQDA**

identificação de Trabalho Infantil

Enfermeiro cax 1	2 Referências	4,65%
Referência 1	2,41%	
ela (adolescente) respondeu que não aguentava mais ver a mãe a obrigando a vender a droga.		
Referência 2	2,25%	
Uma adolescente com 11 anos de idade que está se prostituindo e fica pedindo na rua.		
Enfermeira PAN	6 Referências	3,32%
Referência 1	0,47%	
a maioria aqui trabalha informalmente catando reciclavel		
Referência 2	0,55%	
eles ficam cuidando dos irmão mais novos mas é atividade informal		

Fonte: *Software WebQDA (2019)*.

A terceira etapa da análise é a categorização e classificação, feita segundo a organização das mensagens contidas nos sentidos do conteúdo codificado e em análise, ocorrendo, assim, por diferenciação dos sentidos e em seguida por sua analogia, atribuindo uma lógica de sentido por meio de um título universal que agrupe características comuns a determinados elementos. O título da categoria evolui progressivamente de acordo com reagrupamentos para classificação das categorias finais (BARDIN, 2016).

Os códigos livres e seus respectivos títulos genéricos foram exportados do software e transferidos para um quadro em formato de *Windows office Word®*, o qual permitiu verificar a correlação da primeira coluna (contendo as categorias iniciais) pela terceira (síntese do dado empírico), seguida pela quarta coluna, que identifica a origem do dado. Tal processo permitiu uma maior aproximação das falas dos entrevistados, bem como levou a pesquisadora a uma maior clareza dos significados manifestados nos discursos. Agregam-se então os códigos livres por acepções semelhantes, assim como por diferentes significados às suas respectivas categorias iniciais, organizando-as em arranjos de sentidos compreensíveis com base nas mensagens expressas no conteúdo das falas tal como se apresentaram empiricamente (Quadro 3).

QUADRO 4 – CATEGORIAS INICIAIS

<b>Categorias Iniciais</b>	<b>Falas</b>	<b>Síntese</b>	<b>Nº da Entrevista</b>
Identificação do Trabalho Infantil	“Lidar com terra”.	Agricultura	<a href="#">Entrevista 56</a>
Identificação do Trabalho Infantil	“Trabalho na agricultura”.	Agricultura	<a href="#">Entrevista 59</a>
Identificação do Trabalho Infantil	“No semáforo vendendo bala, chiclete, doce.”	Comércio	<a href="#">Entrevista 36</a>
Identificação do Trabalho Infantil	“Criança que vende sorvete na rua.”	Comércio	<a href="#">Entrevista 6</a>
Como Identifica o Trabalho Infantil	“A gente tem uma alerta assim, da própria comunidade”.	Comunidade	<a href="#">Entrevista 86</a>
Como Identifica o Trabalho Infantil	“Através da comunidade mesmo que as pessoas veem e vem falar”.	Comunidade	<a href="#">Entrevista 25</a>
Como Identifica o Trabalho Infantil	“Só se ela (criança) relata alguma coisa”.	Criança relata	<a href="#">Entrevista 26</a>
Como Identifica o Trabalho Infantil	“A criança relata”.	Criança relata	<a href="#">Entrevista 71</a>

Fonte: A autora (2020).

A classificação consistiu em atribuir a organização final às categorias iniciais. Estas categorias iniciais podem estar contidas dentro de outras categorias maiores, obtendo, assim, elementos comuns existentes entre elas, gerando, portanto, uma síntese dos elementos principais contidos no conteúdo analisado (BARDIN, 2016).

Nessa perspectiva, foi feita uma leitura do Quadro 4, construído com as categorias iniciais e seus respectivos códigos livres, agrupando categorias com elementos comuns a um determinado tema, gerando, assim, categorias maiores que pudessem agrupar categorias menores, denominadas de subcategorias. As categorias e subcategorias foram inseridas em um quadro síntese em documento no formato *Microsoft® Office Word*, fundamentadas pelos códigos livres retirados dos dados empíricos, sintetizando, assim, a classificação das categorias finais (Quadro 4).

**QUADRO 5 – SÍNTESE DAS CATEGORIAS EMERGIDAS DOS DADOS EMPÍRICOS**

<b>SÍNTESE DE CATEGORIAS, SUB CATEGORIAS E CÓDIGOS LIVRES</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Códigos Livres</b>
<b>Identificação do Trabalho Infantil</b>	→Tipos de Trabalho Infantil	Agricultura Comércio
	→Formas de Identificação do Trabalho Infantil	Consulta Sinais clínicos
<b>Trabalho Infantil na percepção dos profissionais</b>	→Conceito de Trabalho Infantil	Ajuda não é trabalho Só se for escravidão
	→Intervenções para enfrentamento do Trabalho infantil	Ações intersetoriais Ações centradas na Unidade de Saúde
	→Limitações dos Profissionais	Tem-se pouca governabilidade sobre o trabalho Infantil A unidade de saúde não tem tempo ou tem muita demanda
<b>Vulnerabilidades e Trabalho Infantil</b>	→Território Vulnerável	Região vulnerável à violência Falta de local para deixar os filhos
	→Trabalho para Sobrevivência	Carência da família Única fonte de renda da família

Fonte: A autora (2020).

#### 5.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Paraná – Setor de Ciências da Saúde/SCS, e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR, respeitando os aspectos éticos da resolução N° 466/12. Foi garantido o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Todas as entrevistas foram iniciadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram garantidos o anonimato e o sigilo bem como o direito à desistência de participação no estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1). As aprovações estão, respectivamente, nos pareceres 3.374.173 CEP-UFPR (ANEXO 1) e 3.458.491 CEP – CMS/Curitiba (ANEXO 2).

## **6 RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo estão sendo apresentados em formato de artigo científico, atendendo aos critérios do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Serão apresentados três artigos para responder aos objetivos e um capítulo de livro.

Para atender ao objetivo ‘analisar os atos normativos sancionados para o combate ao trabalho infantil de crianças e adolescentes a partir dos resultados de publicações científicas e busca documental no período de 1990 a 2018’, que corresponde à etapa um da pesquisa deste estudo, foi elaborado o artigo I, intitulado, “Políticas Públicas de Enfrentamento ao Trabalho Infantil: Desafios para Atenção Integral em Saúde e Intersetorialidade”.

Para atender ao objetivo ‘descrever o trabalho infantil de crianças e adolescentes sob a ótica dos profissionais de saúde’, que corresponde à etapa dois deste estudo, foi elaborado o artigo II, intitulado “Identificação do trabalho infantil na ótica de profissionais da atenção primária à saúde: expressão da determinação social”.

Para responder ao objetivo ‘apresentar o enfrentamento ao trabalho infantil na percepção da equipe da atenção primária à saúde’, foi elaborado o artigo III, intitulado, “Trabalho Infantil: sombras e luzes na Atenção Primária à Saúde”.

Para responder ao objetivo ‘descrever a vulnerabilidade das crianças e dos adolescentes para o trabalho infantil’, foi elaborado o artigo IV, intitulado, “Território, Vulnerabilidade e Trabalho Infantil”, que será publicado como capítulo de livro.

## 6.1 MANUSCRITO I - **POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO AO TRABALHO INFANTIL:** desafios para atenção integral em saúde e intersectorialidade

**PUBLIC POLICIES AGAINST CHILD LABOR:** challenges for comprehensive health care and intersectoriality

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA COMBATIR EL TRABAJO INFANTIL:** desafíos para la atención integral de salud e intersectorialidad

**RESUMO: Objetivo:** Este estudo objetiva analisar os atos normativos para combate ao trabalho infantil sancionados no Brasil entre 1990 e 2018. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, em base documental, de natureza qualitativa. Os dados foram analisados por meio da Análise do Conteúdo Categórica Temática, de Bardin. **Resultados:** Os resultados mostram que ocorreram diferenças significativas na formulação das políticas públicas descritas nos atos normativos para o enfrentamento do trabalho infantil, nos diferentes ministérios, permanecendo até hoje, bem como nos períodos histórico-políticos, representando ciclos de ações determinadas por distintas linhas ideológicas na construção de respostas a fenômenos sociais. Entre estas divergências, ressalta-se a ausência de atos normativos no setor de saúde na década de 1990, época em que o SUS se estruturava, modificando a saúde pública no Brasil. **Conclusões e Implicações para a Prática:** Esta construção paralela se reflete na relação entre os diversos campos de políticas públicas para o enfrentamento do trabalho infantil, causando limitações nas práticas intersectoriais e na integralidade da atenção voltada para crianças e adolescentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Trabalho Infantil. Políticas públicas. Saúde Pública. Educação. Política.

**ABSTRACT: Objective:** the study aims to describe the Normative Acts to combat Child Labor sanctioned in Brazil from 1990 to 2018. This is exploratory-descriptive research, on a documental basis, of a qualitative nature. **Method:** data were analyzed using Bardin Thematic Categorical Content Analysis. **Results:** the results show that there were significant differences in the formulation of public policies described in the

normative acts to confront Child Labor, in the different ministries, remaining until today, as well as in the historical political periods, representing cycles of actions determined by different ideological lines in the construction of responses to social phenomena. Among these divergences, there is the absence of normative acts in the health sector in the 1990s, when the SUS was structured, modifying public health in Brazil.

**Conclusions and Implications for Practice:** this parallel construction reflects on the relationship between the various fields of public policy to address child labor, causing limitations on intersectoral practices and comprehensive care for children and adolescents.

**KEYWORDS:** Child Labor. Public policy. Public Health. Education. policy

**RESUMEN: Objetivo:** el estudio tiene como objetivo analizar los Actos Normativos para combatir el Trabajo Infantil sancionado en Brasil entre los años 1990 a 2018.

**Método:** esta es una investigación exploratoria descriptiva, con base documental, de naturaleza cualitativa. Los datos fueron analizados por medio de un análisis del contenido categórico de Bardin. **Resultados:** los resultados demuestran que hubo diferencias significativas en la formulación de las políticas públicas descritas en los

actos normativos para el combate al Trabajo Infantil, en los diferentes ministerios, permaneciendo hasta hoy, así como en los períodos históricos políticos, representando ciclos de acciones determinadas por distintas líneas ideológicas en la construcción de respuestas a fenómenos sociales. Entre estas divergencias, se destaca la ausencia de actos normativos en el sector de la salud en la década de 1990, época en que el SUS se estaba estructurando, modificando la salud pública en Brasil. **Conclusiones e Implicaciones para la Práctica:** esta construcción paralela refleja la relación entre los diversos campos de políticas públicas para el combate al Trabajo Infantil, ocasionando limitaciones en las prácticas intersectoriales y en la atención integral para niños y adolescentes.

**PALABRAS-LLAVE:** Trabajo Infantil. Política pública. Salud Pública. Educación. Política.

## 1 INTRODUÇÃO

O enfrentamento do trabalho infantil é preconizado pela criação de políticas públicas que reafirmam o compromisso das redes setoriais integralizadas na atenção aos problemas sociais, firmando dever político na operacionalização das ações na

sociedade. <sup>1</sup> Essas políticas se configuram como campos de atuação política, econômica, ideológica e científica que asseguram o papel do Estado e sua relação com a sociedade na redução das iniquidades.

A Constituição Federal (CF) de 1988 desempenha papel relevante no reconhecimento do sujeito de direitos, priorizando sua efetivação, tendo permitido a estruturação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, que visa a garantir proteção social integral ao público infanto-juvenil. <sup>2</sup>

As políticas de saúde se constituem como um dos campos fundamentais dentro do Sistema de Garantia de Direitos para Crianças e Adolescentes (SGDCA), bem como da educação e da assistência social, no sentido de materializar a efetivação dos direitos de crianças e dos adolescentes por meio do trabalho intersetorial. A atenção integral é papel do Sistema Único de Saúde (SUS) para com a população, com destaque para o público infanto-juvenil em condição de trabalho. <sup>3</sup>

Nesse sentido, é de fundamental importância conhecer as políticas públicas de combate ao trabalho infantil, as mudanças feitas e a permanência como campo estruturado e estruturante de práticas intersetoriais. Destaca-se a necessidade de conhecer a atuação em rede dessas políticas, uma vez que o caráter opositor e excludente persiste nos espaços de operacionalização, tornando-os mecanismos tensionados para a efetivação de direitos. <sup>4</sup>

O presente estudo trata da constituição das ações do estado brasileiro voltadas ao trabalho infantil, objetivando, dessa forma, analisar os atos normativos sancionados para o combate ao trabalho infantil, considerando os resultados de publicações científicas e a busca documental no período de 1990 a 2018.

## **2 MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa documental e revisão da literatura do tipo exploratório-descritiva de natureza qualitativa. Para o direcionamento deste trabalho, contou-se com a seguinte questão norteadora: *Quais os atos normativos de combate ao trabalho infantil sancionados entre 1990 e 2018 no Brasil?* No que concerne ao recorte temporal, ele se justifica pela necessidade de estudar a constituição das políticas públicas no Brasil desde a década de 1990, época em que se inicia o processo de hierarquização de políticas públicas de defesas jurídico-sociais, assistência médica e assistência psicossocial para crianças e adolescente. <sup>5</sup>

Para melhor fidedignidade na captação dos atos normativos, além de revisão da literatura (caminho A), foi feita uma busca documental (caminho B), (Figura 1). No caminho A, pesquisou-se nas bases de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), *Scopus*, *Web of science*, *Scielo*, BVS/LILACS, considerando os seguintes descritores para construção da estratégia de busca: trabalho infantil, política pública, saúde pública, Assistência à saúde, Atenção Primária à Saúde, educação e política. Estes descritores foram combinados aos operadores booleanos AND (E), OR (OU), que resultaram na estratégia de busca ("*child labor*" AND "*public policy*") OR ("*child labor*" AND "*public health*") OR ("*child labor*" AND "*Delivery of Health Care*") OR ("*child labor*" AND "*Primary Health Care*") OR ("*child labor*" AND *education*) OR ("*child labor*" AND *politics*).

Para selecionar os estudos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos encontrados nas bases de dados da Capes que abordavam o tema Trabalho Infantil e Políticas Públicas, bem como estudos conduzidos no Brasil de 1990 a 2018, que estivessem publicados no formato de artigo científico em inglês, português e espanhol. Foram excluídos os artigos repetidos, estudos publicados no formato de editoriais, monografias, teses, dissertações de mestrado e doutorado.

Já no caminho B, as buscas aconteceram nos sítios oficiais do Congresso Nacional, Senado Federal, Revistas dos Tribunais, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na área temática Saúde do Trabalhador, Ministério da Cidadania (MC), Ministério da Educação (MEC) e Conselho Nacional da Assistência Social, optando-se pela busca livre, usando as palavras trabalho infantil e políticas públicas.

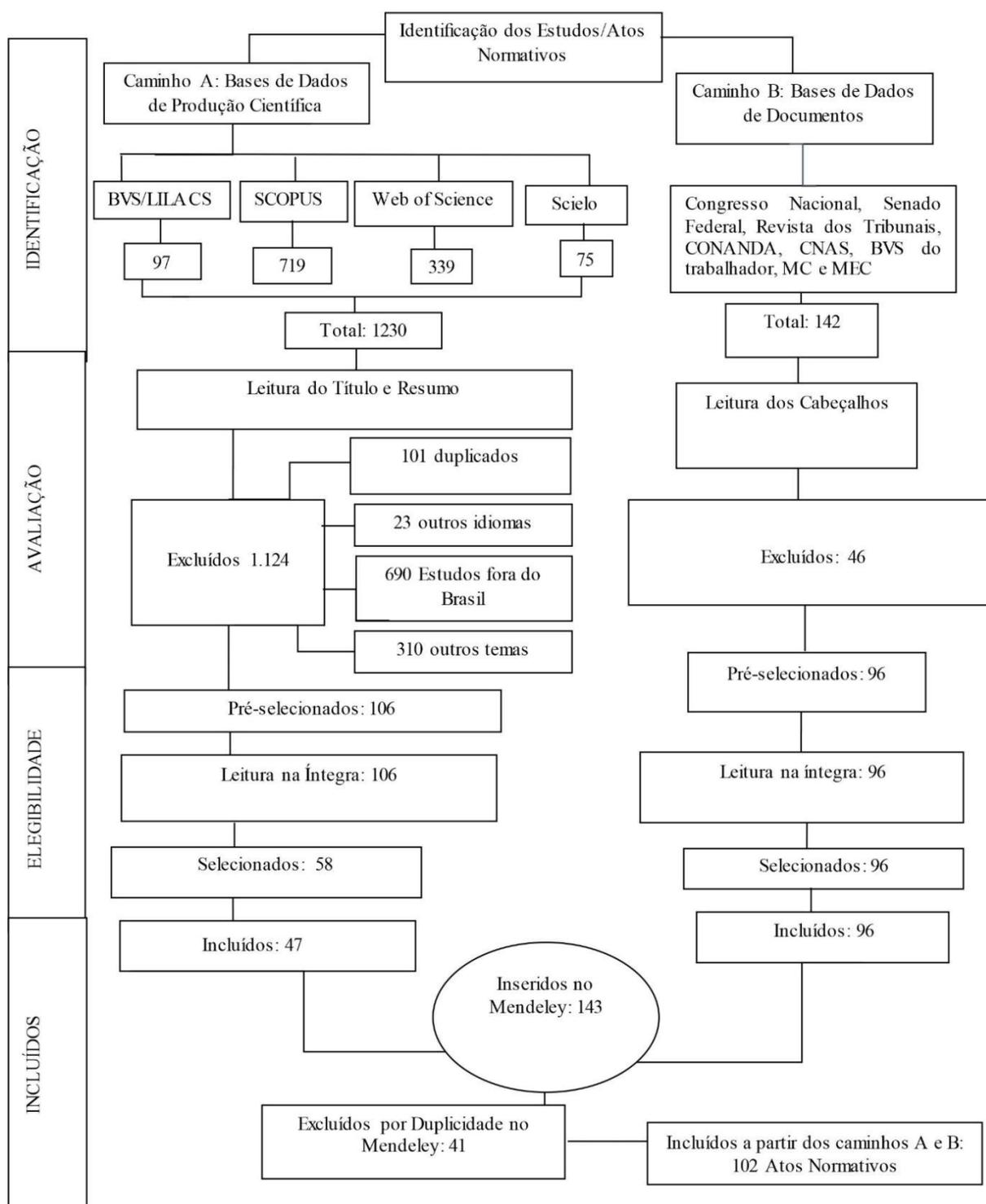
Para escolha dos atos normativos, foram utilizados como critérios de inclusão atos publicados no Brasil entre 1990 e 2018, que abordavam políticas, programas e projetos de combate ao trabalho infantil, tendo sido excluídos os atos normativos que não atenderam à temática do estudo. Os atos normativos identificados nos artigos e na busca livre foram retirados dos sítios eletrônicos oficiais do governo.

Os artigos e atos normativos selecionados foram inseridos no gerenciador bibliográfico Mendeley para qualificar e ordenar o manuseio do material. Foi feita a leitura na íntegra dos artigos encontrados na produção do conhecimento para identificação dos atos normativos neles descritos e para verificar se a captação dos documentos nos sítios oficiais foi efetiva. Para tal, foi feita uma comparação entre os

documentos encontrados nas duas fontes de dados. A Figura 1 mostra o organograma de seleção da produção científica e os atos normativos que compuseram o estudo.

Os dados foram analisados na perspectiva da análise do conteúdo, do tipo categorial temática de Bardin <sup>6</sup>, e feita uma leitura flutuante de toda a legislação. A legislação foi agrupada em uma matriz de análise, organizada por tipo de ato normativo, ano de publicação, origem ministerial do ato normativo, políticas públicas e programas, observados os períodos em que foram sancionados nos distintos ministérios, seguindo a ordem cronológica de 1990 a 2018. A classificação das categorias foi feita por períodos históricos, a saber: 1990 a 2002, época dos governos Fernando Collor de Mello, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso (FHC); 2003 a 2010, governo Luís Inácio Lula da Silva; 2011 a 2018, governos Dilma Rousseff e Michel Temer, os quais representam importantes ciclos políticos para a constituição e derivações das políticas públicas de combate ao trabalho infantil. A análise foi feita observando a perspectiva da intersetorialidade e da integralidade da atenção entre os diferentes setores de políticas públicas.

**Figura 5:** Organograma de seleção da produção científica e dos atos normativos que compuseram este estudo



Fonte: A autora (2020).

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 Síntese dos atos normativos que dispõem sobre o trabalho infantil

Os atos normativos foram identificados na Tabela 1 como atos gerais para sinalizar a criação de estatutos, convenções, ratificações de recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e de outras entidades, planos e protocolos. Identificou-se também a quantidade de atos normativos ligados ao Ministério da Educação (MEC), Ministério da Cidadania (MC), Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

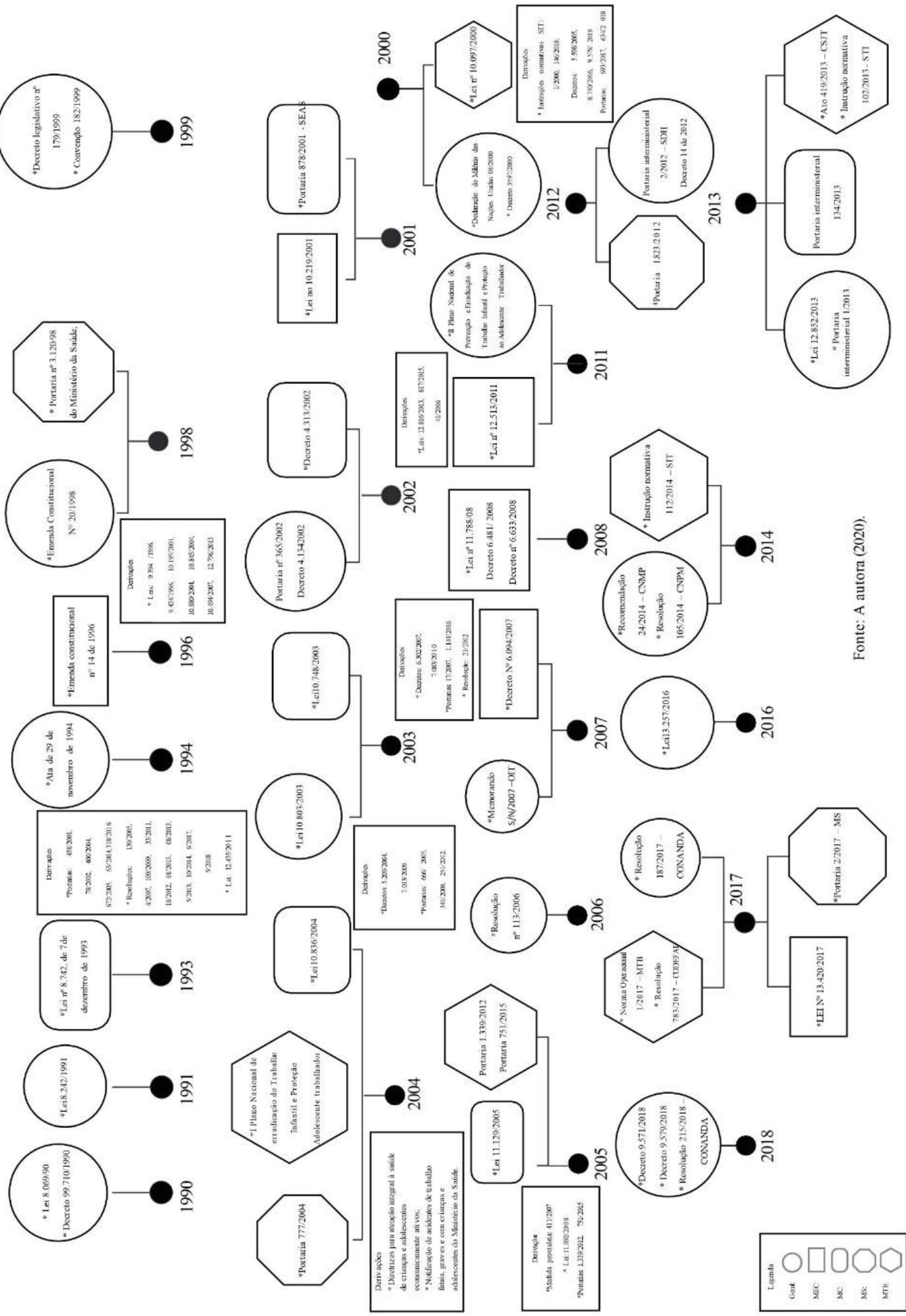
**Tabela 1:** Tabela quantitativa de atos normativos encontrados por Ministério

Órgãos	Leis, Portarias, Decretos, Diretrizes, Instruções Normativas, Memorandos, Emendas Constitucionais, Convenções, Declarações, Resoluções e Recomendações	Composição dos Atos Normativos		
		Conselhos, Comissões, Fóruns e Grupos de Trabalho.	Programas e protocolos	Políticas Públicas
ATOS GERAIS	25	2	1	1
ATOS MC	30	3	10	2
ATOS ME	24	2	8	3
ATOS MS	6	0	1	1
ATOS MTE	17	4	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>			

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

A Figura 2 apresenta os atos normativos em uma linha do tempo compreendida entre os anos de 1990 e 2018. Para identificar os ministérios aos quais estes documentos estão vinculados, foram utilizadas diferentes representações gráficas geométricas.

**Figura 6:** Linha do tempo representativa dos atos normativos



Fonte: A autora (2020).

Legenda

- Lei
- Decreto
- ▭ Resolução
- ⬡ Portaria
- ⬠ Emenda Constitucional
- ⬡ Emenda Construcional
- ⬠ Derivados
- ⬠ Derivações

## 4 DISCUSSÃO

As mudanças de governos instituídas no período de 1990 a 2018 permitem visualizar os marcos históricos de criação das políticas públicas de enfrentamento ao trabalho infantil no Brasil e sua evolução, correlacionadas aos respectivos períodos político-temporais. É possível observar a participação dos diferentes setores públicos e as fragmentações das ações nos distintos ciclos das políticas.

### 4.1 1990 a 2002: O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), as Políticas de Transferência de Renda e a Importância da Educação para o Enfrentamento do Trabalho Infantil

Na década de 1990, após a construção da nova Carta Constituinte, o Brasil passa por um período de efervescência do processo democrático. Sanciona-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069 de 1990), que assegura efetivação da proteção social por meio de políticas públicas como assistência social, educação e saúde, bem como órgãos não governamentais que atuem na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. Ocorre proibição de qualquer trabalho a menores de 14 anos, o trabalho na condição de aprendiz feito à noite entre as vinte e duas horas e as cinco horas do dia seguinte, trabalho perigoso, insalubre ou penoso, que não favoreça o desenvolvimento físico, psíquico e social, bem como feito em horários e locais que não permitam a frequência escolar. O caráter educativo do trabalho para formação profissional, deve sobressair o aspecto produtivo.<sup>7</sup>

No Brasil, na década de 90, como mecanismos de materialização da participação social paritária na formulação de políticas públicas direcionadas para a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes, bem como para combate à sua violação, entre eles a erradicação do trabalho infantil, foram criados órgãos de caráter deliberativo como o Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (CONANDA) (Lei 8.242/1991) e o Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI), de 29 de novembro de 1994, na cidade de Brasília.<sup>8</sup>

Foi dado significativo salto quantitativo que impulsionou a instituição de políticas públicas específicas para o combate ao trabalho infantil. Na Educação, foi sancionada a Emenda Constitucional nº 14, de 1996, que regulamenta a universalização e a gratuidade da educação.<sup>9</sup> Na Assistência Social, foi instituída a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei Federal nº 8.742 de 1993), com gestão

e financiamento descentralizado para as três esferas – municipal, estadual e federal – porém sem garantia de investimentos. Ações integradas e complementares são instituídas para melhor funcionamento dos serviços assistenciais no âmbito da LOAS, entre elas, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI).<sup>10</sup>

A política de educação, sancionada em 1996, tem sua operacionalização assegurada via investimento econômico descrito em legislação específica (Leis nº 9.424/1996, nº 10.195/2001, nº 11.494/2007), referente ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) e, posteriormente, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais – FUNDEB.<sup>11</sup> Os dois atos representam avanços para programas educacionais brasileiros e para qualificação de recursos humanos. A universalidade e gratuidade asseguradas à política de educação via legislação possibilitam emancipar crianças e adolescentes dentro de uma sociedade marcada historicamente pela desigualdade social.

Os investimentos em educação surtem efeitos positivos em relação à frequência, ao fluxo escolar e em oportunidades de inserção na escola para crianças pobres, sendo um marco qualitativo importante do papel equitativo das políticas públicas.<sup>12</sup>

A legislação ressalta um trabalho direcionado à pobreza por meio dos programas e projetos, potencializando os serviços descritos nas Normas Operacionais Básicas (NOB) 1997, 1998 e 2005. No entanto, aos programas atribui-se tempo de funcionamento definido, focalizando ações em populações muito pobres, contribuindo apenas para alívio das condições de pobreza.<sup>13</sup> Tais aspectos atribuídos aos programas, entre eles, o PETI, põem em discussão o combate à pobreza, assegurado por legislação, que transita em contextos políticos nacionais marcados por um caráter fortemente neoliberal na década de 1990, persistente até o presente.

No campo da saúde, a Portaria 3.120 de 1998 reconhece a saúde do trabalhador sob forte influência do seu ambiente de trabalho, visando instrumentalizar órgãos como Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária para intervir nos processos e ambientes de trabalho.<sup>14</sup> Apesar da relação causal de danos entre trabalho e saúde ser reconhecida, o Trabalho Infantil não é mencionado como fator de intervenção para política de saúde.

Nesse período, o SUS se estruturava-se com base nas Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) dos anos de 91; 92; 93 e 96, com destaque para a implementação

dos Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que não mencionam o trabalho infantil como foco de atenção integral em saúde. Os programas constitutivos da política de saúde são desenvolvidos sem direcionamento de ações para o cuidado às vítimas do trabalho infantil, muito menos para seu enfrentamento.

Em 1998, há uma expansão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), constitutivo da LOAS, direcionado aos Estados com maior incidência de trabalho infantil na época (Pernambuco, Bahia, Sergipe, Rondônia, Rio de Janeiro, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Santa Catarina e Pará). Nesse período, o Brasil sofria uma maior pressão social e de órgãos internacionais no que concerne à proteção de crianças e adolescentes vítimas do trabalho infantil, tendo em vista a promulgação de acordos em contexto nacional, as convenções da OIT, nas quais o Brasil tomou parte.<sup>5,2</sup>

Os efeitos dessa pressão se concretizam na Emenda Constitucional nº 20, de 1998, que eleva de 14 para 16 anos a idade mínima para admissão no emprego.<sup>15</sup> Além disso, são promulgadas a convenção 182 e a recomendação 190, que se referem, respectivamente, à Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e à Ação Imediata para sua eliminação, conforme decreto 3.597, de 2000.<sup>16</sup> Ademais, a lei nº 10.097 de 2000, Lei da Aprendizagem, altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e considera menor o trabalhador de 14 até 18 anos, proibindo qualquer forma de trabalho a menores de 18 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos.<sup>17</sup> O trabalho passa a ser repensado dentro de uma lógica socioeducativa, na tentativa de substituir o caráter disciplinador direcionado pelo Estado a crianças e adolescentes.<sup>5,3</sup>

Em 2001, com a Lei 10.219, que institui o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à educação, dá-se início à criação de programas ligados a diversos ministérios, como o Bolsa Escola, regulamentado pelo decreto 4.313 de 2002.<sup>18</sup> O Programa Bolsa Escola se mostrou eficiente na diminuição de horas trabalhadas por crianças e adolescentes, mas o Programa Nacional de Renda Mínima não inibiu de forma permanente o trabalho infantil.<sup>19</sup> As transferências monetárias, quando condicionadas à educação, se refletem em aumento expressivo da participação escolar.<sup>20</sup>

Os programas de transferências de renda geraram quedas significativas no trabalho infantil. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de

1992, crianças de 5 a 9 anos tinham porcentagem ocupacional de 3,7%; crianças de 10 a 14 anos, de 20,4%; e jovens de 15 a 17 anos, 47,0%. No ano de 2004, a PNAD apontou que os índices foram reduzidos nas faixas etárias citadas para 1,5%; 10,1% e 31.1% respectivamente. <sup>21</sup>

A Portaria 458 de 2001 estabelece novas diretrizes e normas para o PETI, com foco na sua expansão. <sup>22</sup> A ampliação do PETI representou tempo limite de permanência de quatro anos dos beneficiários no programa. O programa perde o caráter preventivo, uma vez que redireciona o modelo para centralidade na família, elencando protagonismo familiar para o próprio desenvolvimento social. Com a centralidade das ações nas famílias de crianças e adolescentes em situação de trabalho, elas passaram a ter prioridade de inserção no Programa de Geração de Emprego e Renda em áreas de pobreza (PRONAGER). O programa não obteve êxito, ao contrário, tornou-se um mecanismo de exclusão, visto que o governo oferecia para as famílias capacitação breve, o que não levou a sua absorção efetiva pelo mercado de trabalho. <sup>23</sup>

Doze anos após a instituição das primeiras políticas públicas específicas de enfrentamento ao trabalho infantil nas áreas de educação e assistência social, o desigual custeio econômico nos diversos campos impacta negativamente na efetivação das políticas e prejudica a proteção social. Chama atenção a ausência de políticas públicas para o combate ao trabalho infantil no campo da saúde, dificultando a intersectorialidade e a atenção integral.

#### **4.2 2003 a 2010: Mudança na Política de Enfrentamento ao Trabalho Infantil: O Protagonismo Educacional é Substituído pelo Programa Bolsa Família**

A mudança de governo que empossa Luís Inácio Lula da Silva presidente da república, traz movimentação para as políticas sociais. Há uma maior publicação de atos normativos, ao mesmo tempo em vários ministérios, tendo como fator que os unifica o ano de sanção.

A integração dos programas de transferência de renda traz inversão no investimento e operacionalização das políticas da educação para assistência social. Os laços de trabalho entre as políticas públicas de enfrentamento ao trabalho infantil se configuram fragilmente na relação entre transferência de renda e suas

condicionalidades. Dessa forma, não ocorre atuação intersetorial, tampouco atenção integral a crianças e adolescentes.<sup>5,4</sup>

Em 2004, é publicado o I Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do trabalho infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador, o que possibilitou um mapeamento que visualizou o Trabalho infantil no Brasil detalhadamente.<sup>24</sup> Também são ampliadas as diretrizes e metas para expansão do PETI e três municípios em cada Estado que apresentaram maior incidência de trabalho doméstico e vendedores ambulantes foram contemplados com a extensão do programa.

Em 2004, são unificadas as ações de transferência de renda: Programa Nacional de Renda Mínima Vinculada à Educação – Bolsa Escola, Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA); Programa Nacional de Renda Mínima Vinculada à Saúde – Bolsa Alimentação e Programa Auxílio Gás, originando o Programa Bolsa Família – PBF (Lei 10.836/2004), regulamentado pelo decreto 5.209 de 2004.<sup>25</sup>

O PBF contribui significativamente com a transferência de renda para famílias em condições de pobreza, havendo, porém, aumento das horas trabalhadas por crianças e adolescentes. A transferência é insuficiente para manter a criança longe do trabalho. A integralidade da atenção é entendida como cumprimento da frequência escolar e manutenção da caderneta de vacinação atualizada. Não há garantia nem efetividade de retirada da criança e do adolescente do trabalho infantil.<sup>26</sup>

Na esfera do Ministério da Saúde (MS), três atos normativos direcionam a atuação da política de saúde no âmbito do SUS para intervir no trabalho infantil. Torna-se compulsória a notificação de crianças e adolescentes acidentadas no trabalho, é criada, por meio da portaria 777 de 2004<sup>27</sup>, a rede de serviços sentinela, composta por Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, Hospitais de Referência, serviços de Atenção Básica e de média complexidade.

Em 2005, é sancionado o protocolo para notificações de acidentes do trabalho fatais e graves com crianças e adolescentes para ser utilizado na Rede Sentinela.<sup>28</sup> O protocolo considera apenas acidentes de trabalho fatais e graves, não gerando notificações de outros acidentes laborais a que crianças e adolescentes estão expostos, bem como outras consequências do trabalho que crianças e adolescentes sofrem.

São publicadas as Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde Infanto-Juvenil, orientando que “toda criança ou adolescente que procure um serviço de saúde deve

ter sua situação de trabalho mapeada”, seguida de avaliação e encaminhamentos. <sup>29:14</sup> Apesar de tais diretrizes preconizarem a ação para identificação do Trabalho Infantil por profissionais de saúde, chama atenção a livre demanda, uma vez que a criança deve chegar até a unidade de saúde, não a equipe ir buscá-la. Esta contradição se choca com a proposta de organização da assistência que o SUS constituía nesse período, valorizando o contato dos profissionais com a população no território.

Em 2006, o PSF passa a ser denominado Estratégia de Saúde na Família (ESF). A nova proposta é reorganizar a atenção primária no SUS, enfatizando o contato próximo com a população, operacionalizando os atributos da Atenção Primária à Saúde, que são o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação do cuidado, assegurados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). <sup>30</sup>

Sistemas de saúde que derivam do modelo de seguridade social, se amparam em uma concepção abrangente de proteção social. O SUS, apesar de estar pautado em um modelo de seguridade social, é fragmentado. Soma-se a isso a organização da assistência caracterizada por um modelo flexneriano<sup>9</sup> de atendimento à livre demanda, <sup>31</sup> enquanto a proposta da ESF é desenvolver um trabalho para inserir os profissionais no território, vinculando-os à população.

A política de saúde específica para o combate ao trabalho infantil fragiliza a perspectiva de atenção integral, não levando em consideração que ele deve ser identificado para além dos muros da unidade de saúde, no território onde são constituídos os riscos e as vulnerabilidades. Além de esquivar-se de reconhecer e intervir em outros efeitos negativos do trabalho infantil, o Estado se omite frente ao processo de determinação social da saúde, pois o trabalho infantil ocorre numa tentativa de garantir o mínimo existencial para famílias que vivem à margem em extrema miserabilidade.

É evidente a contradição, pois a determinação social é discutida no âmbito da saúde coletiva e serve de base para o conceito ampliado de saúde que aparece na Constituição Cidadã, considerando não só a ausência de doenças, mas também um conjunto de condições sociais que permitem desenvolver a vida em sociedade,

---

<sup>9</sup> Marco teórico originado no modelo capitalista norte-americano que centraliza uma atuação biologista e da livre demanda para a atenção em saúde.

embasando a constituição do SUS como um sistema público, universal e de financiamento social.<sup>31-2</sup>

O enfrentamento ao trabalho infantil apresentado nas políticas de saúde mostra outras fragilidades comprometedoras da atenção integral à saúde, pois gestores e profissionais desconhecem orientações fornecidas pelo MS, não assumindo a responsabilidade na identificação e notificação dos casos de trabalho infantil. Aqueles que conhecem as diretrizes, as políticas e os programas de combate ao trabalho infantil no SUS e de outros segmentos de políticas públicas optam por encaminhar os casos para serviços de outras políticas públicas, uma vez que desconhecem outras ações para materializar a efetividade dessas políticas.<sup>3,2</sup>

PETI e PBF são integrados por meio da portaria 666 de 2005, o que representou uma perda do caráter de intervenção direta no trabalho infantil, voltando às ações de assistência social para a proteção familiar.<sup>32</sup> O Decreto 5.598 de 2005 reporta-se à contratação de principiantes (jovem aprendiz), atribuindo no artigo 4º a obrigatoriedade de matrícula e frequência na escola apenas se o aprendiz não houver concluído o ensino fundamental. No artigo 10º, incisos um e dois, as funções de aprendizes devem considerar a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), inclusive aquelas proibidas para menores de 18 anos. Funções que demandam formação profissional técnica e superior não incluem aprendizes no seu exercício.<sup>33</sup>

O decreto viola a proteção social integral, permitindo que menores de 18 anos trabalhem em atividades perigosas e insalubres, ao excluir do âmbito de atividades para aprendizes, cargos que requeiram formação técnica e superior, anula o direito à educação de qualidade.

A integração de programas significa redução do investimento, o que não possibilita a proteção social integral. As políticas de saúde direcionadas ao trabalho infantil apresentam claras limitações que comprometem sua efetivação. Apesar de preconizarem um trabalho tendo por bases a intersetorialidade e a atenção integral, tais políticas estão comprometidas por fundamentos teóricos legislativos contraditórios que dificultam a concretização das ações de trabalho direcionadas a crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

#### **4.3 2011 A 2018: Políticas de Formação Profissional e Contradições Manifestadas**

O II Plano Nacional de Erradicação ao Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador (2011-2015), reorienta eixos estratégicos, compreendendo priorização da prevenção e erradicação em agendas políticas e sociais; ações de comunicação e mobilizações sociais; criação de mecanismos para efetivação dos direitos e proteção aos adolescentes trabalhadores em suas piores formas; promoção e fortalecimento da família para emancipação social; garantia de educação pública de qualidade; proteção de crianças e adolescentes tendo em vista a exposição de riscos do trabalho; geração de conhecimento sobre o trabalho infantil destacando as piores formas.<sup>34</sup> Com a divulgação do plano, ocorre nele a inclusão das políticas de formação profissional, como ferramentas de combate ao Trabalho Infantil.<sup>35</sup>

Em 2012, é instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito do SUS, orientando diretrizes e estratégias fundamentadas no princípio da intersetorialidade para intervir no Trabalho Infantil.<sup>36</sup>

A criação do Fórum Nacional de Aprendizagem Profissional (FNAP), Portaria 1.339/2012, atribuiu-lhe caráter consultivo com o objetivo de aprofundar a discussão sobre a contratação de aprendizes. Este fórum é integrado por ministérios da administração pública (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, e o antigo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, hoje denominado de MC), Secretaria Nacional da Juventude da Secretaria Geral da Presidência da República, Ministério Público do Trabalho, FNPETI, centrais sindicais, confederações, conselhos, Instituições Formadoras do Sistema S, Instituições Formadoras Públicas, Instituições Formadoras sem Fins Lucrativos e Representantes de Organizações da Sociedade Civil. A portaria 751, de junho de 2015, altera a portaria anterior, incluindo a Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República como integrante do FNAP.<sup>37</sup>

Em 2016, o Decreto 8.740 de 2016, do MTE, altera a determinação do decreto 5.598 de 2005, passando o próprio MTE para órgão decisório sobre setores de atividades econômicas que constam como perigosas e penosas para realização de aulas práticas de aprendizes.<sup>38</sup> O MTE passa a ser autônomo para decidir em quais setores econômicos as atividades práticas para aprendizes poderão se dar.<sup>39</sup> Estatísticas do Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do trabalho infantil (FNPETI) mostraram que, em 2016, havia 2,4 milhões de crianças e adolescentes de 05 a 17 anos no Trabalho Infantil, o que representa 6% das 40,1 milhões de pessoas nesta faixa etária.<sup>40</sup>

Dados da OIT mostraram que, em 2017, em meio à crise vivenciada por vários países, o desemprego cresceu cerca de 30% entre os jovens brasileiros. Essa foi a maior taxa desde 1991, estando análoga ao dobro da média reconhecida internacionalmente.<sup>39,2</sup> No mesmo ano, o MTE publica a portaria 693 de 2017 referente à formação de aprendizes em setores econômicos, cujas atividades são transporte de cargas, construção pesada e comercialização de combustíveis.<sup>41</sup> O decreto 6.481 de 2008 inclui essas atividades na Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil – TIP. A inserção de adolescentes nesses ramos de produção econômica é questionável em razão de quais aspectos educativos tais atividades teriam para oferecer ao público infanto-juvenil.

Relacionando os dados referentes ao aumento do trabalho infantil e ao desemprego entre jovens de 18 a 21 anos, com as políticas públicas que propõem a inserção de adolescentes de 14 a 17 anos no mercado de trabalho, percebe-se que, além de o novo arcabouço-jurídico legal não efetivar o modelo socioeducativo, ele atende nitidamente aos interesses econômicos vigentes.

As políticas de formação profissional são constituídas para atender o desenvolvimento econômico e para o alívio da pobreza, características da necessidade do mercado capitalista. A mão de obra dos jovens para as novas tecnologias de trabalho ao mesmo tempo provoca alienação da autonomia e do desenvolvimento intelectual. Apesar de a política de formação profissional ser identificada como ferramenta de combate ao trabalho infantil, evidencia-se um legado histórico-social de assistencialismo limitando sua atuação.<sup>42</sup>

Apesar de todos os avanços legais, ocorridos nas décadas anteriores, via Constituição Federal, ECA e políticas públicas amparadas na rede de proteção integral à criança e ao adolescente, que inclui a comunidade e o poder público como responsáveis pela efetivação dos seus direitos, existe um abismo entre o que as leis preconizam e o que se efetiva na prática. Muitos profissionais e gestores desconhecem as políticas públicas, tendo dificuldades para construir um trabalho com enfoque nas práticas intersetoriais.<sup>43</sup>

O trabalho infantil está diretamente relacionado ao campo de saúde do trabalhador, havendo, porém, ausência de produção de conhecimentos que considerem o fenômeno e suas raízes sociais antigas, o que possibilitaria uma intervenção mais ampla. O trabalho infantil constitui um desafio para atuação do SUS, tendo em vista sua complexa ideologia histórica e social estar arraigada nos discursos

oficiais, representações sociais e práticas políticas na sociedade, tornando-se um desafio de mão dupla, tanto para sua erradicação quanto para atenção integral em saúde. <sup>44</sup> Estudo apresenta limitações, podendo ter recorrido a outras metodologias de análise de dados, mas demonstra aprofundamento do tema em comento.

## **5 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

O arcabouço jurídico-legal para combate do trabalho infantil foi formado de maneira desigual e fragmentada, o que repercute ao longo de todos os períodos históricos analisados. As políticas públicas são divergentes nos diferentes setores (educação, assistência social e saúde), acarretando limitações nas práticas intersetoriais e na integralidade da atenção voltada para crianças e adolescentes em condições de trabalho infantil. Os atos normativos sancionados no Brasil entre os anos de 1990 e 2018 para o enfrentamento do trabalho infantil apresentam contradições. A política de saúde no âmbito do SUS está regulamentada numa concepção de saúde abrangente, mas as políticas públicas de combate ao trabalho infantil não apresentam consonância com a integralidade da atenção em saúde.

## **6 REFERÊNCIAS**

1. Vieira LJES, Oliveira AKA, Moreira DP, Pereira AS, Catrib AMF, Lira SVG. Relatos de gestores da Assistência Social, Educação e Segurança Pública sobre o enfrentamento da violência. *Rev. Cad. de Saúde Coletiva*. [periódico na internet]. 2015 Jul/Set [acesso 2018 junho 3]; 23(3): 231–238. doi: 10.1590/1414-462X201500030118.
2. Rizzini I. O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. 3 ed., São Paulo: Cortez, 2011.
3. Rocha GF, Alberto MFP, Leite LL, Almeida HD, Silva SSGT. Enfrentamento ao trabalho infantil pela política pública de saúde. *Rev Planejamento e Políticas Públicas*. [periódico na internet]. 2018 jul./dez [acesso 2019 março 5]; 51:203-220. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/841/484>.

4. Freitas MFQ, Oliveira LMP. Juventude e educação profissionalizante: dimensões psicossociais do programa jovem aprendiz. Rev. Psicologia em Pesquisa. [periódico na internet]. 2012 dez [acesso 2019 março 20]; 6(02):111-120. doi: 10.5327/Z1982-12472012000200004.
5. Alberto MFP, Yamamoto OH. When Education is not the Solution: Public Policy in the Fight against Child Labor. Rev Temas em Psicologia. [periódico na internet]. 2017 dez [acesso 2019 março 20]; 25(4):1677-1691. doi: 10.9788/TP2017.4-10En.
6. Bardin L. Análise do Conteúdo. Tradução de Luiz Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3 ed., São Paulo: Edições 70; 2016.
7. Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDECA (BR) . Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da Criança e do Adolescente. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, Brasília (DF), 13 Jul 1990.
8. Lei nº 8.242 de 12 de outubro de 1991 (BR). Dispõe sobre a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e dá outras providências. Brasília (DF), 12 Out 1991.
9. Emenda Constitucional nº14 de 12 de setembro de 1996 (BR). Dispõe sobre a modificação dos artigos 34, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e dá nova redação ao artigo 60 do ato das disposições constitucionais transitórias. Diário da União, Brasília (DF), 12 out 1996.
10. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993 (BR). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Rev dos Tribunais Online, Brasília (DF), 07 Dez 1993.
11. Lei nº 11.494 de 20 de junho de 2007 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – FUNDEB; de que trata o art. 60 do Ato das disposições Constitucionais Transitórias; altera a Lei nº 10.195 de 14 de fevereiro de 2001; revoga dispositivos das leis nº 9.424 de 24 de dezembro de 1996, 10.880 de 9 de junho de 2004 e 10.845 de 5 de março de 2004 e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 20 Jun 2007.

12. Cruz G, Rocha R. Efeitos do FUNDEF/B sobre frequência escolar, fluxo escolar e trabalho infantil: Uma Análise com base nos Censos de 2000 e 2010. Rev. Estud. Econ. [periódico na internet]. 2018 jan./mar [acesso 2019 março 20] 48 (1):39-75. doi: 10.1590/0101-4161481239gcr.
13. Resolução nº 130 de 15 de julho de 2005 (BR). Dispõe sobre a aprovação da Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 25 Jul 2005.
14. Portaria nº 3.120 de 01 de julho de 1998 (BR). Dispõe sobre a aprovação da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo à Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 02 Jul 1998: Seção 1: 36.
15. Emenda Constitucional nº 20 de 15 de dezembro de 1998 (BR). Dispõe sobre a modificação do sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 15 dez 1998.
16. Decreto 3.597 de 12 de setembro de 2000 (BR). Dispõe sobre a promulgação da Convenção 182 e a Recomendação 190 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e a Ação Imediata para sua Eliminação, concluídas em Genebra, em 17 de junho de 1999. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 13 Set 2000.
17. Lei nº 10.097 de 19 de dezembro de 2000 (BR). Dispõe sobre a alteração dos dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 20 Dez 2000.
18. Decreto 4.313 de 24 de Julho de 2002 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à educação - "Bolsa Escola", e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 25 Jul 2002.
19. Belém WA, Paula MV, Borges NMM, Pacheco MP. O trabalho infantil: com a palavra as crianças e adolescentes. Rev Educação a Distância e Práticas

Educativas Comunicacionais e Interculturais. 2016 set/dez; 16(3):469-485. doi: 10.29276/redapeci.2016.16.35969.469-785.

20. Hoop J, Rosati FC. Cash transfers and Child Labor. Rev World Bank Research Observer. [periódico na internet]. 2014 April [acesso 2019 março 20]; 29(2):202–234. doi: 10.1093/wbro/lku003.

21. Chahad JPZ, Santos EH. O trabalho infantil no Brasil: evolução , legislação e políticas visando à sua erradicação. Rev Direito do Trabalho. [periódico na internet]. 2006 out/dez [acesso 2019 março 20]; 124: 95-124. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/173515>.

22. Portaria nº 458 de 04 de outubro de 2001. Dispõe sobre estabelecer Diretrizes e Normas do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 04 Abr 2002: Seção 1:32-34.

23. Carvalho IMM. Algumas lições do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. Rev São Paulo em Perspectiva. [periódico na internet]. 2004 out/dez [acesso 2019 março 20]; 18(4):50-61. doi: 10.1590/S0102-88392004000400007.

24. Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento, Ministério da Cultura, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Desenvolvimento Indústria e Comércio Exterior, et al. (BR). Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente: plano nacional. Ministério. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego; 2004.

25. Decreto 5.209 de 17 de setembro de 2004 (BR). Dispõe sobre a regulamentação da Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 17 Set 2004.

26. Pais PSM, Silva FF, Teixeira EC. The influence of Bolsa Familia conditional cash transfer program on child labor in Brazil. International Journal of Social Economics. [on line]. 2017 February 13 [acesso 2019 março 20]; 44 (2):206-221. doi: 10.1108/IJSE-02-2015-0038

27. Portaria nº 777 de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de

serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 28 Abr 2004.

28. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.

29. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos, Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2005.

30. Pinto L, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). Ver Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2018 Jun; [acesso 2019 março 29]; 23(6):1903-1913. doi: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

31. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, organizador. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545.

32. Alberto MFP, Pessoa MCB, Costa RR, Belém KKG, Silva SLG. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil: Concepções de Educandos e Famílias. Rev Psicologia: Ciência e Profissão [periódico na internet]. 2016 abr./Jun. [acesso 2019 março 20]; 36(2):458-470. doi: 10.1590/1982-3703001842013.

33. Decreto nº 5.598 de 1º de Dezembro de 2005 (BR). Dispõe sobre a regulamentação da contratação de aprendizes e dá outras providências. Diário Oficial da união, Brasília (DF), 01 dez 2005.

34. Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (BR). Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego: 2011.

35. Pessoa MCB, Alberto MFP, Macêdo OJV, Lucas AP. Juventude e Formação: a política pública de formação profissional como cenário. Rev Estudos

Interdisciplinares em Psicologia [periódico na internet]. 2019 abr. [Acesso 2019 setembro 20]; 10(1):153-172. doi: 10.5433/2236-6407.2019v10n1p153.

36. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012 (BR). Dispõe sobre a instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 23 Ago 2012.

37. Portaria 1.339 de 15 de agosto de 2012 (BR). Dispõe sobre a instituição do Fórum Nacional de Aprendizagem Profissional, com o objetivo de promover o debate sobre a contratação de aprendizes. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 16 Ago 2012.

38. Decreto 8.740 de 04 de maio de 2016 (BR). Dispõe sobre alterar o Decreto 5.598, de 1º de dezembro de 2005 (LGL\2005\1395), para dispor sobre a experiência prática do aprendiz. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 05 Mai 2016.

39. Zapolla LF, Correia LH. Cota social na aprendizagem e o papel dos órgãos de proteção ao trabalhador na fiscalização de seu cumprimento. Rev de Direito do Trabalho [periódico na internet]. 2019 Mar. [Acesso 2019 março 29]; 199:81-102. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/130347>.

40. Dias JC, Araújo GS. O trabalho infantil no Brasil: uma leitura a partir da Pnad Contínua. [on-line]. 2017 jun; [Acesso 2019 set 05]. Disponível em: [https://fnpeti.org.br/media/publicacoes/arquivo/O\\_Trabalho\\_Infantil\\_no\\_Brasil\\_-\\_uma\\_leitura\\_a\\_partir\\_da\\_Pnad\\_Cont%C3%ADnua\\_2016.pdf](https://fnpeti.org.br/media/publicacoes/arquivo/O_Trabalho_Infantil_no_Brasil_-_uma_leitura_a_partir_da_Pnad_Cont%C3%ADnua_2016.pdf).

41. Portaria nº 693 de 23 de maio de 2017. Dispõe sobre a formação de aprendizes em entidade concedente de experiência prática do aprendiz, nos termos do art. 23-A do Decreto 5598/2005, (alterado pelo Decreto 8.740, de 04 de maio de 2016) e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília (DF), 24 Mai 2017.

42. Pessoa MCB, Alberto MFP, Melo CRS, Pernambuco JM. Política de formação profissional e trabalho decente: ferramentas de erradicação do trabalho infantil? Rev Arquivos Brasileiros de Psicologia [periódico na internet]. 2019 Mar/Ago. [Acesso 2019 setembro 25]; 71(2):150-162. doi: 10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.150-162.

43. Oliveira TR. Políticas Públicas para o Combate do Trabalho Infantil - Articulação Intersetorial. Rev LTR. [periódico na internet]. 2014 Nov. [acesso 2019 março 20]; 78(11):11-1330. Disponível em:

<https://jusstlaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/156212>.

44. Júnior VSA, Vasconcellos LCF. Infância, trabalho e saúde: reflexões sobre o discurso oficial de proibição do trabalho infantil. Rev Saúde Debate [periódico na internet]. 2017 Jun. [Acesso 2019 outubro 10]; 41(spe2):25-38. doi: 10.1590/0103-11042017s203.

6.2 Manuscrito II - **IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**: expressão da determinação social

**Resumo:** Este estudo objetiva descrever o trabalho infantil de crianças e adolescentes sob a ótica dos profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa. Utilizou-se Análise do Conteúdo Categórica Temática de Bardin para apreciação dos dados. Os resultados apontaram que os profissionais de saúde identificaram as piores formas de trabalho infantil, convergentes com normativas internacionais e nacionais. A determinação social se expressa na vida das crianças e adolescentes, com riscos e consequências decorrentes da vulnerabilidade social. Características normativas das políticas de saúde para enfrentamento do trabalho infantil divergem do conceito de saúde formulado no SUS e da lógica assistencial. A realidade de trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para as formas de trabalho infantil mais precarizadas é comprometida pela atuação que reflete a política pública, dificultando a identificação da origem dos modos de existência, características socialmente determinadas.

**Palavras-chave:** Política pública. Vulnerabilidade social. Sistema único de saúde.

**Chil labor identification under the perspective of the primary health care professionals: expression of social determination**

**Abstract:** This study aims to describe the childish labor of children and adolescents under the health professionals' perspective. This is an exploratory-descriptive,

qualitative research. Bardin Thematic Categorical Content Analysis was used to assess the data. Results showed that health professionals identified the worst ways of childish labor that reach the same point of international and national standards. Social determination is expressed in the children and adolescents lives, pervaded of risks and consequences resulting from social vulnerability. Normative characteristics of health policies to face childish labor differ from the health concept formulated by Brazilian Health Unic System (SUS acronym) and from the care logic. The labor reality of Primary Health Care professionals for the worst ways of childish labor is compromised by the performance reflected on public policies, which makes it difficult identifying the existential behavior origin, characteristics socially determined.

**Keywords:** Health Unic System (SUS, Brazilian acronym). Public policy. Social vulnerability.

### **Identificación del trabajo infantil desde la perspectiva de los profesionales de atención primaria de salud: expresión de determinación social**

**Resumen:** Este estudio objetivo describir el trabajo infantil de niños y adolescentes desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Esta es una investigación exploratoria-descriptiva, cualitativa. El análisis de contenido categórico temático de Bardin fue utilizada para evaluar los datos. Los resultados mostraron que profesionales de salud identificaron peores formas de trabajo infantil, convergiendo a los estándares internacionales y nacionales. La determinación social se expresa en vida de niños y adolescentes, con riesgos y consecuencias resultantes de vulnerabilidad social. Las características normativas de políticas de salud para combatir el trabajo infantil difieren del concepto de salud formulado por Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) y de lógica de asistencia. La realidad laboral de profesionales de Atención Primaria de Salud para peores formas de trabajo infantil se ve comprometida por el desempeño que refleja las políticas públicas, dificulta identificar el origen de los modos de existencia, características socialmente determinadas.

**Palabras clave:** Política pública. Sistema único de Salud. Vulnerabilidad social.

### **Introdução**

Pesquisa ressalta a necessidade da eliminação do trabalho infantil destacando importância para estudos que elucidem o fortalecimento das políticas públicas,

equipes multiprofissionais de saúde e atuação intersetorial, como chama atenção Miquilin et al.<sup>1</sup>. A complexidade que envolve o trabalho infantil para Dammert et al.<sup>2</sup> requer atuação política do Estado numa perspectiva integralizada. Piza et al.<sup>3</sup> enfatizam que políticas foram implementadas com o objetivo de eliminar o trabalho infantil, entretanto a heterogeneidade que envolve a inserção de crianças e adolescentes em atividades laborativas limita o conhecimento do impacto interventivo dessas ações sobre o fenômeno em tela, principalmente para as piores formas de trabalho infantil.

Para Leite et al.<sup>4</sup> as consequências do trabalho infantil estão diretamente relacionadas a fatores sociais, físicos e psíquicos, sendo considerado um problema de saúde pública. A APS é responsável pela identificação e notificação dos casos. Caracteriza-se uma lacuna no conhecimento a organização dos profissionais de saúde para identificação de riscos e consequências decorrentes do trabalho infantil como chama atenção Leite et al.<sup>4</sup>. Kasper e Parker<sup>5</sup> afirmam que mecanismos da atuação profissional como identificação, vigilância e monitoramento dos casos de trabalho infantil, considerando fatores econômicos e culturais que resultam de um degradante sistema de desigualdade social, necessitam de pesquisas científicas.

Daschevi et al.<sup>6</sup> caracterizam a APS como principal porta de entrada para o sistema de saúde, objetivando maior interação com a população e resolução dos problemas de saúde. Atributos essenciais para operacionalizá-la são o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, reafirmando a necessidade de ações voltadas para o território.

Os profissionais da APS, que atuam diretamente no cuidado a crianças e adolescentes expostos a riscos do trabalho, decorrentes de processos produtivos, são fundamentais na produção de conhecimentos que orientem sobre as consequências para o desenvolvimento biopsicossocial advindas do trabalho, reforçando a necessidade da proteção social na construção das políticas públicas, como chamam atenção Xavier et al.<sup>7</sup>. Esta condição expressa as desigualdades produzidas pelo modelo econômico, manifestando consequências na vida de crianças e adolescentes.

O trabalho infantil é considerado um problema global de direitos humanos para Kasper e Parker<sup>5</sup> e, por isso, é um elemento fundamental para atuação da saúde pública. Desse modo, tem-se por objetivo, descrever o trabalho infantil de crianças e adolescentes sob a ótica dos profissionais de saúde.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida em sete Distritos Sanitários (DS) e oito Unidades Municipais de Saúde (UMS) de uma cidade de grande porte do estado do Paraná, região Sul do Brasil. Os locais incluídos na pesquisa de acordo com o decreto municipal do Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência de Unidades Municipais de Saúde - IVAB, (que classificam em baixo, médio e alto índice de vulnerabilidade) são classificados com alto IVAB. A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2019.

Para inclusão dos participantes, considerou-se o tempo de atuação igual ou superior ao período de um ano nos locais de trabalho. Foram convidados 111 trabalhadores da APS. Destes, 11 não atenderam aos critérios de inclusão e 3 se recusaram a participar da pesquisa. 97 contemplaram os critérios de inclusão, sendo: sete supervisores de DS, cinco autoridades sanitárias de UMS e 85 profissionais da assistência. Os participantes da pesquisa compreenderam sete categorias profissionais: 23 Agentes Comunitário de Saúde – ACS, oito Dentistas, 12 Enfermeiros, 11 médicos, oito Representantes da Rede de Proteção da criança e do adolescente em situação de risco para a violência, 16 Técnicos de Enfermagem e sete Técnicos de Saúde Bucal.

Foi utilizada a entrevista semiestruturada, com dois roteiros preestabelecidos. O primeiro roteiro foi utilizado com Supervisores de Distrito Sanitário, cuja função profissional desempenhada era de gerência. O instrumento abordou ações para enfrentamento do trabalho infantil, conhecimento sobre sua existência no território de abrangência e seu conceito. O segundo roteiro foi utilizado com profissionais da assistência e autoridades sanitárias de saúde, indagando o cuidado às crianças e adolescentes nas UMS, organização interna e externa da UMS para lidar com o trabalho infantil e seu conceito. Foi feito um teste piloto para refinar o instrumento de coleta de dados.

As entrevistas foram feitas por duas pesquisadoras no próprio ambiente de trabalho dos participantes, em sala reservada, com duração média de 20 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise de dados adotou o referencial teórico da Análise do Conteúdo Categórica Temática de Bardin<sup>8</sup>, seguindo quatro fases: leitura flutuante, codificação, categorização e classificação. Para a organização dos dados, foi utilizado o *software* WebQDA e o *Microsoft Office Word*®.

O uso do software possibilitou a organização de uma grande quantidade de dados com maior qualidade. O *Microsoft Office Word*® permitiu releitura para apreender as convergências e divergências dos dados durante a análise e para a síntese final, resultando nas categorias temáticas. O referencial teórico da determinação social, com base em concepções marxistas, sustentou a discussão dos dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da **NN [eliminadas para fins de revisão por pares]** e Secretaria Municipal de Saúde do município, sob pareceres de número, respectivamente, 3.044.321 e 3.558.491.

## **Resultados**

São apresentadas a categoria temática, denominada de identificação do trabalho infantil e suas subcategorias, os tipos de trabalho infantil, elencadas as atividades desenvolvidas por crianças e adolescentes, consideradas trabalho infantil pelos profissionais de saúde, e a subcategoria formas de identificação do trabalho infantil, que relata quais as formas utilizadas pelos profissionais para identificação das atividades desenvolvidas por este público.

### **Identificação do Trabalho Infantil**

#### **Tipos de Trabalho Infantil**

Na subcategoria tipos de trabalho infantil, a exploração sexual e a prostituição foram identificadas como práticas de trabalho dos adolescentes e das crianças, em local específico e de conhecimento dos profissionais:

A gente sabe que tem exploração sexual no CEASA (Centrais Estaduais de Abastecimento) para as adolescentes. (E: 75)  
Prostituição muito cedo das meninas de 11 e 12 anos de idade, entrando no mundo da prostituição. (E: 71)

Ao longo das entrevistas, os profissionais expuseram que as crianças estão inseridas no tráfico de drogas.

Eles (crianças) começam assim, sabe, eles começam indo buscar (droga), depois eles começam a ficar na esquina para ver se a polícia está vindo ou não, daí, assim, eles fazem e têm bastante. (E: 11) Crianças que transferem drogas, sendo mula (como as crianças são conhecidas, por levarem as drogas). (E: 66) As crianças já são aliciadas para esse tipo de situação (tráfico de drogas), onde são ofertados para elas dinheiro fácil, poder, uma condição social dentro daquela comunidade. (E: 76)

Na visão dos profissionais de saúde, as crianças e adolescentes trabalham junto com os pais na coleta do lixo e na separação dos recicláveis, que ocorre em locais utilizados pelo coletivo de catadores dos recicláveis, denominado de barracão.

Em lixões eles (crianças e adolescentes), trabalham muito. (E: 61) Eles (crianças e adolescentes) acompanham os pais para catar (material reciclável), para levar para o barracão para separar. (E: 7)

O trabalho doméstico é elencado como sendo feito por crianças e adolescentes. Nas falas emergidas, crianças e adolescentes assumem os serviços domésticos porque as mães e os adultos precisam trabalhar. Nesta condição, cuidam dos irmãos e de outras crianças com predomínio em vários lugares.

Ela (criança) tem que ficar cuidando da irmã mais nova e das crianças em casa, enquanto a mãe vai trabalhar. (E: 52) Eles (crianças e adolescentes) trabalham como diaristas. (E: 42) Cuida do filho da vizinha, do filho da prima e acaba tendo essa função de cuidar das outras crianças porque os adultos estão trabalhando. (E: 27)

Os profissionais relataram o comércio informal como um tipo de trabalho infantil, com predomínio de vendas nos sinais de trânsito.

Ele (adolescente) vendia doce que a mãe fazia, então ele sempre estava por aqui vendendo doce. (E: 54) O número maior

é vendendo balas nos sinais (referindo-se aos sinais de trânsito).  
(E: 88)

A agricultura é um trabalho em que os profissionais identificaram crianças e adolescentes da comunidade e de outras regiões do Brasil.

Trabalho na agricultura, aqui na comunidade tem alguns casos. (E: 59) No Amazonas, o trabalho de crianças dentro da lavoura, nos interiores cuidando das plantações. (E: 70) Eu acho que isso deve ser um problema bem sério em outras áreas, assim como no nordeste, na Bahia tem, lá eu sei que as crianças trabalham lá mesmo na roça. (E: 65)

Os profissionais reconheceram as atividades na construção civil como trabalho infantil.

Tem adolescentes que já têm alguns serviços informais com o pai, trabalham de ajudante de pedreiro. (E: 70)

Identificou-se nas falas dos profissionais que as crianças são inseridas em ramos de atividades da mineração, em carvoarias, sendo a percepção obtida pelas informações divulgadas pela mídia. Predomina a presença de crianças e de adolescentes trabalhando em olarias, panfletagem e como pedintes.

Outras que trabalham na mineração, as crianças. (E: 5) Eu, assim, da mídia e tudo mais, eu sei que algumas crianças são obrigadas a trabalhar, por exemplo, em carvoarias. (E: 76) Crianças e adolescentes que trabalham nas olarias. (E: 53) Adolescentes fazendo panfletagem na rua para ganhar um dinheirinho. (E: 90) A gente sabe que existe, até mesmo de levar criança para o sinaleiro para pedir dinheiro, não deixa de ser um trabalho infantil. (E: 26)

No decorrer das entrevistas, os profissionais referiram que as crianças e adolescentes estão inseridas em oficinas mecânicas, frigorífico, lavagem de automóvel como trabalhadores, além disso, atuam como flanelinhas e engraxates.

Trabalham em oficina mecânica. (E: 78) Tinha um frigorífico e ele era aqui num bairro, aqui para trás, então esse frigorífico empregava muito, tanto adulto, quanto adolescente de 16, 17 (anos). (E: 35) Adolescentes que trabalham no lavacar. (E: 36) Essas pessoas (crianças e adolescentes) que ficam na rua como flanelinha (E: 90). Limpando sapato, uma criança. (E: 36)

O trabalho infantil artístico foi mencionado como sendo exercido por uma criança, acompanhada pelo pai.

Se tornar um artista é um trabalho infantil que dá para considerar (referindo-se a uma criança que costuma ficar com o pai na rua, dançando e imitando o Michael Jackson). (E: 52)

### **Formas de Identificação do Trabalho Infantil**

A segunda subcategoria, Formas de Identificação do Trabalho Infantil, foi evidenciada nos dados empíricos e mostrou que os profissionais identificam o trabalho infantil por meio de informações da comunidade, família, crianças e adolescentes, as quais podem ser visualizadas nas falas a seguir:

Se for detectada pela comunidade. (E: 81) Às vezes, os próprios vizinhos vêm falar. (E: 38) Às vezes, por informação deles (Crianças e adolescentes) mesmos. (E: 83)

Outras falas mostram que os profissionais de saúde identificam o trabalho infantil por meio de informações advindas do Agente Comunitário de Saúde, de notificações da escola, Fundação de Assistência Social (FAS), Conselho Tutelar e Rede de Proteção.

Às vezes é pelas Agentes Comunitárias. (E: 24) Vem uma notificação da escola para a gente. (E: 15) A escola também informa a FAS, e a FAS informa a nós (Unidade de Saúde) também (referindo-se à notificação). (E: 94) Quando vem para

nós, a notificação do conselho tutelar. (E: 41) Pode ser que tenha chegado como uma notificação na rede de proteção. (E: 79)

Os participantes relataram que identificam o trabalho infantil de crianças e adolescentes mediante denúncia à UMS pelo Ministério Público.

Quando vem a denúncia para a unidade. (E: 16) De vez em quando vem demanda do Ministério Público. (E: 77)

Os profissionais de saúde percebem o trabalho infantil durante sua atuação profissional nas atividades pelo reconhecimento do território adscrito, consulta clínica através da observação de sinais como saúde debilitada, mãos calejadas, cansaço físico e na visita domiciliar.

Quando a gente tá na área, passa na área, se tiver um caso desse (trabalho infantil). (E: 28) Numa consulta (referindo-se à observação). (E: 37) A gente pode observar aí às vezes até as mãos calejadas, geralmente são um pouco menos cuidadas (referindo-se aos sinais que observa). (E: 51) Sinais muitas vezes como cansaço físico, sem explicação. (E: 46) Os sinais específicos de repente seriam a saúde dessa criança num estado mais debilitado. (E: 41) Como a gente visita as casas, a gente chega lá: cadê o pai, cadê a mãe? está a criança, o adolescente com o menorzinho (referindo-se ao irmão menor), então quando a gente vai para casa em uma visita, a gente já observa. (E: 22)

## **Discussão**

Os tipos de trabalho infantil referidos pelos profissionais da APS estão em consonância com as piores formas de trabalho infantil descritas em legislação internacional e nacional, Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT). A deliberação no Brasil foi definida pelo Decreto 6.481 de 2008<sup>9</sup>, que lista as piores formas de trabalho infantil (TIP). Para a OIT<sup>10</sup>, as piores formas de trabalho infantil são: escravidão ou práticas análogas, tráfico de crianças, sujeição por dívida, servidão, trabalho forçado, recrutamento forçado/obrigatório de crianças para conflitos

armados, prostituição, prática e/ou produção de pornografia, prática de atividades ilícitas e tráfico com entorpecentes, bem como trabalhos prejudiciais à saúde, à segurança e à moral das crianças e dos adolescentes.

Para Alberto et al.<sup>11</sup>, o lugar que os indivíduos ocupam na estrutura de classes da sociedade é determinado socialmente pelo alcance das possibilidades de produção e reprodução das condições de existência, constituídas historicamente pela humanidade. Dados da literatura corroboram os achados dessa pesquisa, tendo identificado o trabalho infantil em suas piores formas, entre elas, agricultura, tráfico de drogas, setor de serviços (predomínio do trabalho doméstico) e comércio (principalmente informal de rua). Tais tipos de trabalho infantil se relacionam diretamente com a prática de ato infracional, sendo, normalmente, praticados por crianças e adolescentes que vivem em territórios de alta vulnerabilidade social, espaços de pouco alcance das políticas protetivas de retirada do trabalho e de garantia dos direitos sociais básicos.

A produção científica de Rocha et al.<sup>12</sup> analisou o enfrentamento do trabalho infantil pela política de saúde e apoia os dados deste estudo, pois os profissionais de UMS reconheceram entre os tipos mais comuns de trabalho infantil no território a exploração sexual, reciclagem, auxiliar de pedreiro, trabalho doméstico e vendedor ambulante.

Trabbold et al.<sup>13</sup>, ao desenvolverem trabalhos sobre exploração sexual comercial, afirmam que ela se mantém, tendo em vista o cenário de desigualdade econômica e social, bem como a desigualdade de gênero na sociedade. Profissionais da APS relataram que a exploração sexual e a prostituição predominam entre crianças e adolescentes, legitimando os resultados desta pesquisa. Estudo conduzido por Muñoz e Eeles<sup>14</sup> com mulheres adolescentes vítimas de exploração sexual comercial inseridas em um centro de atenção especializado na região de Los Lagos, Chile, mostrou características psicossociais comuns nessas mulheres como negligência parental, abandono escolar, histórico de institucionalização, histórico de abuso sexual, vivência na rua e consumo de drogas e álcool, tendo finalizado que se trata de uma determinação heterogênea de ordem social, cultural e econômica.

Revisão sistemática internacional de Noreña-Herrera et al.<sup>15</sup> concluiu que a prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em crianças e adolescentes em situação de rua e exploração sexual comercial tem variação de acordo com a

localização mundial: 0% e 5% na América; 2% e 37% na Europa; e 0% e 20% no continente asiático. Destacam-se reduzidos estudos na América Latina e no Caribe, territórios que registram um grande número de crianças e adolescentes inseridos na exploração sexual Comercial.

O Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI)<sup>16</sup> mostrou que no ano de 2016, 2,4 milhões de crianças e adolescentes estavam inseridos em alguma forma de trabalho no Brasil. O Trabalho Infantil na Agropecuária Brasileira: uma leitura a partir do Censo Agropecuário de 2017, de Dias e Araújo<sup>17</sup> informa que o trabalho de crianças e adolescentes na agropecuária entres os anos de 2006 e 2017 sofreu redução de 45,4% no Brasil (de 1.062.306 passou para 580.052, uma redução de 482.254 casos). A diminuição do TI na agricultura ocorreu nas cinco regiões brasileiras e em grande parte das unidades da federação.

A despeito da diminuição do trabalho infantil agropecuário, em termos gerais, o Brasil, por se tratar de um país heterogêneo e de dimensão continental, apresenta dados diversos a depender dos estados analisados. Por exemplo, em Roraima e no Amapá, houve crescimento de, respectivamente, 81,8% (3.807 novos casos) e 81,3% (1.030 novos casos) no período analisado. As maiores quedas do trabalho infantil agropecuário apareceram em alguns estados do Nordeste, com média de 52,9% (Ceará, de 62,8%; Rio Grande do Norte, de 62,1%; Sergipe, de 60,5%; e Alagoas, de 60,3%); na região Sul, a redução obteve uma média de 63,7% (Rio Grande do Sul, de 65,4%; Paraná, de 63,3%; e Santa Catarina, de 61,4%). Entre os anos de 2006 e 2017, a maior redução no trabalho de crianças e adolescentes com menos de 14 anos no setor agropecuário ocorreu na agricultura familiar, com 51,5%, conforme dados do artigo Trabalho Infantil na Agropecuária Brasileira: uma leitura a partir do censo agropecuário de 2017<sup>17</sup>.

Na região Sul do Brasil, estudo de Xavier et al.<sup>7</sup> objetivou identificar a prevalência de acidentes de trabalho em crianças e jovens que trabalham com a família no ambiente rural, identificando fatores associados, tendo observado que 55% dos participantes auto referiram acidentes de trabalho como picadas de insetos (44%), queimaduras (40,5%), quedas no ambiente de trabalho (27,6%), lesão com instrumento de trabalho (16,4%), choque elétrico (15,5%), mordida de animais (6,9%) e intoxicação por uso de agrotóxicos (2,6%). Tais acidentes de trabalho estavam relacionados com moradias mistas (casas construídas de alvenaria ou de madeira),

atividade de lazer (andar de motocicleta), produto utilizado no cultivo de alface e uso de equipamentos de proteção individual.

O Mapa do Trabalho Infantil no Paraná, a partir dos Acidentes de Trabalho com Crianças e Adolescentes<sup>18</sup>, registrados pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAM) no âmbito do SUS e Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), evidenciou que, entre os anos de 2006 a 2019, o SINAN notificou 2.378 casos de acidentes de trabalho envolvendo crianças e adolescentes na faixa etária de cinco a 17 anos no estado. E 79 casos (3,3%) dos acidentes ocorreram com crianças e adolescentes entre sete e 13 anos, sendo que 42% tinham carteira de trabalho assinada, entretanto, em modalidades de contratação proibidas. As atividades nas quais se concentra o maior número de notificações são alimentador de linha de produção (8%), servente de obras (4,9%), empregado doméstico no setor de serviços gerais (4%) e repositor de mercadorias (3,6%).

Com relação às notificações de intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho, a maior concentração se deu nas idades de 17 anos (162 casos) e 16 anos (130 casos), tendo os agrotóxicos como principal agente causador, demonstrando inserção de crianças e adolescentes no trabalho rural. Entre os anos de 2006 e 2019, o SINAN registrou 44 óbitos de crianças e adolescentes, decorrentes de acidentes de trabalho, na faixa etária de cinco a 17 anos. O CAT do INSS notificou 1.543 acidentes envolvendo adolescentes entre 14 e 17 anos. As atividades predominantes foram comércio varejista de mercadorias em geral com predomínio de produtos alimentícios (21%), restaurantes e outros estabelecimentos de serviços de alimentação e bebidas (11%), confecção de peças de vestuário (3%), identificados no Mapa do Trabalho Infantil no Paraná, a partir da Análise dos Acidentes de Trabalho com Crianças e Adolescentes<sup>18</sup>.

É essencial uma atuação da política de saúde que priorize a prevenção e a erradicação do trabalho infantil como afirmam Leite et al.<sup>4</sup>. Nos dados acima, é possível observar uma correlação direta entre trabalho infantil e consequências para a saúde, com destaque para o impacto fatal na vida de crianças e adolescentes. O SINAM na esfera do SUS notificou mais casos, demonstrando fundamental importância de uma atuação constante da APS na identificação e notificação do trabalho infantil.

Feffermann<sup>19</sup> discutiu o processo de trabalho que envolve desde a produção, distribuição e circulação na atividade de tráfico de drogas. Este estudo objetivou compreender a realidade de jovens inseridos nesta atividade de trabalho, tendo constatado que a comercialização é feita, em sua maioria, usando crianças e adolescentes (conhecidos como mulas). Esses dados vão ao encontro dos achados deste estudo, mostrando a inserção de crianças e adolescentes no tráfico de drogas com vistas à ascensão social dentro da comunidade onde moram.

Pesquisa de Oliveira et al.<sup>20</sup> que propôs produzir práticas emancipatórias na temática de drogas ilícitas com trabalhadores da APS observou que o lugar do social nas práticas em saúde é fragmentado, visto que a perspectiva de classe social é desconsiderada e o indivíduo deve ser responsabilizado pelas suas escolhas. Foi mostrado que os profissionais receiam mudanças nas práticas em saúde, pois estão limitados por processos de trabalho disciplinadores que não favorecem o desenvolvimento de uma prática crítica e reflexiva.

A atuação profissional dos trabalhadores da APS direcionada para o trabalho infantil sofre fragmentações de manifestações diretas da determinação social imposta aos modos de existência das classes desfavorecidas. Dificulta-se a efetivação das ações de saúde, pois o processo de trabalho dos profissionais é regulado por um modelo econômico que provoca ausência do Estado na responsabilidade em efetivar direitos sociais básicos, resultando na disciplinarização do não cidadão.

O FNPETI<sup>21</sup> registrou em 2014, 174.826 (5,2%) crianças e adolescentes inseridos em serviços domésticos. A região Nordeste lidera o ranking, com 66.348 casos; seguida pela região Sudeste, com 50.631; Norte, com 22.006; Sul, com 18.071 (ênfase para o Paraná que concentra 3,5% de crianças e adolescentes no trabalho doméstico); e centro-oeste com 17.770. A faixa etária em que predomina o Trabalho Infantil Doméstico (TID) é de 16 a 17 anos, com 89.492 casos, sendo meninas (94,1%), negras (73,5%). E 20,2% dos ocupados nos serviços domésticos vivem em áreas rurais e 14,8% não estudam. E 83,1%, além de exercerem outras atividades de trabalho, estavam inseridas no TID, caracterizando dupla jornada de trabalho. Dos ocupados nos serviços domésticos, 99,8% estavam na condição de empregado sem carteira assinada, o que ajuda a tornar o TID invisível e naturalizado na sociedade.

Estudo de Miquilin et al.<sup>1</sup> descreveu o trabalho infantil e comparou o perfil socioeconômico e de saúde das crianças e adolescentes trabalhadores e não

trabalhadores, tendo constatado que os trabalhadores são, em sua maioria, meninos entre 14 e 17 anos, pretos e pardos, residentes na região nordeste, apresentam menor frequência escolar e as piores condições de moradia, como falta de água canalizada, banheiro e coleta correta de lixo. O trabalho infantil foi associado a pior saúde referida.

As condições objetivas de existência implicam diretamente o processo de desenvolvimento humano. Este processo perpassa o psiquismo e torna-se concreto, resultante de condições histórico-sociais construídas pela atividade vital do homem, o trabalho, que permite a objetivação das características essencialmente humanas, como afirmam Bulhões e Martins<sup>22</sup>.

A identificação do trabalho infantil por profissionais da APS ocorre de maneira acidental e mediante livre demanda que chega até a UMS. Apesar de os profissionais estarem inseridos em equipes de trabalho denominadas Estratégia de Saúde na Família (ESF), que visam a organizar a APS, verifica-se que o reconhecimento do território para delimitar as principais necessidades em saúde, entre elas, o planejamento das ações direcionadas ao trabalho infantil, é fragilizado.

Trabbold et al.<sup>13</sup> relatam dificuldades dos profissionais da ESF com o manejo e intervenções nos casos de exploração sexual, visto que desconhecem a existência de ações coletivas e intersetoriais. Ocorre manifestação de insegurança e de despreparo com a complexidade que envolve a violência sexual ocorrida com crianças e adolescentes, constituindo-se num grande desafio no cotidiano de trabalho.

Pesquisa de Soratto et al.<sup>23</sup> analisou fatores do processo de trabalho geradores de insatisfação em profissionais atuantes na ESF e elucidou a gestão do trabalho em saúde (condições de trabalho), relações entre equipe e usuário (organização do trabalho) e cargas de trabalho (demandas de trabalho). Tais aspectos se inter-relacionam, pois a fragmentação do serviço eleva a exploração da força de trabalho, induzindo o profissional a desafios na organização das ações, deixando a desejar em aspectos que dependem de condições objetivas para criação de mecanismos físicos e abstratos com potenciais resolutivos, gerando sobrecarga de trabalho, tornando-o inacabado. Ribeiro<sup>24</sup> discorre que, na sociedade capitalista, o sentido ontológico do trabalho é anulado, tendo em vista ao processo de alienação, que perpassa a condição de trabalho do ser humano.

A relação desses aspectos para o enfrentamento do TI por profissionais da APS aponta para a complexidade do fenômeno. Diante das condições objetivas de trabalho, ocorre restrição no desenvolvimento das objetivações humanas para

intervenção em problemas sociais. Para Marx, <sup>25</sup> as objetivações são produtos do trabalho do ser social, expressão dos aspectos subjetivos desenvolvidos, resultado das condições objetivas constituídas historicamente pelo gênero humano.

Os dados mostram que os profissionais investigados entendem que crianças e adolescentes, famílias e a comunidade reconhecem a UMS como suporte de intervenção para o trabalho infantil. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>26</sup>, no Art. 7º versa sobre o direito à vida de crianças e adolescentes, mediante efetivação de políticas públicas para condições dignas de existência. O Art. 11º assegura acesso integral às linhas de cuidado do SUS, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde, observando o princípio da equidade nas ações.

As Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos<sup>27</sup> conformam o mecanismo de operacionalização do ECA no âmbito do SUS, orientam que as crianças e adolescentes que chegarem a um serviço de saúde devem ter sua situação de trabalho identificada, avaliada e encaminhada para as instâncias em saúde do trabalhador, buscar integração intersetorial com delegacias regionais do trabalho, instituições de defesa dos direitos de crianças e adolescentes, programas de transferência de renda, escolas e empresas, redes de apoio social e Ministério Público do Trabalho.

A forma de identificação do trabalho infantil pelos profissionais das UMS reflete a organização fragmentada da política de combate a ele no SUS, marcada pelo modelo de assistência à saúde flexeriano. Trata-se de um modelo inverso ao da APS, que preconiza a inserção dos profissionais no território para o reconhecimento das necessidades em saúde da população.

Lima et al.<sup>28</sup> preconizam o cuidado integral como garantia da APS, voltando-se a uma cobertura universal, refletindo as necessidades em saúde da população mediante determinação social. É necessário considerar os atributos essenciais e derivados para operacionalização das ações, bem como para avaliação e constante aprimoramento destas.

Almeida et al.<sup>29</sup> discorrem sobre um dos atributos essenciais da APS, a Coordenação do Cuidado, caracterizando-se pelo fornecimento dos cuidados em saúde que atendam às necessidades dos usuários. O alcance desta coordenação no SUS depende da localização da ESF na rede assistencial, da integração entre os níveis assistenciais, da interconexão com a regulação assistencial e da integração horizontal com outros equipamentos de cuidado no território. A coordenação do

cuidado não é dada no momento da constituição das ações e serviços da APS no território, ela necessita ser construída de acordo com os níveis que compõem as redes regionalizadas de atenção, prezando pela participação da comunidade.

A coordenação do cuidado é um atributo da APS, que tem potencial de considerar o trabalho infantil como uma questão que necessita de atenção essencial, voltando-se ao cuidado em diferentes serviços e/ou equipamentos territoriais, redes de atenção e participação social, uma vez que sua interconexão é contínua, possibilitando construção de ações integralizadas.

Atributos derivados da APS como a orientação familiar norteiam fatores familiares relacionados à origem das necessidades em saúde; a orientação comunitária prevê contato contínuo com a população para conhecer os diferentes modos de existência e saberes característicos das comunidades em seus territórios; e a competência cultural reflete o reconhecimento do território com base em diferentes culturas que se relacionam nas comunidades em que os profissionais estão inseridos nos serviços de saúde, como esclarecem Lima et al.<sup>28</sup>.

Visualizar o trabalho infantil em tais atributos desafia profissionais de saúde a identificar os modos de existência da população e a origem de fatores ligados às necessidades em saúde, características socialmente determinadas que permanecem invisíveis e levam os profissionais a manter a atuação, em sua maioria, dentro das UMS. Torna-se negligenciada a heterogeneidade do trabalho infantil para as diferentes comunidades e famílias, principalmente em suas piores formas.

Constata-se que os profissionais identificam o trabalho infantil de forma fragilizada e manifestam dificuldades de prosseguir com tais casos e/ou com informações acerca dele, recorrendo à rede de proteção, cujos serviços do Conselho Tutelar, Fundação da Assistência Social (FAS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) e das escolas estão localizados no território. A identificação do trabalho infantil é predominantemente multisetorial, no entanto, o trabalho dos profissionais no território necessita ser integralizado, transformando-se em uma prática intersetorial.

Silva e Alberto et al.<sup>30</sup> discutem o modo estruturante da Rede de Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente por meio das práticas dos atores sociais e apresentam uma desarticulação entre os equipamentos que a compõem. Há predomínio de encaminhamento para a rede de proteção, que ora aparece como uma instituição à parte dos serviços, ora como seu mecanismo de trabalho. A sobrecarga

dos serviços que compõem a rede dificulta a contrarreferência dos casos encaminhados. Nesse modelo de rede, o trabalho intersetorial e a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes são comprometidos.

Este estudo apresenta limitações, podendo ter-se recorrido a observações nos ambientes de coleta de dados e a seu registro em diário de campo, o que possibilitaria um aprofundamento da realidade e do objeto de estudo em questão. Outras metodologias de pesquisa podem ser utilizadas em estudos futuros, objetivando outras análises de dados para produção de material científico.

### **Considerações Finais**

A identificação do trabalho infantil sob a ótica dos profissionais de saúde sofre fragmentações que expressam a realidade objetiva da APS. Apesar da identificação das piores formas do trabalho infantil, tal fenômeno se mostra complexo para a atuação dos profissionais em vista da dificuldade de materializar ações de cunho intersetoriais, sendo a APS setor fundamental para que ocorram articulações, e que estejam em consonância com o conceito de saúde formulado pelo SUS e com os princípios da APS, permitindo elencar as necessidades em saúde para a organização dos serviços da forma mais próxima possível da população no território.

Características presentes nos atos normativos que descrevem as políticas públicas de combate ao trabalho infantil permeiam a atuação dos profissionais, distanciando-se dos princípios do SUS como sistema de saúde público e universal com concepção abrangente de saúde. Percebe-se que a prática reflete às fragilidades apresentadas no arcabouço jurídico, dentro de diferentes paradigmas políticos e ideológicos.

### **REFERÊNCIAS**

1 - Miquilin IOC, Marín-León L, Luz VG, La-Rotta EIG, Corrêa Filho HRC. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de crianças e adolescentes trabalhadores e não trabalhadores, Brasil: análise das desigualdades. Cad Saúde Pública. 2015; 31(9):1856-1870. DOI:org/10.1590/0102-311X00142214. Link: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000901856&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901856&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

- 2 - Dammert AC, De Hoop J, Mvukiyehe E, Rosati FC. Effects of public policy on child labor: current knowledge, gaps, and implications for program design. Elsevier. 2018; World Development: 104 -123 (110). DOI:org/10.1016/j.worlddev.2018.05.001.
- 3 – Piza C, Souza AP. The causal impacts of child labor law in Brazil: some preliminary findings. The World Bank Economic Review. 2016; Supplement: 137–144 (30). DOI:10.1093/wber/lhw024.
- 4 - Leite LL, Rocha GF, Alberto MFP. Acidentes de trabalho com crianças e Adolescentes: dados conhecidos ou dados Ocultados?. Est Inter Psicol. 2019; 10(2): 174-191. doi:10.5433/2236-6407.2019v10n2p174. Link: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072019000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072019000200011).
- 5 - Kasper J, Parker DL; Child labor. Elsevier. 2008. International Encyclopedia of Public Health: 583-590 (1). Retração em: Kasper J, Parker DL. Elsevier. 2017. International Encyclopedia of Public Health: 481-486 (2). DOI:org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00060-6
- 6 – Daschevi JM, Tacla MTGM, Alves BA, Toso BRGO, Collet N. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. Sem Ciên Biol Saúde. 2015; 36(1): 31-38. DOI: 10.5433/1679-0367.201v36n1p31.
- 7 – Xavier DM, Cezar-Vaz RM, Bonow CA, Schimith MD. Acidentes de trabalho em crianças e jovens em ambiente rural no Sul do Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem. 2020; 28(e3243): 1-11. DOI:10.1590/1518-8345.3188.3243.
- 8 - Bardin L. Análise do conteúdo. 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
- 9 – Decreto Nº 6.481, de 12 de junho de 2008. Regulamenta os artigos 3º, alínea “d”, e 4º da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, aprovada pelo Decreto Legislativo nº 178, de 14 de dezembro de 1999, e promulgada pelo Decreto nº 3.597, de 12 de setembro de 2000, e dá outras providências. Casa Civil, junho de 2008.
- 10 – Organização Internacional do Trabalho [internet]. C182 - Convenção sobre Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e Ação Imediata para sua Eliminação. c2000 [acesso em 20 jan. 2020]. Congresso Nacional; [cerca de 2 telas]. Disponível em: [https://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS\\_236696/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS_236696/lang--pt/index.htm).
- 11 - Alberto MFP, Pessoa MCB, Malaquias TAP, Costa CSS. Trabalho infantil e ato infracional: análise histórico-cultural do desenvolvimento infantojuvenil. Revista da SPAGESP, 22 de janeiro de 2020, 21(1), 127-142. ISSN 1677-2970. Link: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702020000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000100010).

12 - Rocha GF, Alberto MFP, Leite LL, Almeida HD, Silva SSGT. Enfrentamento ao trabalho infantil pela política pública de saúde. IPEA/PPP. 2018; n. 51, 203-220. Link: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/841/484>.

13 – Trabbold VLM, Caleiro RCL, Cunha CF, Guerra AMC. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. *Psicologia & Sociedade*. 2016; 28(1): 74-83. DOI:org/10.1590/1807-03102015v28n1p074.

14 - Muñoz MS, Eeles DV. Características psicosociales asociadas a mujeres adolescentes víctimas de explotación sexual comercial, que ingresaron a un centro de atención en la región de Los Lagos, Chile. *Rev Crim*. 2017; 59(3): 193-214. ISSN 1794-3108.

15 - Noreña-Herrera C, Rojas CA, Cruz-Jiménez L. Prevalencia del VIH en niños, niñas y adolescentes en situación de calle y explotación sexual comercial: una revisión sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(10), 1-13. DOI: org/10.1590/0102-311X00134315. Link: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001002001&lng=es&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001002001&lng=es&tlng=es).

16 – Dias JC, Araújo GS. O trabalho infantil no Brasil: uma leitura a partir do Pnad contínuo (2016). Uberlândia: UFU; 2018.

17 – Dias JC. Araújo GS. O Trabalho Infantil na Agropecuária Brasileira: uma leitura a partir do Censo Agropecuário de 2017. Brasília: Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI); 2020.

18 – Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST)/ Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde (DAV)/ Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Mapa do trabalho infantil no Paraná a partir da análise dos acidentes de trabalho com crianças e adolescentes. Secretária da Saúde do Estado do Paraná. 2020: p. 1-65.

19 – Feffermann M. O jovem/adolescente “trabalhador” do tráfico de drogas. In: Ribeiro JV, Schweikert PGM, organizadores. *Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Infância e juventude: estudos sobre os direitos das crianças e adolescentes*. 1a ed. São Paulo: EDEPE; 2018. p.137-155.

20 – Oliveira LC, Soares CB, Campos CMS, Cordeiro L. Emancipatory drug practices: building projects with Primary Healthcare workers. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53(e03528): 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018027803528>. Link: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100495&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100495&lng=en&nrm=iso&tlng=en).

21 – Dias CJ. O trabalho infantil nos principais grupamentos de atividades econômicas do Brasil. Brasília: Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI); 2016.

22 – Bulhões LFSS, Martins LM. A relação intrínseca entre a psicologia histórico-cultural e a epistemologia marxiana, *Psicol Estud*. 2018; 23(e39177): 1-12. Doi: 10.4025/psicolestud.v23.e39177.

- 23- Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(3): 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>. Link: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&tlng=pt).
- 24- Ribeiro TC. Formação do trabalhador na sociedade capitalista. *Trabalho Necessário.* 2019; 17(32): 242-260. ISSN 1808-799 X.
- 25 – Marx, K. *Manuscritos Econômico-Filosóficos.* Tradução de Jesus Ranieri. 1a ed. São Paulo: Boitempo Editorial; 2008.
- 26 - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. CEDECA. 13 jul. 1990.
- 27 – Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos.* Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde. 2005: 76 p.
- 28 – Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate.* 2018; 42(spe): 52-66. DOI:org/10.1590/0103-11042018s104. Link: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000500052&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000500052&script=sci_arttext).
- 29 – Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2018; 42(spe): 244-260. DOI: 10.1590/0103-11042018S116. Link: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- 30 – Silva ACS, Alberto MFP. Fios soltos da Rede de Proteção dos Direitos das Crianças e Adolescentes. *Psicol Ciênc e Prof.* 2019; 39: 1-13. doi.org/10.1590/1982-3703003185358. Link:[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932019000100124](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100124).

### 6.3 Manuscrito III - **TRABALHO INFANTIL:** sombras e luzes na Atenção Primária à Saúde

**RESUMO: Objetivo:** Delinear o enfrentamento ao trabalho infantil na percepção da equipe da atenção primária à saúde. **Método:** Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa feito em oito unidades municipais de saúde e sete distritos

sanitários com alto índice de vulnerabilidade de um município de grande porte da Região Sul do Brasil. Participaram deste estudo 97 profissionais da Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas contendo dois roteiros previamente estabelecidos. Foi utilizada análise do conteúdo categorial temática de Bardin para apreciação dos dados. As concepções marxistas do trabalho e da determinação social sustentaram a discussão dos dados. **Resultados:** O conceito socializador do trabalho denota a construção histórico-social da representatividade do trabalho infantil influenciando sua naturalização. As intervenções para o trabalho infantil refletem as orientações do SUS para este mesmo trabalho, direcionadas para a livre demanda que chegar às unidades de saúde, contrapondo-se ao modelo de assistência organizador da atenção primária à saúde, voltado para o território. As limitações no cotidiano de trabalho perpassam cargas de trabalho excessivas e falta de formação continuada voltada ao trabalho infantil. **Conclusão:** O enfrentamento ao trabalho infantil é segmentado e acompanha a determinação social de construção do discurso oficial.

**Descritores:** Saúde. Saúde Pública. Política Pública. Sistemas de Saúde. Sistema Único de Saúde. Pessoal de Saúde.

**Descriptors:** Health. Public Health. Public Policy. Health Systems. Unified Health System. Health Personnel.

**Descriptores:** Salud. Salud Pública. Política Pública. Sistemas de Salud. Sistema Único de Salud. Personal de Salud.

### **Introdução**

O trabalho é atividade exclusiva do ser social, num primeiro momento pela íntima relação mediadora com o desenvolvimento psíquico. Tornar-se ser social implica apropriar-se das condições de produção e reprodução social formuladas historicamente pela humanidade, através da relação do homem com a natureza, que é intermediada pelo trabalho. O trabalho é elemento arraigado ao gênero humano durante toda a sua existência, sendo, dependendo da classe social ocupada e do reconhecimento da consciência de classe, passível de tensões intrínsecas e sociais<sup>(1)</sup>.

O trabalho infantil é um problema de saúde pública e requer atenção intersetorial<sup>(2)</sup>. Os efeitos para a saúde perpassam o desenvolvimento cognitivo e social<sup>(3)</sup>. Para a Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho infantil é um desafio <sup>(4)</sup>. Seu enfrentamento requer uma

abordagem interprofissional e intersetorial, assegurado por políticas públicas, estruturadas e implementadas.

A convenção 182 sobre a Proibição das Piores Formas de trabalho infantil da Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi ratificada por quase todos os países, entretanto, os Estados Unidos da América (EUA), apesar de terem ratificado a convenção, não aprovaram nenhuma lei que potencializasse a proteção para crianças e adolescentes trabalhadoras, principalmente no tabaco (trabalho no setor de agricultura), considerada uma das piores formas de trabalho infantil, e que tem o maior número de crianças e adolescentes trabalhadoras no mundo. Do mesmo modo, foi o único país que, apesar de ter assinado a Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas, não a ratificou para o contexto nacional<sup>(5)</sup>.

A pobreza, a deficiência na/de educação, crenças culturais, disparidades socioeconômicas e a má implementação de acordos internacionais estão entre as principais causas e obstáculos para o enfrentamento e erradicação do trabalho infantil, tornando-o um problema social crônico, presente no Brasil<sup>(2)</sup>.

A erradicação do trabalho infantil denota a construção de conhecimentos com base na diversidade cultural, relações sociais e as necessidades em saúde da população. Destaca-se a lacuna no conhecimento sobre a importância do trabalho como fator central nas condições de saúde dos indivíduos e comunidades na perspectiva do SUS<sup>(6)</sup>. Desse modo, objetiva-se delinear o enfrentamento ao trabalho infantil na percepção da equipe da atenção primária à saúde.

## **Método**

### **Tipo de Pesquisa**

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa.

### **Cenário**

Oito Unidades Municipais de Saúde (UMS) e sete Distritos Sanitários (DS) de um grande município da Região Sul do Brasil.

### **Período**

Pesquisa feita de maio a setembro de 2019.

### **Crêterios de Sele o**

Foi utilizado o decreto que estabelece o  ndice de Vulnerabilidade por área de Abrangência de Unidades Municipais de Saúde – IVAB em baixo, médio e alto<sup>(7)</sup>. Foram incluídos os locais classificados com alto IVAB. Para inclusão dos participantes, considerou-se o vínculo de trabalho igual ou superior ao período de um ano nas UMS e nos DS. Foram excluídos do estudo os trabalhadores que estavam em período de férias ou afastados de suas fun es laborais.

### **Participantes**

Foram convocados 111 profissionais da APS para participar do estudo, tendo 97 contemplado os critérios de inclusão. Houve tr s recusas em participar do estudo. Os profissionais foram sete supervisores de DS, cinco autoridades sanitárias de UMS, 23 agentes comunitário de saúde, oito dentistas, 12 enfermeiros, 11 médicos, oito representantes da rede de prote o da criança e do adolescente em situa o de risco para a violência, 16 técnicos de enfermagem e sete técnicos de saúde bucal.

### **Instrumento Utilizado para a Coleta de Informa es**

Foi utilizada entrevista semiestruturada para coleta de dados, com dois roteiros previamente estabelecidos. O primeiro roteiro de entrevista foi utilizado com os supervisores de DS e contemplou questões sobre as a es para o enfrentamento do trabalho infantil, sua existência no território de abrangência e seu conceito. O segundo roteiro de entrevista foi utilizado com profissionais da assistência e autoridades sanitárias de saúde, abordou a aten o   saúde de crianças e adolescentes nas UMS, o preparo da UMS no cotidiano de trabalho interno e externo para lidar com casos de trabalho infantil e seu conceito. Foi feito um teste piloto para auxiliar na constru o do instrumento de pesquisa e no seu aprimoramento.

### **Coleta de Dados**

As entrevistas foram aplicadas por duas pesquisadoras no próprio ambiente de trabalho dos participantes, em sala reservada, com dura o média de 20 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e a fala dos entrevistados, transcritas fielmente.

### **Tratamento e Análise dos Dados**

A análise de dados seguiu o referencial teórico da Análise do Conteúdo Categorical Temática de Bardin<sup>(8)</sup>, em três fases: leitura flutuante, codificação, categorização e classificação. Para a organização dos dados, foi utilizado o *software WebQDA* e o *Microsoft Office Word*®.

O uso do software auxiliou na organização de uma grande quantidade de dados com melhor qualidade mediante referencial teórico utilizado. O *Microsoft Office Word*® foi utilizado para a síntese final das categorias. O referencial teórico de trabalho e da determinação social com base nas concepções de Marx<sup>(9)</sup> sustentou a discussão dos dados.

### **Aspectos Éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e pela Secretaria Municipal de Saúde do município de realização do estudo, sob pareceres de números, respectivamente, 3.044.321 e 3.558.491.

### **Resultados**

A categoria temática denominada de trabalho infantil, na percepção dos profissionais, Figura 1, compreende três subcategorias: Conceito do trabalho infantil, que expressa a compreensão dos profissionais de saúde acerca da definição do tema; Intervenções para Enfrentamento do trabalho infantil, que mostram as ações profissionais direcionadas a crianças e adolescentes inseridos no trabalho precoce; e as Limitações dos Profissionais, que expressam os desafios dos trabalhadores inseridos na APS.



Fonte: A autora (2020).

Figura 1: Síntese das categorias temáticas e subcategorias.

### **Trabalho Infantil na Percepção dos profissionais:**

#### **Conceito de Trabalho Infantil**

Na visão dos profissionais, predomina o conceito de trabalho infantil como uma prática que evita a ociosidade e o ingresso da criança e/ou adolescente nas drogas. Consideram uma oportunidade de aprendizagem, tanto na modalidade formal como na informal: *tudo é proibido para as crianças (referindo-se ao trabalho), criança não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, mas pode usar droga, pode se prostituir (E:20). Acho que é válido, o adolescente tem, sim, que trabalhar, não de repente e como uma pessoa adulta, 8 horas, mas eu acho que esses projetos de menor aprendiz, esses projetos que a gente vê por aí, aprender um ofício, eu acho que é válido porque eu acho que cabeça vazia é oficina do diabo (E: 46). Perspectiva de buscar alguma coisa melhor assim e evitar também a ociosidade, que leva a outras coisas (E: 26).*

O conceito de trabalho infantil é visto como uma prática que formula o caráter e evita exposição a riscos sociais: *o trabalho está mais relacionado à formação de caráter. Eu vejo o trabalho como uma coisa que engrandece, que forma o caráter. (E:*

71). *Acho que é melhor (trabalhar) do que estar na rua aprendendo o que não presta* (E: 15).

Ficou perceptível que os profissionais descrevem as atividades laborais na infância que consideram uma prática de escravidão: *eu acho que é um trabalho escravo que coloca a criança para fazer as coisas em casa, não deixar ir para escola para fazer as coisas* (E: 25). *A não ser que seja um trabalho braçal, um trabalho mais rudimentar, que você consegue identificar lesões e consequências do trabalho* (E: 26).

Considera-se trabalho forçado quando as crianças e os adolescentes desenvolvem atividades forçadas, envolvendo riscos e sobrecarga: *um trabalho em que ela se submeta a alguma condição, muitas vezes de ser forçada* (E: 26). *Andar em algumas atividades ali junto com os adultos que envolvam risco e mesmo que sobrecarregue essa criança* (E: 93).

Os profissionais atribuem o sentido de ajuda à prática da reciclagem feita por crianças e adolescentes. Relatam ainda que não veem como um problema, pois sabem que a criança está inserida na escola: *eu conheço alguns que ajudam, mas não vejo assim como trabalho, é na realidade mais um apoio, mas conheço (referindo-se à coleta de recicláveis)* (E: 32). *Em alguns casos, por exemplo, esse que eu citei (referindo-se à reciclagem), eu não consideraria trabalho infantil, mas de alguma forma ela estava sendo inserida, entre aspas, dentro da dificuldade que aquela família tem. É o mercado de trabalho deles (a reciclagem), até nesse caso não vejo como preocupação porque eu sei que frequenta a escola* (E: 68).

Atividades remuneradas e não remuneradas em troca de bens e recurso financeiro são consideradas pelos profissionais trabalho infantil: *trabalho infantil tipo assim, seria aquela atividade que possa ser ou não remunerada, que envolva a necessidade de um dispêndio diário de tempo e energia da criança para exercer atividades, que não sejam atividades lúdicas e que não sejam atividades de escola, coisa assim, e que independe se ela é voluntária ou não, se a criança deixa e inclusive se sacrifica por essa atividade* (E: 58). *Ter que trabalhar de alguma forma ganhando algum recurso financeiro, ou algum bem em troca daquele trabalho* (E: 45).

Os profissionais referem o trabalho infantil que caracteriza ações de crime e violação dos direitos de crianças e adolescentes fora da faixa etária permitida para o trabalho, de acordo com a legislação em vigor: *acredito que é a violação do direito dele de estar na escola, a violação do direito de respeito a cada ciclo de vida, criança tem que brincar* (E: 74). *Para adolescentes, seria tudo aquilo que foge da legislação,*

*cargas horárias que não condizem com a faixa etária ou com a função que ele está exercendo (E: 85).*

É possível observar que o trabalho infantil na ótica dos profissionais é considerado prejudicial, podendo se repetir com os outros membros familiares. Relataram ser uma prática bem vista aos olhos da sociedade em decorrência das necessidades familiares e uma violência praticada a crianças e adolescentes: *colocar seus filhos para trabalhar cedo demais vai estar prejudicando futuramente lá na frente, porque hoje ele coloca o filho dele, amanhã o filho dele vai querer agir que nem ele e vai querer colocar, então eu acho que assim vai (E: 16). A princípio ele é socialmente bem visto devido à necessidade dessa família (E: 64). É uma violência contra a criança, na realidade, uma violência contra criança (E: 33).*

### **Intervenções para Enfrentamento do Trabalho Infantil**

A segunda subcategoria, denominada intervenções para enfrentamento do trabalho infantil, relata as ações de trabalho realizadas pelos profissionais da APS, encaminhamentos para diferentes setores como o conselho tutelar, educação e assistência social: *encaminharia para o conselho tutelar (E: 84). A gente trabalha muito com a educação e com a assistência social (referindo-se aos encaminhamentos) (E: 75). A gente joga essa situação (referindo-se aos encaminhamentos do trabalho infantil), joga bola, diz assim (E: 27).*

No cotidiano de trabalho dos profissionais, ocorrem ações de articulação interdisciplinar na UMS e com outros serviços segundo a competência de cada órgão externo à UMS como notificação de casos e discussões de casos na rede de proteção: *a gente tenta se articular e estar dando uma resposta dentro do possível de cada área, a gente se articula com a equipe interdisciplinar. Muitas vezes, com outros órgãos fora da unidade de saúde (E: 26). O que nos compete é exatamente isso, notificar (E: 41). É discutido de forma intersetorial na reunião da rede de proteção com a FAS (Fundação de Assistência Social) (E: 78).*

Os profissionais da APS concentram suas intervenções no território adstrito às unidades de saúde por meio da abordagem social, busca ativa, visita domiciliar, consulta, orientação e investigação de casos: *a gente faria uma abordagem da família (E: 48). Fazer a busca (referindo-se à busca ativa) dessa criança (E: 85). O PACS (referindo-se ao Programa Agentes Comunitários de Saúde) ele também faz a visita domiciliar para constatar o que está acontecendo com essa criança (E: 76). É*

*agendada consulta para saber porque aquela criança está de trabalho (E: 9). A gente, lógico, procura orientar a criança a algo melhor, um curso profissionalizante (E: 90). A gente tenta investigar do jeito que a gente consegue (E: 21).*

### **Limitações dos Profissionais**

A terceira subcategoria, limitações dos profissionais, relata que os trabalhadores da APS devido à alta demanda assistencial, acabam tendo dificuldade de ações no território, como o enfrentamento do trabalho infantil, fato este que causa frustração nos profissionais: *atualmente a unidade de saúde não tem pernas para fazer isso (para lidar com casos de trabalho infantil) (E: 53). Com a demanda que a gente tem aqui, nessa parte de trabalho (referindo-se ao trabalho infantil) eu não vejo como fazer isso (E: 62).*

As limitações referidas pelos profissionais incluem a falta de conhecimento sobre o trabalho infantil e a ausência de capacitação para atuação profissional. Reconhecem que é importante a realização de formações continuadas sobre o tema: *não posso acrescentar mais por falta de conhecimento (sobre o trabalho infantil) mesmo de minha parte (E: 94). A gente nunca recebeu nenhum treinamento (referindo-se à capacitação sobre o trabalho infantil) (E: 45). Eu acho que é até interessante fazer um trabalho (referindo-se à capacitação) sobre trabalho infantil aqui (referindo-se à unidade de saúde) (E: 87).*

Os profissionais relataram que outra limitação existente é a falta de discussões sobre o trabalho infantil ou questões relacionadas à UMS: *nas reuniões de equipe, não tem sido falado sobre isso assim (E: 55). Dizer pra você que a gente mantém uma conversa sobre trabalho infantil, de como vamos lidar com isso, não existe (E: 90).*

Ao longo das entrevistas, os profissionais relataram que tem dificuldades em dar sequência às ações de intervenção com crianças e adolescentes em situação de trabalho. Percebem que não dispõem de um processo de trabalho específico para lidar com o trabalho infantil: *a gente não consegue dar continuidade de estar correndo atrás disso (trabalho infantil) (E: 50). Não percebo que aqui tem um método (para lidar com o trabalho infantil) (E: 43).*

Os profissionais afirmaram que o trabalho infantil é uma situação difícil tendo em vista a falta de informações e por ser uma situação que envolve riscos. É frustrante considerando a atuação profissional esbarrar em dificuldades no dia a dia de trabalho, bem como por terem pouco controle sobre o trabalho infantil: *a gente nunca vai ter*

*informações mais precisas sobre isso, é sempre meio nebuloso (E: 58). Muitas vezes, a gente fecha os olhos para a situação (Referindo-se ao trabalho infantil) e isso frustra a gente (E: 87). A gente tem pouca governabilidade sobre isso (E: 25).*

Outra limitação relatada é que a rede de proteção tem dificuldades de atuação. Consideram que o trabalho infantil é uma situação que está para além da UMS: *a gente brinca que a rede está furada (referindo-se ao modo como a UMS lida com o trabalho infantil) (E: 35). Isso (trabalho infantil) vai muito além da unidade de saúde (E: 25).*

## **Discussão**

As falas dos profissionais de saúde deste estudo reportam falta de clareza acerca do conceito de trabalho infantil, predominando a concepção de trabalho como elemento socializador na construção do sujeito. O trabalho prepara crianças e adolescentes para a vida adulta, evita a ociosidade e contribui para a formação do caráter humano. O conceito de trabalho expresso nas falas dos participantes desta pesquisa é reflexo da determinação social do desenvolvimento histórico e social da infância e adolescência na sociedade, ambas atreladas ao trabalho.

A literatura esclarece que o trabalho precoce contribui para uma socialização desviante, estando diretamente relacionado a atos infracionais<sup>(9)</sup>. O trabalho é atividade humanizadora quando possibilita o aprimoramento dos conhecimentos e capacidades transformadoras do ser humano, potencializando a qualidade da consciência acerca de si mesmo e das condições materiais de vida<sup>(1)</sup>.

Estudo que relacionou a evolução da norma protetiva para a saúde no trabalho com a mudança na concepção de infância no contexto sócio-histórico do Reino Unido entre 1788 e 1879 analisou as leis trabalhistas britânicas do século XIX, tendo constatado que a escolarização como privilégio da classe social hegemônica foi uma das ações concretizadas na sociedade inglesa. Entretanto, para crianças e adolescentes da classe trabalhadora, foi atribuído ao trabalho um sentido socializador. A força de trabalho de crianças e adolescentes foi associada à educação moral e à inserção social no âmbito da Revolução Industrial. Trata-se de uma determinação social que acompanha as transformações no mundo do trabalho<sup>(10)</sup>.

A literatura retrata que dois aspectos foram fundamentais para o Brasil, mediante pressão social, elaborar uma legislação de proibição do trabalho infantil,

tendo o Brasil assinado as leis trabalhistas europeias originadas durante a Revolução Industrial e as convenções e recomendações da OIT<sup>(11)</sup>. Ressalta-se que os recursos humanos, mecanismos operacionalizadores das políticas públicas, estão embasados nos atos normativos legais, podendo refletir o conceito de trabalho infantil dos profissionais de saúde.

Pesquisa que propôs estabelecer uma relação entre a infância, o trabalho e a saúde na análise do processo sócio-histórico de construção do discurso oficial (leis e políticas) do Reino Unido, (OIT) e do Brasil para a proibição do trabalho infantil levantou hipóteses de como tais discursos podem produzir práticas e relações sociais. Os resultados evidenciaram que a presença de crianças e adolescentes nas indústrias permitiu a imposição de limites no trabalho infantil, tendo a sanção de leis trabalhistas sido direcionadas à proteção e ao cuidado. Trata-se de uma necessidade de a organização econômica atribuir significativas inversões de sentidos na legislação dos últimos dois séculos. Ao mesmo tempo, foi provocada uma relação nos elementos de cunho ideológicos que potencializam a invisibilidade do trabalho infantil e a inerente característica de ser prejudicial à saúde<sup>(12)</sup>.

As falas dos profissionais de saúde deste estudo apontam para uma naturalização do trabalho infantil, pois classificaram tal prática como ajuda, embora crianças e adolescentes estejam inseridas em modalidades de trabalho informais, consideradas as piores formas de trabalho infantil pela legislação internacional (Convenção 182 da OIT) e nacional (Decreto 6.481 de 2008). Alguns profissionais mencionaram não enxergar como problema, pois, apesar de as crianças e adolescentes trabalharem, estão incluídos na escola. Porém tal prática caracteriza dupla jornada de trabalho, sendo exercida por crianças e adolescentes.

Estimativas globais da OIT mencionaram um total de 152 milhões (88 milhões de meninos e 64 milhões de meninas) inseridos no trabalho infantil em todo o mundo, 73 milhões exercendo formas perigosas de trabalho, impactando a saúde, a segurança e o desenvolvimento moral. O setor agrícola (trabalho infantil na agricultura) é a modalidade que concentra o maior número, 108 milhões em termos absolutos, sendo que 7 milhões de meninas executam atividades domésticas no período de 43 horas semanais, impactando negativamente a frequência e os benefícios escolares. Crianças e adolescentes realizam dupla tarefa, ou seja, combinam atividade econômica a trabalho doméstico. Registra-se um número maior de meninas exercendo dupla tarefa. Em 2016, estimou-se que a cada 33.875 crianças

e adolescentes no mundo que exercem atividades econômicas de trabalho, 7.418 combinam emprego com atividade doméstica<sup>(13)</sup>.

Um estudo que explorou os direitos humanos associados ao trabalho infantil na produção de tabaco (setor agrícola) nos EUA, Cazaquistão e Malawi e o impacto da Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança e as convenções 182 e 184 da OIT identificou que nos EUA a indústria agrícola tem a segunda maior taxa de mortalidade entre os jovens que trabalham, quase a metade ocorrendo com crianças inseridas no ramo da agricultura. A proibição do trabalho para crianças em plantações de tabaco foi sugerida em 2014, porém sem mudanças. Em 2015, o Departamento do Trabalho dos EUA publicou recomendações do Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional, não tendo mencionado a inserção de crianças nas plantações de tabaco, violando acordos internacionais<sup>(5)</sup>.

Outro estudo que explorou as relações de trabalho das crianças fora de casa, trabalho em família e tarefas domésticas com matrícula escolar em 30 países em desenvolvimento de renda baixa e média encontrou que as tarefas domésticas foram associadas a uma probabilidade reduzida de matrícula escolar em 65% dos países, e em 35% não estavam relacionadas à matrícula escolar. Países como Djibouti, Guiné-Bissau, Guiana, Moçambique e Tajiquistão, localizados no continente africano, apresentaram taxas de trabalho infantil variáveis de 6,8% a 41,7%, também estando matriculados na escola. Guiana e Tajiquistão apresentaram taxas elevadas de matrícula escolar, apesar de as crianças estarem inseridas no trabalho infantil<sup>(14)</sup>.

Na Colômbia, um estudo que caracterizou o trabalho infantil na produção agrícola de arroz, café, algodão e cana-de-açúcar elucidou que, entre todos os setores agrícolas estudados, a produção do café combina escola e treinamento prático a crianças e adolescentes. Nos outros setores de produção agrícola, registram-se falta de escolas, ações de vigilância e controle do trabalho infantil<sup>(3)</sup>. Os dados se referem à inserção de crianças e adolescentes em dupla jornada de trabalho e à ausência do Estado em garantir direitos sociais.

O Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI) informou que, em 2013, no Brasil, das 213,6 mil crianças e adolescentes com idade entre 5 e 17 anos ocupadas no serviço doméstico, 81,2% também realizavam afazeres domésticos. Em 2014, das 1.024.403 crianças e adolescentes inseridos em trabalhos na agricultura, pecuária, silvicultura, pesca e aquicultura, 58,2% (596.286) realizavam afazeres domésticos. A região sul apresentou o maior percentual nos respectivos

anos, 91,1% das crianças e adolescentes que trabalhavam e 71% das crianças e adolescentes ocupadas no trabalho infantil doméstico realizavam outras atividades domésticas, caracterizando dupla jornada de trabalho<sup>(15-16)</sup>.

O relatório da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) esclarece que histórica e estruturalmente a desigualdade é uma característica enraizada nas sociedades latino-americanas e caribenhas. A erradicação da pobreza e extrema pobreza é um desafio crítico para os países da América do Sul. Apesar de os anos de 2002 a 2014 terem registrado redução, estando associado ao contexto econômico e político de ampliação para inclusão e proteção social, em 2015 os níveis de pobreza e de extrema pobreza voltaram a subir em alguns países<sup>(17)</sup>. A incidência de pobreza e extrema pobreza é maior em residentes na zona rural, com taxas superiores a 40%, crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, mulheres, indígenas e afrodescendentes<sup>(18-19-20)</sup>.

No Brasil, os baixos rendimentos do trabalho são fatores significativos para a renda em domicílios de poucos recursos. Em sete dos 13 países da América Latina, onde a pobreza diminuiu entre 2014 e 2018, predominou a característica distributiva de renda. A desigualdade de renda medida pelo índice de GINI (concentração de renda por grupo) na média dos 15 países da América Latina diminuiu entre 2002 e 2018, entretanto, quando se trata do indicador individual, a Colômbia e o Brasil apresentam valores superiores a 0,520, enquanto os valores que indicam redução são próximos ou inferiores a 0,400<sup>(17)</sup>.

Os ataques neoliberais mais recentes que introduziram a reforma trabalhista em 2017 no Brasil substituíram o emprego assalariado pelos contratos de trabalho informais e ocupações por conta própria. Tais reformas funcionam para regulação do mercado capitalista, desprovido da proteção social e trabalhista. Os assalariados informais cresceram 12% de 2014 a 2018 e o emprego assalariado formal se reduziu em 9,5%. Há uma expansão das taxas de desemprego, subutilização da mão de obra e precarização das condições de trabalho<sup>(21)</sup>.

O trabalho é pouco considerado na determinação social das condições de saúde e doença da população pelos serviços de saúde, principalmente pela APS, sendo alocada ao campo da saúde do trabalhador. O reconhecimento da íntima relação entre trabalho e saúde amplia maiores possibilidades de cuidado na atenção integral à saúde infanto-juvenil, bem como contribui para a erradicação do trabalho infantil<sup>(6)</sup>.

Predomina no conceito do trabalho infantil atribuído pelos profissionais de saúde deste estudo o sentido de troca, por dinheiro ou por bens. Para Marx, o trabalho é atividade complexa e fundante do ser social, é condição para a existência do homem, pois medeia sua relação com a natureza, assegura, portanto, vida ao gênero humano. Porém, nas sociedades onde predomina o modo de produção capitalista, o trabalho assume sentido de mercadoria. Ele perde seu valor de uso e assume valor de troca, deixa de expressar objetiva e subjetivamente a condição humana em seu processo de evolução história e social para atender as necessidades compassivas e assume a característica de trabalho simplificado, que é mercadoria, anulando o aspecto de ser orientado antes de tudo para um fim, com alteração da natureza que supre as necessidades humanas<sup>(9)</sup>.

O trabalho neste tipo de sociedade se apresenta dialeticamente como atividade humanizadora, e ao mesmo tempo, alienadora da espécie humana<sup>(1)</sup>. O trabalho infantil de crianças e adolescentes se configura como atividades que vedam os sujeitos de acessar as mediações essenciais para o desenvolvimento humano, resultando na alienação de suas próprias potencialidades<sup>(10)</sup>.

Produção científica que analisou o enfretamento ao trabalho infantil pela política de saúde identificou que os profissionais que relataram ser a favor do trabalho infantil justificaram que a criança que trabalha tem menos chances de se envolver com drogas. Os profissionais que se manifestaram contra o trabalho infantil disseram ser uma exploração de crianças e adolescentes, violação de direitos, um meio de sobrevivência e que o trabalho infantil se caracteriza quando uma criança tem a responsabilidade de ajudar em casa<sup>(23)</sup>. Estas evidências apontadas pela literatura apoiam os resultados deste estudo.

As intervenções feitas pelos profissionais da APS desta pesquisa sofrem fragilidades. Há uma tentativa de articulação intersetorial nos campos de políticas públicas por meio de encaminhamentos, predominando a assistência social e a educação.

A literatura que analisou o enfretamento ao trabalho infantil por profissionais de saúde evidenciou que as ações em rede são realizadas em sua maioria com os serviços da política de assistência social e educação. Outros resultados constataram que as estratégias utilizadas pelos trabalhadores da APS em unidades básicas de saúde para o trabalho infantil são orientações, promoção e prevenção, identificação no território, articulação com outros serviços e notificação, trabalhos educativos e

informações à equipe de saúde<sup>(23)</sup>. Os dados referidos acima sustentam os achados desta pesquisa.

Os profissionais deste estudo relataram que cabe à unidade de saúde a função de notificar casos de trabalho infantil, legitimando parte das orientações descritas nas Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos que orientam a prática laboral dos profissionais de saúde para o trabalho infantil na esfera do SUS<sup>(24)</sup>. Esta é uma ação incompleta, pois a atenção integral à saúde está para além da notificação, embora se caracterize como ato disparador para efetuar o cuidado à saúde, potencializando a proteção social integral às crianças e adolescentes.

De acordo com estas diretrizes, toda criança ou adolescente em situação de trabalho que chegue a um serviço de saúde deve ser identificada, avaliada e encaminhada<sup>(24)</sup>. A atuação dos profissionais de saúde para o trabalho infantil reflete as recomendações no âmbito do SUS. Os profissionais referem o cuidado a crianças e adolescentes de maneira intersetorial, porém a materialização das ações é setorial. Mesmo com a realização da notificação, os profissionais mantêm atuação dentro dos ambientes de trabalho onde desenvolvem suas atividades profissionais.

As recomendações para ação se chocam com o modelo de assistência à saúde na qual a Estratégia de Saúde na Família está organizada dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), principalmente com a diretriz da territorialização, que preconiza o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, tendo como foco o território<sup>(25)</sup>. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 13º, inciso II, preconiza que os serviços que compõem a rede de proteção da criança e do adolescente em situação de risco para a violência deverão priorizar o atendimento com suspeita ou confirmação de violência, promovendo intervenções em rede<sup>(26)</sup>.

O enfrentamento das desigualdades em saúde coloca desafios para a rede de proteção social no âmbito da seguridade social, decorrente do processo de determinação social para compreensão dos processos de saúde-doença. As investidas das políticas de austeridade fiscal, implementadas no Brasil desde 2016, principalmente com a Emenda Constitucional 95, deixaram a APS exposta a sofrer atrasos. Como resultado, houve a reformulação da PNAB em 2017, alterando a forma de financiamento e afrouxando a Estratégia de Saúde na Família para cobertura dos territórios<sup>(27)</sup>. Não há um direcionamento político nacional para atenção às áreas

vulneráveis, constituição de ações e serviços resolutivos, ficando facultado ao gestor local a regulamentação de iniciativas. A PNAB, diante das atuais mudanças, se torna espaço de disputas políticas<sup>(28)</sup>.

Os profissionais de saúde desta pesquisa referiram limitações na atuação direcionada ao trabalho infantil, que perpassam cargas de trabalho excessivas no âmbito das UMS e a falta de formação continuada para intervenção no trabalho infantil.

Estudo que identificou aspectos da gestão na APS influenciadores das cargas de trabalho referiu dificuldades de implementar um modelo de atenção assistencial que ultrapasse a lógica biomédica de atuação dos profissionais e a reorganização de serviços e práticas com base na Estratégia de Saúde na Família, requerendo o envolvimento de outros atores, numa perspectiva de trabalho interdisciplinar<sup>(29)</sup>.

Esse modelo implica novas demandas (aumento da carga de trabalho) e pode, porém, desencadear conflitos com o modelo antigo de assistência em curso. Entretanto, quando o disposto na APS é implementado, ocorre diminuição das cargas de trabalho, pois mecanismos operacionais como o reconhecimento do território e a intersectorialidade podem conferir maior vinculação para o cuidado em saúde das comunidades<sup>(29)</sup>.

Outro fator que compromete as ações dos profissionais inseridos em serviços de políticas públicas é a rotatividade. Pesquisa que identificou como vem se constituindo a rede de proteção dos direitos da criança e do adolescente com base nas práticas dos atores sociais evidenciou que a rotatividade é um fator prejudicial ao trabalho<sup>(30)</sup>. Outra pesquisa que analisou os motivos de satisfação e insatisfação no trabalho de acordo com os modelos assistenciais utilizados no Brasil, o tradicional e a Estratégia de Saúde na Família, apontou que a satisfação no trabalho é fator positivo para diminuição da rotatividade nos serviços, permitindo a criação de vínculos entre os profissionais e a população<sup>(31)</sup>.

As limitações deste estudo foram a falta de observações in loco que poderiam fornecer uma apreensão mais profunda da realidade do objeto de estudo, bem como poder-se-ia ter recorrido a realização de entrevistas com os usuários das UMS, pais de crianças e adolescentes em situação de trabalho. No entanto, tal limitação pode ser justificada pelo fato do estudo se debruçar sobre o enfrentamento ao trabalho infantil na visão dos profissionais de saúde da atenção primária. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, considera-se que a riqueza da coleta de dados demonstra

profundidade do fenômeno estudado, o que minimiza a limitação diante dos achados desta pesquisa.

### **Considerações Finais**

O enfrentamento ao trabalho infantil na percepção da equipe da APS é influenciado por fundamentos teóricos legislativos que embasam o discurso oficial de proibição do trabalho infantil. O conceito de trabalho dos profissionais está em consonância com a determinação social heterogênea de ordem política, econômica, cultural e ideológica que acompanha as transformações no mundo do trabalho das sociedades capitalistas, historicamente constituídas, que permanecem até o presente.

Tais aspectos são sombras para a APS efetivar ações de enfrentamento ao trabalho infantil, decorrentes da determinação social acerca dos modelos assistenciais implementados historicamente no âmbito do SUS, causando limitações para a efetiva contribuição do setor saúde na erradicação do trabalho infantil. Entretanto, luzes precisam ser lançadas na esfera da APS, pensando efetivação de ações in loco, local onde o trabalho infantil e suas vulnerabilidades se manifestam de forma heterogênea. Outras pesquisas direcionadas ao trabalho infantil no âmbito do SUS são necessárias para identificar e aprimorar ações de enfrentamento a esse trabalho para além da estrutura física da unidade de saúde e que extrapole o mecanismo das notificações.

### **Referências**

- 1 Rios CFM, Rossler JH, Universidade Federal do Paraná. Labor as the leading Activity in the psy Chic development of Adult Individual. Rev. Psicol. Estud. 2017; 22(4): 563-73. Doi: 10.4025/psicolestud.v22i4.37465.
- 2 Radfar A, Asgharzadeh SAA, Quesada F, Filip I, College of Graduate Health Studies. Challenges and perspectives of child labor. Ind. Psychiatry J. 2018; 27(1): 17-20. Doi: 10.4103 / ipj.ipj\_105\_14.
- 3 Torres-Tovar M, Helo-Molina DS, Rodríguez-Herrera YP, Sotelo-Suárez NR. Child labor and agricultural production in Colombia. Rev. Fac. Med. 2019; 67(4): 573-80. Doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n4.72833>.

- 4 Leite LL, Rocha GF, Alberto MFP. **Work accidents with children and adolescents: known data or hidden data?**. Estudos Interdisciplinares em Psicologia. 2019; 10(2): 174-91. Doi: 10.5433/2236-6407.2019v10n2p174.
- 5 Ramos AK. Child labor in global tobacco production: a human rights approach to an enduring dilemma. Health Hum Rights. 2018; 20(2): 235-48. PMIC: 30568417.
- 6 Junior VSA, Vasconcellos LCF. Reflections on the work-health relationship of children and adolescents: an intervention space in worker's health training. Rev Bras Saude Ocup. 2020; 45: e5. Doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000035018>.
- 7 Decreto que institui o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde – IVAB na Secretária Municipal da Saúde de Curitiba em 2018 [internet], Pub. D. O. E. No. 114 – Ano VII: 41-6, D. 638 (21 de junho de 2018). [Acesso em: 21 de maio de 2019]. Disponível em: [https://legisladoexterno.curitiba.pr.gov.br/DiarioConsultaExterna\\_Pesquisa.aspx](https://legisladoexterno.curitiba.pr.gov.br/DiarioConsultaExterna_Pesquisa.aspx).
- 8 Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
- 9 Alberto MFP, Pessoa MCB, Malaquias TAP, Costa CSS, Universidade Federal da Paraíba. Child labor and infraction act: a cultural-historical analysis of child and juvenile development. Rev. SPAGEST. 2020; 21(1): 127-42. ISSN 1677-2970.
- 10 Junior VSA, Vasconcellos LCF. The historic and social importance of childhood for the construction of the right to health at work. Rev. Saúde Soc. 2017; 26(1): 271-85. Doi: 10.1590/S0104-12902017159018.
- 11 Alberto MFP, Yamamoto OH. When Education is Not the Solution: Public Policy in the Fight against Child Labor. Rev. Trends Psychol. 2017; 25(4): 1677-91. Doi: <http://dx.doi.org/10.9788/tp2017.4-10pt>.
- 12 Junior VSA, Vasconcellos LCF. Childhood, work and health: reflections on the official discourse of prohibition of child labor. Rev. Saúde Debate. 2017; 41(n. esp.): 25-38. Doi: 10.1590/0103-11042017S203.

13 International Labor Office. Global estimates of child labor: results and trends, 2012-2016. Geneva: 8.7 Alliance; 2017.

14 Putnick DL, Bornstein MH. Is child labor a barrier to school enrollment in low-and middle-income countries?. *Int J Educ Dev.* 2015; 41: 112-20. Doi: 10.1016/j.ijedudev.2015.02.001.

15 Dias JC. Trabalho infantil e trabalho infantil doméstico no Brasil: avaliação a partir dos microdados da Pnad/IBGE (2012-2013). Brasília: FNPETI; 2015.

16 Dias JC. O trabalho infantil nos principais grupamentos de atividades econômicas do Brasil. Brasília: FNPETI; 2016.

17 United Nations. Social Panorama of Latin America, 2019. Santiago: CEPAL; 2020. S. 19- 00909.

18 United Nations. Social Panorama of Latin America, 2015. Santiago: ECLAC; 2016. S. 16-00174.

19 United Nations. Social Panorama of Latin America, 2016. [local desconhecido]: CEPAL; [2017?]. S.17-00509.

20 United Nations. Social Panorama of Latin America, 2017. [local desconhecido]: CEPAL; [2018?]. S. 17-01051.

21 Pochmann M. Structural trends in the world of work in Brazil. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva.* 2020; 25(1): 89-99. Doi: 10.1590/1413-81232020251.29562019.

22 Karl Marx. O capital: crítica da economia política – Livro I: o processo de produção do capital. [local desconhecido]: Boi Tempo Editorial; [1900?].

23 Rocha GF, Alberto MFP, Leite LL, Almeida HD, Silva SSGT. Enfrentamento ao trabalho infantil pela política pública de saúde [internet]. Planejamento e Políticas de

Saúde. 2018; 51: 203-20. [Acesso em 16 set 2019]. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/841/484>.

24 Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.

25 Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS) de 2017 [internet]. Pub. Ministério da Saúde, P. 2436 (21 de setembro de 2017). [Acesso em: 03 de ago de 2019]. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

26 Lei federal que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. Pub. CEDECA. L. 8069 (13 de julho de 1990).

27 Pitombeira DF, Oliveira LC. Poverty and social inequality: tensions between rights and austerity and its implications for primary healthcare. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2020; 25(5): 1699-708. Doi: 10.1590/1413-81232020255.33972019.

28 Sperling S. National Primary Care Policy: consolidation of the care model or conciliation with the health market?. Rev. Saúde Debate. 2018; 42 (1): 341-45. Doi: 10.1590/0103-11042018S123.

29 Pires DEP, Vandresen L, Forte ECN, Machado RR, Melo TAP. Management in primary health care: implications on managers workloads. Rev. Gaúcha Enferm. 2019; 40: e20180216. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>.

30 Silva ACS, Alberto MFP. Loose Yarn of the Network for the Protection of Children and Adolescents' Rights. Psicol. Cienc. Prof. 2019; 39: 1-13. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185358>.

31 Forte ECN, Pires DEP. Nurses in basic care: between job satisfaction and dissatisfaction. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 15(3): 709-24. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00083>.

#### 6.4 Manuscrito IV - Vulnerabilidade para o Trabalho Infantil no Contexto da Atenção Primária à Saúde<sup>10</sup>

### INTRODUÇÃO

O território se caracteriza como a base material da vida que assegura a existência para a espécie humana pelo desenvolvimento histórico-social alcançado via trabalho, processo mediador na relação do homem com a natureza. É no território que são organizadas as ações de saúde pública, voltadas para a coletividade, pois é esse o espaço em que a vida transcorre e é passível de apreensão do processo saúde-doença (MONKEN; GONDIM, 2016).

O processo saúde-doença é entendido como um desgaste biológico ocorrido nos indivíduos de acordo com a sua inserção nos processos críticos, dentro da cultura local, as relações com o ambiente, a participação social pelo envolvimento comunitário e o processo de comunicação com a gestão local. Nesse contexto, as desigualdades sociais impactam de diferentes maneiras a saúde das distintas classes sociais em um processo socialmente determinado (COLIN; PELICIONI, 2018).

A determinação social se expressa na vida das crianças e dos adolescentes em dimensões de vulnerabilidades inter-relacionadas. Aspectos individuais e coletivos ocasionam maior exposição ao adoecimento e menor resposta a eventos danosos à saúde por dispor de menos recursos subjetivos, materiais, econômicos e políticos para proteção. A dimensão individual está ligada à consciência subjetiva dos sujeitos acerca dos seus direitos nas diversas cenas sociais. A vulnerabilidade social dá enfoque ao acesso aos meios de organização da vida material assentada nos relacionamentos sociais, organização política e cultural. A vulnerabilidade programática se caracteriza pela ação política, por meio dos governos, no respeito, promoção e proteção do direito à saúde (AYRES; PAIVA; FRANÇA, 2018).

---

<sup>10</sup> Este manuscrito foi submetido para ser publicado como capítulo no livro intitulado, *Vulnerabilidade em Saúde: contextos, abstrações e concretudes*.

Para a população infanto-juvenil, o trabalho infantil tem um potencial maior de ocorrência devido elementos de ordem individual, social e programática. É fundamental perceber as vulnerabilidades das crianças e dos adolescentes para o trabalho infantil na Atenção Primária à Saúde (APS), pois os aspectos histórico-sociais em torno do processo saúde-doença devem ser considerados na formulação das ações em saúde para a coletividade. O reconhecimento dos elementos de vulnerabilidade de crianças e adolescentes permite a adoção de medidas de proteção social pelos setores governamentais, em parceria com as equipes de Saúde.

A literatura relata lacuna no conhecimento sobre a qualidade de vida e saúde da população incluída no trabalho infantil (MIQUILIN et al, 2015). Há necessidade de estudos que considerem os níveis de pobreza, desemprego e fome, contexto que tende a elevar os níveis de trabalho infantil (SANTANA; KISS; ANDERMANN, 2019). Desse modo, o objetivo deste estudo é descrever as vulnerabilidades das crianças e dos adolescentes em relação ao trabalho infantil.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida em sete distritos sanitários (DS) e oito Unidades Municipais de Saúde (UMS) de uma cidade no estado do Paraná, Região Sul do Brasil, com início em maio de 2019 e finalização em setembro de 2019. Para inclusão dos locais no estudo, foi utilizado o decreto municipal da cidade onde a pesquisa foi desenvolvida, que estabelece o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência de Unidades Municipais de Saúde (IVAB), classificando-o em baixo, médio e alto. Todos os locais inseridos eram classificados com alto IVAB. Para inclusão dos participantes, foi considerado o tempo de atuação igual a um ano ou superior no local de trabalho.

Dessa forma, a população foi de 160 profissionais de saúde: 101 atenderam aos critérios de inclusão, quatro se recusaram a participar do estudo, concluindo 97 participantes da pesquisa. Desses 97 participantes, sete eram supervisores de DS; cinco, autoridades sanitárias de UMS; e 85 eram profissionais da assistência de sete categorias profissionais, sendo 23 agentes comunitário de saúde, oito dentistas, 12 enfermeiros, 11 médicos, oito representantes da Rede de Proteção à Criança e ao

Adolescente em Situação de Risco para a Violência, 16 técnicos de enfermagem e sete técnicos de saúde bucal.

Foi feita entrevista semiestruturada com um roteiro para os supervisores de DS, tendo sido abordadas questões relacionadas à existência do trabalho infantil no território de abrangência das UMS, e outro roteiro para as entrevistas com profissionais de saúde da assistência e autoridades sanitárias de UMS, abordando a identificação do trabalho infantil no território. Foi desenvolvido um teste piloto para construção e refinamento do instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados foi feita por duas pesquisadoras nos ambientes de trabalhos dos profissionais de saúde, em sala fechada, disponibilizada pelos próprios participantes, com duração média de 20 minutos. As entrevistas foram, posteriormente, gravadas e transcritas na sua completude.

Para a análise de dados, foi utilizado o referencial teórico da Análise do Conteúdo Categórica Temática de Bardin, seguindo três fases: leitura flutuante, codificação, categorização e classificação (BARDIN, 2016). O referencial teórico da vulnerabilidade do Ayres (2018) foi utilizado para subsidiar a discussão dos dados. Para a organização dos dados, foram utilizados o *software WebQDA®* e o *Microsoft Office Word®*.

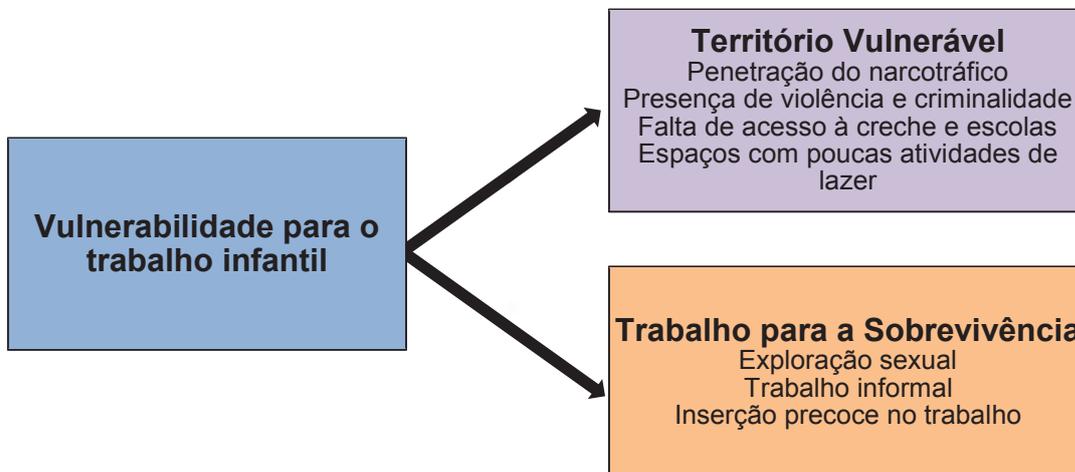
O *WebQDA®* foi utilizado para a leitura das entrevistas na íntegra, codificação livre das fontes internas, o que permitiu visualizar a frequência das unidades de registro no conteúdo dos dados empíricos e fazer questionamentos que permitiram relacionar os dados à pergunta da pesquisa que norteou este estudo. O software dispõe de ferramenta para o download em documento no formato de PDF posteriormente à organização dos dados, tendo sido utilizado para fazer a categorização e a classificação das categorias e subcategorias temáticas de pesquisa em tabelas do *Microsoft Office Word®*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e pela Secretaria Municipal de Saúde do município onde o estudo foi feito, sob pareceres de números, 3.044.321 e 3.558.491, respectivamente.

## RESULTADOS

Após a análise de dados, emergiram duas categorias temáticas como elementos de vulnerabilidade para o trabalho Infantil, descritas na Figura 1:

**Figura 1** - Elementos de vulnerabilidade para o trabalho infantil, presentes na prática dos profissionais da APS.



Fonte: dados da pesquisa.

## Vulnerabilidades e Trabalho Infantil:

### Território Vulnerável

Os profissionais referiram que os territórios de abrangência das UMS são locais de alta vulnerabilidade, com destaque para a penetração do narcotráfico, conforme relato a seguir:

*Aqui é uma região bem perigosa, de drogas, de outras coisas, assim, então provavelmente as mães preferem levar (crianças e adolescentes para catar recicláveis) junto com elas (E: 33). A área tem um Índice de Vulnerabilidade por Área de Abrangência (IVAB), uma vulnerabilidade muito grande (E: 74).*

Na visão dos profissionais de saúde, a opção dos pais que levam as crianças e os adolescentes para o trabalho justifica-se por ser uma forma de protegê-los da exposição à violência no território e no contexto familiar.

*Eu acho que é melhor estar junto da mãe e do pai fazendo alguma atividade do que estar sozinho no meio da rua, com um monte de piaçada (referindo-se a meninos), aprendendo o que não presta (E: 15). A gente entende que os pais ou responsáveis por aquela criança têm que levá-la para recolher reciclado, porque se não essa criança está em violência dentro da sua própria casa. (E:76).*

Para os profissionais de saúde, os territórios são locais de pouco alcance dos equipamentos para execução das políticas públicas responsáveis pela efetivação dos direitos sociais básicos das crianças e dos adolescentes no território, entre eles, o direito ao cuidado e à educação.

*Não tem creche para todo mundo (E: 87). A gente não tem a escola de adolescentes aqui na comunidade (E: 27).*

Os profissionais percebem que os territórios onde desenvolvem suas práticas laborativas são espaços com poucas atividades de lazer para as crianças e os adolescentes, sendo as Organizações Não Governamentais (ONGS) integrantes do terceiro setor, instituições que assumem o cuidado do público infanto-juvenil.

*Aqui no bairro não tem muita atividade para criança (referindo-se ao lazer) (E: 04). Aqui a gente vê bastante a questão de participação em ONGS, projetos, que acabam assumindo essa questão do cuidado com essas crianças (E: 21).*

### **Trabalho para sobrevivência**

De acordo com os profissionais, crianças e adolescentes são inseridos em atividades de trabalho como a exploração sexual para assegurar condições mínimas de sobrevivência no território.

*Eu conheci uma adolescente que ia fazer programa, ela era da minha área e ela era adolescente mesmo, ela tinha 16 anos e ela falou que desde os 14 ela vai fazer, ela saía e ligava, e fazia mesmo para ajudar em casa (E: 4). Se prostituindo (referindo-se a adolescentes e a crianças) para ganhar dinheiro, para levar comida para casa (E: 35).*

A vulnerabilidade social é determinante para o ingresso do adolescente no trabalho informal, como forma de contribuir na renda familiar.

*É uma questão financeira, a miséria é muito grande (E: 50). É uma população de baixíssima renda e se você for falar para um pai olha, seu filho não pode trabalhar, ele vai responder, mas ele me ajuda em casa com o que ele ganha (E: 53).*

Além disso, os relatos expõem que as crianças são introduzidas desde a mais tenra idade no trabalho infantil, com vistas a contribuir em atividades que favorecem o ganho financeiro, conforme o trecho a seguir:

*A criança, ela já é condicionada desde menor a ajudar nas atividades familiares, no sentido do ganho financeiro (E: 70). O trabalho infantil que muitas vezes é o pai que se vê obrigado a estar levando a criança (referindo-se à ajuda financeira) (E: 46).*

## **DISCUSSÃO**

Os dados mostram que os territórios de atuação profissional são percebidos pelos trabalhadores da APS como locais de alta vulnerabilidade, que se mantêm em razão da ausência do Estado para efetivar direitos sociais básicos. De acordo com os profissionais de saúde, o trabalho infantil em suas piores formas e em um cenário territorial vulnerável se apresenta como meio mínimo de sobrevivência para crianças, adolescentes e suas famílias.

O território no âmbito das dinâmicas sociais é elemento de apropriação do homem por meio do trabalho. A forma de ser e estar no mundo é estruturada pela base material, o território, que mantém o homem e a natureza em contato para construção dos modos de existência, demarca assim a evolução histórico-social de produção e a reprodução social da vida em diferentes momentos históricos (GONDIM; MONKEN, 2018). As transformações ocorridas historicamente nas sociedades implicam os modos de viver e morrer, refletindo-se na saúde das distintas classes sociais (MONKEN, 2019).

O trabalho precoce em que crianças e adolescentes estão inseridos se caracteriza como uma prática histórica e social que priva os sujeitos de acessarem condições objetivas essenciais para o seu desenvolvimento integral (ALBERTO et al, 2020).

A vulnerabilidade nos territórios onde o trabalho infantil se faz presente é um resultado evidenciado, com destaque para a presença do narcotráfico nos territórios cenários deste estudo. A dominação dos territórios pelas drogas impacta as relações sociais de poder, pois os espaços territoriais acabam sendo controlados pelo tráfico. Dessa forma, as crianças e os adolescentes ficam expostas a serem inseridas como trabalhadores precoces no tráfico de drogas.

A vulnerabilidade é entendida como um processo sensível do sujeito coletivo, manifestando-se em dimensões interligadas. Indivíduos pertencentes a determinados grupos sociais têm maior fragilidade a doenças e agravos à saúde, bem como maior indisponibilidade de recursos para sua proteção. Três eixos integrados explicam a

análise da vulnerabilidade, sendo eles, individual, social e programático (AYRES; PAIVA; FRANÇA, 2018).

Tal conceito de vulnerabilidade considera a determinação social no processo de saúde-doença e o ser humano é a unidade de análise, visto como um indivíduo-coletivo. Sendo assim, entende-se que as práticas de saúde precisam ser construídas numa perspectiva participativa, redefinindo objetos de intervenção para as reais necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

No âmbito individual, incide sobre os sujeitos a falta de informações para integrá-las como possibilidades de proteção e elaborar respostas a fenômenos que impactam a saúde. Na dimensão social, preconiza-se o acesso a meios para efetivar os direitos sociais, recursos materiais e de enfrentamento aos tipos de violências, embates políticos e culturais. A vulnerabilidade programática resulta da atividade política e econômica voltada para os problemas sociais, de forma que a proteção dos sujeitos se efetive democraticamente pelo compromisso do Estado (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS; SALETTI FILHO, 2009). Tais características se relacionam diretamente com o trabalho infantil e as vulnerabilidades que cercam este fenômeno.

A inserção de crianças e adolescentes nas rotinas de trabalho dos pais, na percepção dos profissionais de saúde, é um mecanismo utilizado para proteção da violência familiar e territorial, mas crianças e adolescentes continuam expostos a outros tipos de violências, visto que as atividades de trabalho dos pais se localizam no ramo da informalidade, sob precárias condições. Os territórios são locais de pouco alcance dos equipamentos de políticas públicas para efetivação dos direitos sociais básicos. Os tipos de vulnerabilidades em comento nos achados deste estudo estão agregadas ao eixo da vulnerabilidade individual, social e programática.

Pesquisa feita por meio de uma reflexão teórica expôs uma proposta de matriz conceitual para analisar a vulnerabilidade da criança em situações comprometedoras para seu desenvolvimento, tendo identificado que as especificidades do desenvolvimento infantil denotam uma matriz analítica que considere a determinação social do processo saúde-doença para manutenção do desenvolvimento integral, por ser esta dependente de uma rede protetora que proporciona suporte para seu cuidado em saúde (SILVA; CHIESA; VERÍSSIMO; MAZZA, 2013). Os aspectos que compõem essa matriz se relacionam diretamente com o trabalho infantil e os tipos de

vulnerabilidades encontradas neste estudo, pois refletem o desenvolvimento infanto-juvenil de maneira integral.

Na dimensão individual, chama-se atenção para as relações sustentadoras contínuas, a família como suporte estrutural para construção subjetiva da criança; e para a proteção física e segurança, cuidados preventivos e interventivos a situações de agravos à saúde da criança. Na dimensão social, consideram-se a inserção social da família, que abarca a escolaridade, profissionalização, trabalho, renda e habitação, e o acesso aos direitos, à proteção e promoção social nos diferentes campos de políticas públicas, saúde, educação, cidadania, cultura, igualdade de raça, gênero e participação social (SILVA et al, 2013).

Estudo que revisou e discutiu as vulnerabilidades presentes na infância e na adolescência bem como as políticas públicas brasileiras para intervenção apontou que cotidianamente a violência é perceptível no contexto familiar, territorial e escolar. Ressaltou ainda que os territórios são espaços precários de serviços públicos, com destaque para os locais de lazer e educação de qualidade. O desemprego familiar e a proximidade de locais do território controlados pelo tráfico favorecem a inserção precoce de crianças e adolescentes no trabalho (FONSECA et al, 2013). Tais achados confirmam os resultados desta pesquisa.

A vulnerabilidade a que crianças e adolescentes estão expostos se torna invisibilizada diante da ausência e comprometimento do Estado em garantir e efetivar direitos sociais conquistados historicamente. Os profissionais referiram que as ONGS assumem o papel de cuidado ao público infanto-juvenil.

As crianças e os adolescentes são vítimas da exploração sexual para contribuir com recursos financeiros e prover o sustento familiar. A exploração sexual é considerada pela Organização Internacional do Trabalho (Convenção 182) e pela legislação nacional (Decreto 6.481 de 2008) uma das piores formas de trabalho infantil. A extrema pobreza nos ambientes familiares denuncia a condição de miserabilidade em que se vive. Essas vulnerabilidades se localizam no âmbito da vulnerabilidade programática e social.

Historicamente elementos de cunho ideológico, político, econômico e cultural potencializam o trabalho infantil e sua característica de ser prejudicial à saúde de crianças e adolescentes (AGUIAR JÚNIOR; VASCONSELOS, 2017).

A vulnerabilidade programática chama atenção para o compromisso, recursos, gerência, monitoramento das ações implementadas na esfera local, regional e

nacional terem maiores chances de integrar recursos sociais existentes para as necessidades em saúde no território e para a sinalização na construção de novos recursos que fortaleçam os sujeitos diante de situações agravantes para a saúde (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS; SALETTI FILHO, 2009).

A vulnerabilidade social se expressa no processo de determinação social, que coloca famílias de crianças e adolescentes trabalhadoras, a margem da inserção social, sem acesso aos seus direitos e participação política que os direcionem para a condição de cidadãos, mediante direitos efetivados. A vulnerabilidade que envolve o trabalho infantil, denota a construção histórica e social da representação do trabalho como elemento fundamental para a construção do sujeito que precisa prover o mínimo de recursos para sobreviver em sociedade.

Estudo que identificou e analisou as percepções e as práticas dos profissionais de saúde e do terceiro setor sobre a adolescência e a violência elucidou que os profissionais das ONGS percebem que assumem o papel do Estado em várias demandas. Foi evidenciado, um distanciamento das ações promovidas pelo terceiro setor e o Estado, não havendo reconhecimento de pertencimento à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, fragmentando o trabalho voltado à atenção integral à saúde (LOURENÇO; FONSECA, 2020).

Outro estudo que analisou os projetos reproduzidos por instituições sociais voltados para jovens identificou uma focalização de projetos sociais de caráter compensatório nas periferias das grandes cidades. As ONGS são protagonistas na realização dos projetos em razão do potencial de multiplicação que assumiram com as investidas neoliberais. O estudo ressaltou ainda escassa participação dos jovens na constituição dos projetos em que estão inclusos, reforçando a ideologia de que os adolescentes da classe social pobre devem adentrar o mundo do trabalho para prover recursos mínimos para a sobrevivência e superar suas dificuldades (PASQUIM; CAMPOS; SOARES, 2016).

O trabalho, na condição de elemento humanizador da espécie humana, se apresenta contraditoriamente para crianças e adolescentes como alienador das suas próprias potencialidades, por não acessar condições histórico-sociais que favorecem seu desenvolvimento. Ensaio teórico sobre a psicologia histórico-cultural, trabalho infantil e ato infracional observou que o crescimento subjetivo está intimamente relacionado com as condições objetivas em que se vive (ALBERTO; PESSOA; MALAQUIAS; COSTA, 2020).

A literatura internacional, por meio de uma análise multidimensional acerca da economia, e o trabalho infantil para alguns países em desenvolvimento ressaltam que os altos índices de pobreza provocam crescimento do trabalho infantil. Na Etiópia, o índice de pobreza em 2013 era de 0,54, e o trabalho infantil, de 35%; na Índia, a pobreza correspondia a 0,28, e o trabalho infantil a 11,80%; e em Madagascar, foi de 0,42 e 28% de trabalho infantil. A variação de trabalho infantil entre os países denota que fatores heterogêneos impactam as diferentes culturas e intervenções dos governos nacionais, desde pouco ou nenhum acesso à educação, negligência, pouco acesso a serviços de saúde e pobreza intergeracional (FARAZ, 2019).

O baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) possui relação com o trabalho infantil. Em 2012, no Chade, país da África Central o IDH era de 0,37 e 26% das crianças trabalhavam; na Etiópia, o IDH registrou 0,43 e a proporção de trabalho infantil foi de impressionante 35%. A Índia registrou um IDH de 0,58 e 12% das crianças estavam trabalhando (FARAZ, 2019).

No Brasil, pesquisa que analisou a relação entre trabalho infantil na faixa etária de 10 a 13 anos e os indicadores socioeconômicos identificou que o IDH dos municípios brasileiros é de 0,718, ocupando a 79ª posição no mundo, estando atrás de nações vizinhas como Argentina, Uruguai, Chile e Venezuela. Outros indicadores sociais, como a taxa de analfabetismo da população de 15 anos, o percentual de crianças que não frequentam a escola e a proporção de crianças pobres são superiores à média e podem determinar o trabalho infantil (SILVEIRA; OLIVEIRA; FIGUEIRÊDO, 2018).

As ações do Estado direcionadas ao trabalho infantil no âmbito da política de saúde começaram a ser formuladas quando acidentes de trabalho com crianças e adolescentes se tornaram passíveis de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Com a sanção da Portaria N° 777, de 28 de abril de 2004, criou-se a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho, cujos serviços são os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, hospitais, serviços de alta e média complexidade credenciados como sentinela e os serviços de atenção primária. Essa rede foi organizada a partir da porta de entrada no sistema de saúde, operacionalizando ações de acolhimento, notificação, atenção integral, por meio da assistência e vigilância da saúde (BRASIL, 2004).

Pesquisa que refletiu sobre limites e possibilidades do campo em saúde do trabalhador no enfrentamento ao trabalho infantil evidenciou desafios para efetivar práticas de trabalho no sistema de saúde. Profissionais referiram ser necessário um aprofundamento acerca do trabalho infantil pelos profissionais do campo de saúde do trabalhador e a importância da Estratégia de Saúde na Família (ESF) nas unidades de saúde para identificação e intervenção nos casos de trabalho infantil. Enfatizou ainda que a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes requer diálogo intersetorial com outras instituições de políticas públicas como assistência social e ministério público, mas outros profissionais disseram não saber como fazer uma articulação com outros setores de políticas (AGUIAR JÚNIOR; VASCONCELOS, 2020).

Os desafios para a efetivação da intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e assistência social no Brasil esbarram no fator comunicação (diálogo intersetorial) para sua efetivação na polissemia da palavra, e em outros aspectos como o ciclo político, burocracia, participação social e equidade. Desafios semelhantes são encontrados em outros campos de políticas públicas (CARMO; GUIZARDI, 2017).

A complexidade da realidade exige que a Vigilância em Saúde seja norteadora do modelo de atenção à saúde, de forma que a determinação social embase as práticas universais, integradas, participativas e territoriais (BRASIL, 2017). A vigilância em saúde deve atuar na identificação, mapeamento, monitoramento e intervenções em rede, objetivando redução das iniquidades e diminuição das vulnerabilidades para o trabalho infantil de modo a efetivar a atenção integral em saúde.

As Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos do Ministério da Saúde, normativa legal para organização do enfrentamento ao trabalho infantil na política de saúde, orientam que as crianças e adolescentes inseridos no trabalho, que se fizerem presentes nas unidades de saúde da atenção primária, devem ser identificados, avaliados e encaminhados por meio de articulação com a vigilância em saúde e outras instâncias em saúde do trabalhador, delegacias regionais de trabalho, Ministério do Trabalho e Emprego, Conselhos dos direitos de crianças e adolescentes, Programas de Transferência de Renda, Escolas, incluindo o Serviço Nacional de Aprendizagem, Empresas, Redes Sociais de Apoio, Ministério Público e Ministério Público do Trabalho (BRASIL, 2005).

Tais recomendações no âmbito do SUS para as ações na APS direcionadas ao trabalho infantil contrariam o modelo de atenção que organiza a APS tendo como foco de ação o território, espaço onde as vulnerabilidades se constituem e podem ser compreendidas na íntegra.

Observa-se que as orientações no âmbito do sistema de saúde, apesar de este sistema estar norteado por um conceito de saúde fundamentado para além da ausência de doenças, considerando o processo de determinação social como fundamental para entender as maneiras de adoecer e morrer, se contrapõe com as recomendações para o trabalho infantil, reforçando para a livre demanda nas unidades de saúde.

O Cenário Político-Programático deve dispor de engajamento político para a base material de efetivação das políticas públicas, recursos humanos, construção de políticas públicas específicas que favoreçam o desenvolvimento infantil, mecanismo intersetorial, potencialização social e jurídica e controle social para a efetivação das políticas. E as Diretrizes de Implementação Político-Programática devem considerar a organização dos programas de atenção, proteção e as ações dos serviços para a efetivação da atenção integral em saúde (SILVA; CHIESA; VERÍSSIMO; MAZZA, 2013).

As Diretrizes de Atenção Integral a Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos relacionam-se diretamente com as Diretrizes de Implementação Político-Programática, pois as ações caminham no sentido inverso ao modelo de atenção que organiza a APS, com base nas necessidades locais em saúde, tendo como foco de atenção o território. Tais orientações comprometem a atuação profissional dos recursos humanos, que podem refletir as orientações das diretrizes no âmbito de trabalho na atenção à saúde de crianças e adolescentes, principalmente as que se encontram em condições de trabalho precoce.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados mostraram que a vulnerabilidade das crianças e dos adolescentes para o trabalho infantil se manifesta por elementos presentes no território e na necessidade do trabalho para a sobrevivência. Tais condições apontam para o processo de determinação social, tendo em vista as dinâmicas sociais presentes nos territórios.

A vulnerabilidade programática se expressou nas lacunas deixadas pela inércia das ações políticas, que mostram um descompasso para com a realidade social, necessitando de ações no território que potencializem a proteção e o cuidado às crianças e aos adolescentes inseridos no trabalho infantil, considerando suas reais necessidades em saúde.

Crianças e adolescentes tem suas constituições subjetivas permeadas pela precariedade da sua rede de apoio, e por famílias que não dispõem de informações que possam ser utilizadas para produzir respostas a fenômenos que infrinjam a saúde bem como pela vulnerabilidade social, visto seus direitos sociais não serem efetivados.

Os resultados demonstram a necessidade da presença do poder público na realidade das comunidades periféricas, mediante o aumento do investimento público, no lugar de medidas de austeridade fiscal, por meio de políticas econômicas e sociais, que visem a garantia da qualidade de vida para toda a sociedade. É fundamental uma rede proteção efetiva.

## REFERENCIAS

- AGUIAR JÚNIOR, Valdinei Santos de; VASCONSELOS, Luiz Carlos Fadel de. Reflections on the work-health relationship of children and adolescents: an intervention space in worker's health training. **Rev Bras Saúde Ocup**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p. 1-8, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S030376572020000100601&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S030376572020000100601&script=sci_arttext). Acesso em: 21 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000035018>.
- AGUIAR JÚNIOR, Valdinei Santos de; VASCONSELOS, Luiz Carlos Fadel de. Infância, trabalho e saúde: reflexões sobre o discurso oficial de proibição do trabalho infantil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, vol.41 no.spe2, p. 25-38, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000600025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 23 Jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s203>.
- ALBERTO, M. F. P. PESSOA, M. C. B. MALAQUIAS, T. A. P. COSTA, C. S. S. Trabalho infantil e ato infracional: análise histórico-cultural do desenvolvimento infantojuvenil. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 127-142, 2020.
- BARDIN, L. Análise. Tradução de: Reto, L. A. PINHEIRO, A. 70. ed. São Paulo, 2016. Título original: L'analyse de contenu.
- BORNSTEIN, Vera Joana et al. Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde: textos de apoio. In: MONKEN, M; GONDIM, G. M. G (ed.). Território: lugar onde a vida acontece. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 108-112.

BRASIL. Portaria Nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 mar. 2019.

BRASIL. Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Documento orientador da 1ª. Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: CNS; 2017.

CARMO, Michelly Eustáquia do.; GUIZARDI, Francini Lube.; Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312017000401265&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312017000401265&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 02 mar. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331201700040002>.

COLIN, Elaine Cristina da Silva; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; Territoriality, local development, and health promotion: a case study in a historical village of Santo André, São Paulo, Brazil. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 27, n. 4, p.1246-1260, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000401246&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401246&tlng=pt). Acesso em: 15 Set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170850>.

DINA, C.; FREITAS, C. M.; Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. In: AYRES, J. R. C. M; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, G. J; SALETTI FILHO, H. C; O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.

FONSECA, F. F.; SENA, R. K, R.; SANTOS, R. L. A.; DIAS, O. V.; COSTA. S. M.; The vulnerabilities in childhood and adolescence and the Brazilian public policy intervention. **Rev Paul Pediatr**, Montes Claros, v. 31, n. 2, p. 258-264.

FARAZ, Muhammad Ahmed. Economics of Child Labor: A Multidimensional approach. **Journal of Social Science Research**, Índia, Vol 14, p. 2979-2996, 2019. Disponível em: <https://cirworld.com/index.php/jssr>. Acesso em: 27 Set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.24297/jssr.v14i0.8098>.

LOURENÇO, Rafaela Gessner. FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Primary Health Care and the Third Sector in the face of violence between intimate adolescent partners. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 28, n. 3, p. 1-9, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692020000100399&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692020000100399&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 25 Set. 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.3811.3341.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, C. M.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L.; Atenção Primária à Saúde. In: GONDIM, G. M. M; MONKEN, M; O uso do território na atenção primária à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p.143-175.

MIQUILIN, Isabella de Oliveira Campos. MARÍN-LEÓN, Letícia. Luz, Verônica. Gronau. LA-ROTTA, Ehideé. Isabel Gómes. CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de crianças e adolescentes trabalhadores e não trabalhadores, Brasil: análise das desigualdades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, N. 9, p. 1856-1870, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2015000901856&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000901856&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 Abr. 2020 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00142214>.

MONKEN, Maurício; Diálogos e interfaces da abordagem geográfica na educação profissional de nível técnico em saúde. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Blumenau, v. 15, n. 33, p. 83 - 90, 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/51679>. Acesso em: 17 Set. 2020. DOI:<http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia153351679>.

PAIVA, V.; Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidade y derechos humanos/Vera Paiva et al. 2018. In: AYRES, J. R; PAIVA, V; FRANÇA, I. De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidade. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporânea. Compaginado desde TeseoPress. Argentina, 2018, p. 35-64.

PASQUIN, Heitor Martins. CAMPOS, Cecília Maria Sivalli. SOARES, Cássia Baldini. Projects carried out by social institutions focused on young people: fragmented activities and disengagement of the government. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.1, p.198-205, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902016000100198&lng=es&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000100198&lng=es&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 25 Set. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015139991>.

SÁNCHEZ, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lang=pt). Acesso em: 20 Set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>.

SANTANA, Vilma Sousa. KISS, Ligia. ANDERMANN, Anne. O conhecimento científico sobre trabalho infantil na América Latina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n 7, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000900201&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000900201&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 13 Set. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00105119>.

SILVA, Daniel Ignacio da. CHIESA, Anna Maria. VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramallo. MAZZA, Verônica de Azevedo. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1397- 402, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000601397&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601397&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 Set. 2020. DOI: 10.1590/S0080-62342013000600021.

SILVEIRA, Natércia Janine Dantas da. OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa. FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto Ferreira de. A produção das desigualdades: análise entre o trabalho infantil e indicadores sociais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 42, n. 3, p. 450-464, 2018. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2775>. Acesso em: 27 Set. 2020. DOI: 10.22278/2318-2660.2018.v42.n3.a2775.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As concepções e práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do trabalho infantil refletem a contradição da determinação social no mundo do trabalho, assegurada pelos discursos oficiais. A legislação que assegura o enfrentamento ao trabalho infantil e fundamenta as práticas dos profissionais foi formulada de maneira desigual, causando fragmentação nas ações de trabalho, voltadas para a intersectorialidade e a integralidade da atenção.

No setor saúde, as orientações para o enfrentamento ao trabalho infantil refletem as práticas dos profissionais no âmbito do SUS, as quais são incongruentes com o modelo de atenção que organiza a APS, pois se referem ao atendimento da livre demanda nas unidades de saúde, enquanto o modelo de atenção orienta o território como local de atuação, considerando a determinação social do processo saúde-doença que fundamenta o conceito de saúde.

Destaca-se a importância de uma rede efetiva na proteção integral das crianças e dos adolescentes, vulneráveis para vários tipos de violação dos seus direitos, entre estes, o trabalho infantil. A atuação dos profissionais não deve se voltar apenas para a demanda assistencial, necessitando esta ser fortalecida pelas práticas Inter profissionais e mecanismos intersectoriais que operacionalizem a potencialização da atuação profissional.

Apesar da identificação do trabalho infantil em suas condições mais precarizadas pelos profissionais da APS nas suas realidades objetivas de trabalho, é um desafio desenvolver ações de intervenção diante da sua complexidade ideológica, cultural, política e econômica. O enfrentamento ao trabalho infantil pelos profissionais da APS reflete a historicidade do fenômeno, visto que o trabalho para crianças e adolescentes é entendido como fundamental para sua construção como ser humano. O trabalho, atividade exclusiva do gênero humano, só permite a humanização do homem quando caminha na mesma direção dos seus objetivos pessoais, sendo, para isso necessário acesso às condições de produção e reprodução social da vida, construídas de maneira coletiva pela força de trabalho humano, que demarca avanço histórico e social no tempo.

Ressalta-se que este estudo possibilitou perceber que a vulnerabilidade a que crianças e adolescentes estão expostas favorece a inserção no trabalho precoce,

apresentando-se nas suas dimensões individual, social e programática. As condições objetivas de vida são desfavoráveis para a constituição subjetiva das crianças e dos adolescentes, que são dependentes da sua rede de apoio, a família, que não dispõe da formulação de mecanismos que garantam sua proteção para um desenvolvimento integral.

Direitos sociais conquistados historicamente não são efetivados tendo em vista a ausência do estado. As ações constituídas despontam descompasso para o enfrentamento ao trabalho infantil, que se mostra heterogêneo para as diferentes realidades sociais. Já as iniciativas do sistema de saúde para o trabalho infantil são desconexas do modelo de atenção que norteia as ações e se expressa na atuação dos profissionais.

Considera-se relevante que outros estudos sejam feitos em relação ao enfrentamento do trabalho infantil no campo da saúde e em outros setores de políticas públicas de outras regiões geográficas, voltando-se para a identificação do trabalho infantil nas suas diferentes realidades, capacitação dos profissionais acerca do trabalho infantil e formas de intervenção que contemplem mecanismos intersetoriais.

Esta pesquisa contribui para auxiliar a elucidar a realidade do trabalho infantil no contexto de atuação da APS, tendo esta potencial de ser norteadora da rede de atenção, visto que a proximidade dos profissionais do território permite visualizar o trabalho infantil in loco. A APS deve atuar junto a rede de proteção para além da identificação e notificação dos casos de trabalho infantil, visto que é fundamental para à identificação das iniquidades para redução das vulnerabilidades no território, local onde a vida se desenvolve.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de. MEDINA, Maria Guadalupe. FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. GIOVANELLA, Ligia. BOUSQUAT, Aylene. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, Núm. Espe. 1, p. 244-260, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 05 Mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000400009](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400009). Acesso em: 12 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400009>.

AGUIAR JUNIOR, Valdinei Santos de. VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. A importância histórica e social da infância para a construção do direito à saúde no trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo [S. l.], v. 26, n. 1, p. 271–285, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000100271&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100271&lang=pt). Acesso em: 05 Mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017159018>.

AGUIAR JUNIOR, Valdinei Santos de. VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Infância, trabalho e saúde: reflexões sobre o discurso oficial de proibição do trabalho infantil - TI. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 41, n. spe2, p. 25–38, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000400025&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000400025&lang=pt)>. Acesso em: Mar de 2019.

AGUIAR JÚNIOR, Valdinei Santos de. VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Reflexões sobre a relação trabalho-saúde de crianças e adolescentes: um espaço de intervenção na formação em Saúde do Trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup**, São Paulo v.45, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S030376572020000100601&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S030376572020000100601&script=sci_arttext). Acesso em: 02 Ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000035018>.

AKERMAN, Marco et al., Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4291.pdf>. Acesso em: 02 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>.

ALBERTO, Maria de Fátima Pereira. YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. Quando a Educação Não é Solução: Política de Enfrentamento ao Trabalho Infantil. **Trends in Psychology**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1677–1691, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2358-18832017000401677&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832017000401677&lang=pt). Acesso em: 07 Abr. 2019. <https://doi.org/10.9788/tp2017.4-10pt>.

ALBERTO, Maria de Fátima Pereira. PESSOA, Manuela Castelo Branco. COSTA, Rafaela Rocha. BELÉM, Kassia Kiss Grangeiro. SILVA, Suzany Ludimila Gadelha e. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil: Concepções de Educandos e Famílias. *Rev. Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 36, n. 2, p. 458-470, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932016000200458&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200458&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001842013>.

ALBERTO, Maria de Fátima Pereira. As implicações psicossociais do trabalho precoce de meninos e meninas em condição de rua. *Rev. Laboreal*, v. 3, n. 2, p. 8-2, 2007. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/12266>. Acesso em: 04 Mar. 2020. <https://doi.org/10.4000/laboreal.12266>.

ALBERTO, M. F. P.; PESSOA, M. C. B.; MALAQUIAS, T. A. P. COSTA, C. S. S.; Trabalho infantil e ato infracional: análise histórico-cultural do desenvolvimento infanto-juvenil. *Revista da SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 21. N. 1, p. 127-142, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702020000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000100010). Acesso em: 10 Ago. 2020.

ALBUQUERQUE, Guilherme Sousa Cavalcanti de. SILVA, Marcelo José de Sousa e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014, Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0953.pdf>. Acesso em: 15 Abr. 2020. doi: 10.5935/0103-1104.20140082.

BARDIN, L.; **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BÉLEM, Wesley Assis de. PAULA, Maristela Vicente de. BORGES, Neila Maria Mendes. PACHECO, Maisa Pires. O trabalho Infantil: com a palavra crianças e adolescentes. *Revista EDaPECI*, São Cristóvão, v.16. n. 3, p. 469-485, 2016. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/edapeci/article/view/5969/pdf>. Acesso em: 05 Fev. 2020. <https://doi.org/10.29276/redapeci.2016.16.35969.469-785>.

BRASIL. **Nº Decreto de 14 de Junho de 2012**. Convoca a III Conferência Global sobre Trabalho Infantil. Diário Oficial da união, Revista dos Tribunais online, 2012.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 3.597, de 12 de setembro de 2000**. Promulga a Convenção 182 e a Recomendação 190 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e a Ação Imediata para sua Eliminação, concluídas em Genebra. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 4.134 de 15 de fevereiro de 2002**. Promulga a Convenção no 138 e a Recomendação no 146 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Idade Mínima de Admissão ao Emprego. Casa civil, p. 1-9, 2002.

\_\_\_\_\_. **Decreto 4.313, DE 24 DE Julho DE 2002.** Regulamenta o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à educação - "Bolsa Escola", e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. **Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004.** Regulamenta a Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **Decreto 5. 598 de 1º de dezembro de 2005.** Regulamenta a contratação de aprendizes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. **Decreto 6.302 de 12 de dezembro de 2007. Institui o Programa Brasil Profissionalizado.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008.** Regulamenta os artigos 3º, alínea "d", e 4º da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 99.710, de 21 de novembro DE 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança.** Casa Civil, [S. l.], 1990.

\_\_\_\_\_. **Decreto 8.740 de 04 de maio de 2016.** Altera o Decreto nº 5.598, de 1º de dezembro de 2005, para dispor sobre a experiência prática do aprendiz. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional Nº 14, de 12 de setembro de 1996.** Modifica os arts. 34, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e dá nova redação ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília: Casa Civil, 1996.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional Nº 20 de 15 de dezembro de 1998.** Modifica o Sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.069/1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Senado Federal (coordenação de edições técnicas), 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei 12.852 de 5 de agosto de 2013.** Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Senado Federal, 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142 de 12 de outubro de 1991.** Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1991.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.742 de 7 de Dezembro de 1993.** Dispõe Sobre a Organização da Assistência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, [s. n.]. 1993.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 9.424, de 24 de dezembro de 1996.** Dispõe sobre o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério, na forma prevista no art. 60, 7º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1996.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.219 de 11 de abril de 2001.** Cria o Programa Nacional de Renda Mínima Vinculada a Educação - "Bolsa Escola". Diário Oficial da União, p. 1-5, 2001.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 10.803, DE 11 de dezembro de 2003.** Altera o art. 149 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para estabelecer penas ao crime nele tipificado e indicar as hipóteses em que se configura condição análoga à de escravo. Brasília, Casa Civil, p.1. 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.836 de 9 de janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa Família e dá outras Providências. Brasília, Casa Civil, 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.097, de 19 de dezembro de 2000.** Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.494, de 20 de junho DE 2007.** Regulamenta o FUNDEB, de que trata o art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; Altera a Lei nº 10.195, de 14 de fevereiro de 2001; revoga dispositivos das Leis nº 9.424, de 24 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União, Brasília, DF [s. n.], 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 12.435, de 6 de Julho de 2011.** Altera A Lei Nº 8.742, De 7 De Dezembro De 1993, Que Dispõe Sobre A Organização Da Assistência Social. Brasília, Casa Civil, p. 1-7, 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 12.513, DE 26 DE OUTUBRO DE 2011.** Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis no 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro- Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de

Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e no 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. Brasília, Casa Civil, p. 1-11, 2011.

\_\_\_\_\_. **Instrução Normativa 1, de 23 de março de 2000 - Secretaria de Inspeção do Trabalho.** Secretaria de Inspeção do Trabalho. p 1-5, 2000.

\_\_\_\_\_. **I Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente.** 1ª ed. Brasília, Ministério do Trabalho e Emprego, 2004.

\_\_\_\_\_. **II Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Adolescente Trabalhador. Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil.** 2ª ed. Brasília, Ministério do Trabalho e Emprego, 2011.

\_\_\_\_\_. **III Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador (2019-2022).** 3ª ed. Brasília, Ministério de Desenvolvimento Humano, 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria normativa 17, de 24 de abril de 2007.** Ministério da Educação - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - Ministério do Esporte - Ministério da Cultura. Institui o Programa Maus Educação, que visa fomentar a educação de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades socioeducativas no contra turno escolar. Brasília, Revista dos Tribunais online, 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria N° 155, de 29 de setembro de 2017.** Institui o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde – IVAB na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, Diário Oficial do Município de Curitiba, 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria N° 318, de 12 de dezembro de 2016.** Estabelece normas gerais para o funcionamento do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI. Brasília, Ministério de desenvolvimento Social e Agrário, Diário Oficial da União, p.46, 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria 458 de 4 de outubro de 2008.** Estabelece Diretrizes e Normas do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria n° 666, de 28 de dezembro de 2005.** Disciplina a integração entre o Programa Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. Brasília, Diário Oficial da União, p. 1-10, 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 693 de 23 de maio de 2017.** Dispõe sobre a formação de aprendizes em entidade concedente de experiência prática do aprendiz nos termos do art. 23-A do decreto 5.598/2005 (alterado pelo decreto 8.740, de 4 de maio de 2016) e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 1-3, 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004.** Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **Portaria 878, DE 3 de Dezembro de 2001.** Diário Oficial da União, p. 1-8. 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 1.144, de 10 de outubro de 2016.** Institui o Programa Novo Mais Educação, que visa melhorar a aprendizagem em língua portuguesa e matemática no ensino fundamental. Brasília, Diário Oficial da União, p. 196, 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1.339, de 15 de agosto de 2012.** Institui o Fórum Nacional de Aprendizagem Profissional, com o objetivo de promover o debate sobre a contratação de aprendizes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, P. 1-32, 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.979, DE 12 DE Novembro DE 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. P. 1-8, Brasília, Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria SVS nº 3.120, de 01 de julho de 1998.** Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do Trabalhador. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 01, de 21 de fevereiro de 2013.** Dispõe sobre o reordenamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV, no âmbito do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pactua os critérios de

partilha do cofinanciamento federal, metas de atendimento do público prioritário e, dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, p. 1-7, 2013.

\_\_\_\_\_. **Resolução N° 33 de 28 de novembro de 2011.** Define a Promoção da Integração ao Mercado de Trabalho no campo da assistência social e estabelece seus requisitos. Brasília, Diário Oficial da União, 2011.

\_\_\_\_\_. **Resolução N° 109, de 11 de novembro de 2009.** Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência Social, p. 1-64, 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução N° 113, de 19 de abril de 2006 Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.** Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. p. 1-20, 2006.

\_\_\_\_\_. **Resolução N° 115 de 15 de julho de 2005.** Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB SUAS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes.** Brasília, Ministério da Saúde, p. 1-32, 2006.

\_\_\_\_\_. **Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos.** Ministério da Saúde, Brasília, p. 1-76, 2005.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Saúde (CNS). Documento orientador da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.** Brasília: CNS; 2017.

Bulhões, Larissa Figueiredo Salmen Seixlack. MARTINS, Lígia Márcia. A relação intrínseca entre a psicologia histórico-cultural e a epistemologia marxiana. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 23, p. 1-12, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722018000100230&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722018000100230&script=sci_arttext). Acesso em: 10 Jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v23.e39177>.

BORNSTEIN, Vera Joana et al. Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde: textos de apoio. In: MONKEN, M; GONDIM, G. M. G (ed.). Território: lugar onde a vida acontece. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 108-112.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). The social health determination as a tool of transformation towards a new public health (community health). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín, v. 31, N. 1, p. 13-27, 2013.

CARMO, Michelly Eustáquia do. E, GUIZARDI, Francini Lube. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n 4, p. 1265-1286, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000401265&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401265&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 Mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400021>.

CARVALHO, Inaiá Moreira de.; Algumas lições do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 50-61, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392004000400007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000400007). Acesso em: 17 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000400007>.

CEBALLOS, Albanita da Costa. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde. Recife, 2015.

COLIN, Elaine Cristina da Silva; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; Territoriality, local development, and health promotion: a case study in a historical village of Santo André, São Paulo, Brazil. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 27, n. 4, p.1246-1260, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000401246&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401246&tlng=pt). Acesso em: 15 Set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170850>.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Panorama Social da América Latina, 2019. Resumo executivo (LC/PUB.2020/1-P), Santiago, 2020.

Commission Economic for Latin America and the Caribbe. An (ECLAC), Social Panorama of Latin America, 2015 (S.17-00509), Santiago, 2016.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Panorama Social da América Latina, Síntese, 2017 (S.17-01051), Santiago, 2017.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Panorama Social da América Latina, Síntese, 2018 (S.18-01085), Santiago, 2018.

CURITIBA. DECRETO N° 638 Institui o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde - IVAB na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Diário Oficial Eletrônico Atos do Município de Curitiba, 2018. Disponível em: [https://legisladoexterno.curitiba.pr.gov.br/DiarioConsultaExterna\\_Pesquisa.asp](https://legisladoexterno.curitiba.pr.gov.br/DiarioConsultaExterna_Pesquisa.asp).

CURITIBA. Relatório Sobre Violência em Crianças e Adolescentes - 2017, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Centro de Epidemiologia, 2018.

CURITIBA. Perfil das Notificações De Violência Interpessoal/Autoprovocada no Município em 2018. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Centro de Epidemiologia, 2019.

CURITIBA. Plano Municipal de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. 2017.

CURITIBA. Violência Contra Crianças e Adolescentes Perfil dos Casos Notificados em 2013. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Centro de Epidemiologia, 2014.

CURITIBA. Violência Contra Crianças e Adolescentes Perfil dos Casos Notificados em 2014. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Centro de Epidemiologia, 2015.

CURITIBA. Violência Contra Crianças e Adolescentes Perfil dos Casos Notificados em 2015. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Centro de Epidemiologia, 2016.

CURITIBA. Violência Contra Crianças e Adolescentes Perfil dos Casos Notificados em 2016. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Centro de Epidemiologia, 2017.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre, 3. ed, 2014.

CHAHAD, J. P. Z. SANTOS, E. H. O trabalho infantil no Brasil - evolução , legislação e políticas visando sua erradicação. **Rev. Direito do Trabalho**, São Paulo, p. 95-124. 2006. Acesso em: Jun de 2019.

CRUZ, Gabriela.; ROCHA, Rudi.; Efeitos do FUNDEF/B sobre Frequência Escolar, Fluxo Escolar e Trabalho Infantil: Uma Análise com Base nos Censos de 2000 e 2010. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 39-75, 2018. Disponível em:[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010141612018000100039&script=sci\\_artt\\_ext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010141612018000100039&script=sci_artt_ext&tlng=pt). Acesso em: 10 Fev.2019 <http://dx.doi.org/10.1590/0101-4161481239gcr>.

DASCHEVI, Jéssica Mendes. Tacla, Mauren Teresa Grubisich Mendes. ALVES, Bárbara de Andrade. Toso, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. COLLET, Neusa.

Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 31-38, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/18032/17288>. Acesso em: 10 Set. 2019. DOI: 10.5433/1679-0367.201v36n1p31.

DAMMERT, A. C.; HOOP, J.; MVUKIYEHE, E.; ROSATI, F. C.; Effects of public policy on child labor: current knowledge, gaps, and implications for program design. **World Development**, Ottawa, v. 110, p. 104 -123, 2018. DOI:org/10.1016/j.worlddev.2018.05.001.

DIAS, J. C.; ARAÚJO, G. S.; O trabalho infantil no Brasil: uma leitura a partir da PNAD contínua (2016). 2018.

DIAS, J. C.; ARAÚJO, G. S.; O trabalho infantil na agropecuária brasileira uma leitura a partir do senso de agropecuário de 2017. Brasília, DF, 2020.

DIAS, J. C.; O trabalho infantil nos principais grupamentos de atividades economicas no Brasil. Brasília, DF, 2016.

DIAS, J. C. Trabalho infantil e Trabalho infantil doméstico no brasil avaliação a partir dos microdados da PNAD/IBGE (2012-2013). Brasília, DF, 2015.

DINA, C.; FREITAS, C. M.; Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. In: AYRES, J. R. C. M; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, G. J; SALETTI FILHO, H. C; O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.

FARAZ, Muhammad Ahmed. Economics of Child Labor: A Multidimensional approach. **Journal of Social Science Research**, Índia, Vol 14, p. 2979-2996, 2019. Disponível em: <https://cirworld.com/index.php/jssr>. Acesso em: 27 Set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.24297/jssr.v14i0.8098>.

FEFFERMANN, M. O jovem/adolescente “trabalhador” do tráfico de drogas. **Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 3 n.15 p.137-155, 2018.

FREITAS, Maria de Fátima Quintal de; OLIVEIRA, Lygia Maria Portugal de. Juventude e educação profissionalizante: dimensões psicossociais do programa jovem aprendiz. **Psicol. Pesq.**, Juíz de Fora, v. 6, N. 02, p. 111-120, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23568>. Acesso em: 10 Set. 2019. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-12472012000200004>.

FONSECA, F. F.; SENA, R. K, R.; SANTOS, R. L. A.; DIAS, O. V.; COSTA. S. M.; The vulnerabilities in childhood and adolescence and the Brazilian public policy intervention. **Rev Paul Pediatr**, Montes Claros, v. 31, n. 2, p. 258-264.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki. PIRES, Denise Elvira Pires de. Enfermeiras na atenção básica: entre a satisfação e a insatisfação no trabalho. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462017000300709&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#aff2](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462017000300709&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#aff2). Acesso em: 02 Set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00083>.

GARBOIS, Júlia Arêas. SODRÉ, Francis. DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, N. 112, P. 63-76, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 Mar. 2020. Doi: 10.1590/0103-11042017112carmo06.

GIOVANELLA, L., et al. Política e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed, Editora Fiocruz 2012.

GIOVANELLA, Lúgia et al., De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 3, n. 3, p. 1-6, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000300301](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301). Acesso em: 10 Fe. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2017.

GUERRA, Tamaria Monique Silva. COSTA, Maria Dalva Horácio da. Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersetorialidade no SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 454 - 469, 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27353/16424>. Acesso em: 10 Mai. 2020. Doi: 10.15448/1677-9509.2017.2.27353.

HOOP, J. ROSATI, F. C. Cash Transfers and Child Labor. **World Bank Research Observer**, v. 29, n. 2, p. 202–234, 2014.

KASPER, J.; PARKER, D. L.; Child Labor. **Elsevier**, v. 1, p. 583–590, 2017.

LAURELL, Asa Cristina. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. In: TOLEDO, Enrique de la Garza. **Neoliberalismo e estado**. São Paulo: Cortez, 1995.

LOMBARDI, José Claudinei. Trabalho e educação infantil em Marx e Engels. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.39, p.136-152, 2010.

LOURENÇO, Rafaela Gessner. FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Primary Health Care and the Third Sector in the face of violence between intimate adolescent partners. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 28, n. 3, p. 1-9, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692020000100399&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692020000100399&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 25 Set. 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.3811.3341.

LEITE, Lorraine Lacerda.; ROCHA, Gabriela Fernandes.; ALBERTO, Maria de Fátima Pereira. Acidentes de trabalho com crianças e adolescentes: dados conhecidos ou dados ocultados? **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 174–191, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072019000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072019000200011). Acesso em: 04 Set. 2019. DOI: 10.5433/2236-6407.2019v10n2p174.

LIMA, Juliana. Gagno. GIOVANELLA, Ligia. FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. BOUSQUAT, Aylene. SILVA, Edcarlos Vasconcelos da. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, vol.42 no.spe1, p. 52-66, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 13 Set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s104>.

MARGRAF, Alencar Frederico. FERREIRA, Bruna V. L. Programa bolsa família: a distribuição de renda como garantia ao mínimo existencial. **Revista dos Tribunais online**. São Paulo, v. 961, p. 105 - 126, 2015.

MARX, Karl. **O capital crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do Capital**. 1867. Editorial Boitempo, Tradução: Rubens Enderle, 2013.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-filosóficos**. Tradução de: RANIERI, J. Editorial Boitempo, 2008. Título original: Okonomisch - philosophische, Marx-Engels Gesamtausgabe.

MENDONÇA, M. H. M. et al.; Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. In FAUSTO, M; ALMEIDA, P. F. de; BOUSQUAT, A; **Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 51-72.

MENDONÇA, M. H. M. et al.; Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. In GONDIM, G. M. M; MONKEN, M; **O uso do território na atenção primária a saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 143-175.

MIQUILIN, Isabella de Oliveira Campos. MARÍN-LEÓN, Letícia. Luz, Verônica. Gronau. LA-ROTTA, Ehideé. Isabel Gómes. CORRÊA FILHO, Heleno Rodriguês. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de crianças e adolescentes trabalhadores e não trabalhadores, Brasil: análise das desigualdades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, N. 9, p. 1856-1870, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000901856&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901856&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 Abr. 2020 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00142214>.

MONKEN, Maurício; Diálogos e interfaces da abordagem geográfica na educação profissional de nível técnico em saúde. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Blumenau, v. 15, n. 33, p. 83 - 90, 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/51679>. Acesso em: 17 Set. 2020. DOI:<http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia153351679>.

MOREIRA PAIS, Paloma Santana. SILVA, Felipe de Figueiredo. TEIXEIRA, Evandro Camargos. et al. The influence of Bolsa Familia conditional cash transfer program on child labor in Brazil. **Rev. International Journal of Social Economics**. v. 44, n. 2, p. 206-221, 2017. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJSE-02-2015-0038/full/html>. Acesso em: 15 Ago. 2020.

NOREÑA-HERRERA, Camilo. ROJAS, Carlos Alberto. CRUZ-JIMÉNEZ, Lizete. HIV prevalence in children and youth living on the street and subject to commercial sexual exploitation: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10 p. 1-13, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/en\\_1678-4464-csp-32-10-e00134315.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/en_1678-4464-csp-32-10-e00134315.pdf). Acesso em: 10 Abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134315>.

MUÑOZ, Miguel Salazar. EELES, Dorian Vega. Características psicosociales asociadas a mujeres adolescentes víctimas de explotación sexual comercial, que ingresaron a un centro de atención en la región de Los Lagos, Chile. **Rev. Crim.** Bogotá, v. 59, N. 3, p. 193-214, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6235672>.

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. Economia política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2010, p.41-136.

OLIVEIRA, T. R. Políticas Públicas para o Combate do Trabalho Infantil - Articulação Intersetorial. **Revista LTr**. p. 11-1330 Vol. 78, 2014.

OLIVEIRA, Luíza Carraschi. SOARES, Cassia Baldini. CAMPOS, Celia Maria Sivali. CORDEIRO, Luciana. Emancipatory drug practices: building projects with Primary Healthcare workers. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.53, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342019000100495&script=sci\\_arttext&tIng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342019000100495&script=sci_arttext&tIng=en). Acesso em Jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018027803528>

OIT (Organização Internacional do Trabalho). Global estimates of child labour: Results and trends, 2012-2016 International Labour Office (ILO), Geneva, 2017.

OIT (Organização Internacional do Trabalho). Convenção 182 de 2000 - Convenção sobre Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e Ação Imediata para sua Eliminação. 2000.

PARANÁ. **Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado do Paraná: 2014-2023**. Secretaria da Família e Desenvolvimento Social. Curitiba: SECS, 2013.

PARANÁ. Mapa do trabalho infantil no paraná a partir da análise dos acidentes de trabalho com crianças e adolescentes. Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST)/ Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde (DAV)/ Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Paraná, 2020.

PAIS, Paloma Santana Moreira. SILVA, Felipe de Figueiredo. TEIXEIRA, Evandro Camargo. The influence of Bolsa Familia conditional cash transfer program on child labor in Brazil. **International Journal of Social Economics**, vol. 44, N. 2, pp.206-221, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJSE-02-2015-0038>. Acesso em: 15 Fev. 2019. DOI:<https://doi.org/10.1108/IJSE-02-2015-0038>.

PAIVA, V.; Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos/Vera Paiva et al. 2018. In: AYRES, J. R; PAIVA, V; FRANÇA, I. De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidade. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporânea. Compaginado desde TeseoPress. Argentina, 2018, p. 35-64.

PASQUIN, Heitor Martins. CAMPOS, Cecília Maria Sivalli. SOARES, Cássia Baldini. Projects carried out by social institutions focused on young people: fragmented activities and disengagement of the government. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.1, p.198-205, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902016000100198&lng=es&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000100198&lng=es&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 25 Set. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015139991>.

PESSOA, Manuela Castelo. Branco. ALBERTO, Maria de Fátima Pereira.; MELO, Cinthya Rebecca Santos. PERNAMBUCO, Jéssica Mártins.; Política de formação profissional e trabalho decente: ferramentas de erradicação do trabalho infantil? **Arq. Bras. de Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n 2, p.150-162, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 Set. 2019. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.150-162>.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família : expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica ( ICSAB ). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1903–1914, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 Set. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>

PIRES, Denise Elvira Pires de. VANDRESEN, Lara. FORTE, Elaine Cristina Novatzki. MACHADO, Rosani Ramos. MELO, Thayse Aparecida Palhano de. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.40, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472019000100438&script=sci\\_arttext#aff2](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472019000100438&script=sci_arttext#aff2). Acesso em: 12 Set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>.

PIZA, C.; SOUZA, A. P.; The Causal Impacts of Child Labor Law in Brazil: Some Preliminary Findings. **The World Bank Economic Review**, v. 30, pp.137–144, 2016. DOI:10.1093/wber/lhw024.

PITOMBEIRA, Delane Felinto. OLIVEIRA, Lucia Conde de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000501699](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501699). Acesso em: 02 Set. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020255.33972019.

PUTNICK, Dr. Diane L. BORNSTEIN, Marc H. Is Child Labor a Barrier to School Enrollment in Low- and Middle-Income Countries? **Int J Educ Dev**. v. 1, n. 41, p. 112–120. doi: 10.1016/j.ijedudev.2015.02.001. Acesso em: 12 Ago. 2020.

POCHMANN, Marcio. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 89-99, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)

81232020000100089&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 Jul. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020251.29562019.

RADFAR, Amir. ASGHARZADEH, Seyed Ahmad Ahmadi. QUESADA, Fernando. FILIP, Irina. Challenges and perspectives of child labor. **Ind Psychiatry J.** v. 27, n. 1, p. 17–20, 2018. doi: 10.4103/ipj.ipj\_105\_14.

RAMOS, Athena K. Child labor in global tobacco production a human rights approach to an enduring dilemma. **Health Hum Rights**, Califórnia, v. 20, n. 2, p. 235–248, 2018.

RIBEIRO, Tatiana Cristina. A formação do trabalhador na sociedade capitalista. **Rev. Trabalho Necessário.** v.17, n. 32, p. 242-260, 2019.

RIOS, Camila Fernanda Moro. ROSSLER, João Henrique. O trabalho como atividade principal no desenvolvimento psíquico do indivíduo adulto. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 22, n. 4, p. 563-573, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/37465/pdf>. Acesso em: 04 Jun. 2020. Doi: 10.4025/psicolestud.v22i4.37465.

Rizzini I.; **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2011.

ROCHA, Gabriela Fernandes. ALBERTO, Maria de Fátima Pereira.; LEITE, Lorraine Lacerda. ALMEIDA, Hana Dourado. SILVA, Sorya Sousa Gomes Teles. Enfrentamento ao Trabalho Infantil pela Política Pública de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 51, p. 203–220, 2018. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/841>. Acesso em: 27 de out. 2019.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou determinantes? uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf). Acesso em 01 Set. 2020. DOI: 10.1590/S0080-623420150000100017.

SÁNCHEZ, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lang=pt). Acesso em: 20 Set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>.

SANTANA, Vilma Sousa. KISS, Ligia. ANDERMANN, Anne. O conhecimento científico sobre trabalho infantil na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n 7, 2019. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000900201&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000900201&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 13 Set. 2020.  
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00105119>.

SILVA, Ana Cristina Serafim da. ALBERTO, Maria deFátima Pereira. Fios Soltos da Rede de Proteção dos Direitos das Crianças e Adolescentes. **Psicol. cienc. prof**, Brasília, v. 39, p. 1-13, 2019. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932019000100124](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100124). Acesso em: 04 Out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185358>.

SILVA, Daniel Ignacio da. CHIESA, Anna Maria. VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramallo. MAZZA, Verônica de Azevedo. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1397- 402, 2013. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000601397&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601397&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 Set. 2020.  
DOI: 10.1590/S0080-62342013000600021.

SILVA, M. O. S. A política social brasileira no século XXI: aprevalência dos programas de transferência de renda. 7 ed, São Paulo, cortex, 2014.

SILVEIRA, Natércia Janine Dantas da. OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa. FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto Ferreira de. A produção das desigualdades: análise entre o trabalho infantil e indicadores sociais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 42, n. 3, p. 450-464, 2018. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2775>. Acesso em: 27 Set. 2020. DOI: 10.22278/2318-2660.2018.v42.n3.a2775.

SORRATO, J.; PIRES, D. E. P.; TRINDADE, L. L.; OLIVEIRA, J. S. A.; FORTE, E. C. N.; MELO, T. P.; Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3) p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf>. Acesso em: 15 de Set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>.

SPERLING, Stephan. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 341-345, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000500341&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000500341&script=sci_arttext). Acesso em: 13 Set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s123>.

TORRES-TOVAR, Mauricio. HELO-MOLINA, David Santiago. RODRÍGUEZ-HERRERA, Yohana Paola. SOTELO-SUÁREZ, Nidia Roció. Child labor and agricultural production in Colombia. **Rev. Fac. Med.** v. 67 n. 4, p. 73-80, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n4.72833>. Acesso em: 12 Jun. 2020.

TRABBOLD, Vera Lúcia Mendes. CALEIRO, Regina Célia Lima Caleiro. CUNHA, Cristiane de Freitas. GUERRA, Andréa Máris Campos. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, N. 1, p. 74-83, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822016000100074&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822016000100074&script=sci_arttext). Acesso em: 23 Jul. 2020. DOI: /10.1590/1807-03102015v28n1p074.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; OLIVEIRA, Antonia Karoline Araújo; MOREIRA, Deborah Pedrosa Moreira; PEREIRA, Aline de Souza Pereira; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; LIRA, Samira Valentim Gama.; Relatos de gestores da assistência social, educação e segurança pública sobre o enfrentamento da violência. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, N. 3. p. 231-238, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414462X2015000300231&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2015000300231&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 Abr. 2019. Doi: 10.1590/1414-462X201500030118.

VIEIRA, Roseli Schminski. VIEIRA, Reginaldo de Souza. THOMÉ, Ivanir Prá Silva. SOUZA, Ismael Francisco. A atuação dos enfermeiros nas notificações compulsórias de trabalho precoce, nas Unidades de estratégia de saúde da Família do município de criciúma/sc. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 132-156, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55698/59114>. Acesso em: 12 Mai. 2020. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i1p132-156>.

XAVIER, Daiani Modernel. CÉSAR-VAZ, Marta Regina. BONOW, Clarisse Alves. SCHIMITH, Maria Denise. Acidentes de trabalho em crianças e jovens em ambiente rural no Sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, N. 3243, p. 1-11, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692020000100307&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692020000100307&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 02 Jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3188.3243>.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YORK, Nova. **declaração do Milênio das Nações Unidas, de 08 de setembro de 2000**. p. 1-9, Nova York, 2000.

WEBQDA. **O webQDA**. Disponível em: <<https://www.webqda.net/o-webqda/>>. Acesso em: 27 mar. 2020.

ZAPOLLA, F. L. CORREIA, L. H. Cota social na aprendizagem e o papel dos órgãos de proteção ao trabalhador na fiscalização de seu cumprimento. **Revista de Direito do Trabalho**, vol. 199 p. 81-102, 2019.

## ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFPR

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prática dos Profissionais de Saúde e a sua Relação com as Políticas Públicas para o Enfrentamento do Trabalho Infantil.

**Pesquisador:** Verônica de Azevedo Mazza

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 02575018.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.044.321

#### Apresentação do Projeto:

trata-se de projeto apresentado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR com o objetivo de apreender as concepções e práticas dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) para o enfrentamento ao Trabalho Infantil a partir do enfoque descritivo com abordagem qualitativa. O estudo será conduzido com 160 participantes. Oito coordenadores dos Distritos Sanitários com maior índice de vulnerabilidade do município, oito coordenadores de cada Unidade de saúde, No presente estudo, e 8 profissionais a cada Unidade de Saúde dos 8 Distritos Sanitários, sendo: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Enfermeiro, Médico, Auxiliar de Enfermagem, Dentista e Psicólogo. A Coleta de dados acontecerá por meio de entrevista semiestruturada. Haverá agendamento prévio para realização das entrevistas que acontecerá de acordo com a disponibilidade dos participantes e será utilizado três instrumentos para subsidiar as entrevistas semiestruturadas que se encontram em anexo no projeto e será utilizada a estrutura das próprias Unidades de Saúde (US)..

#### Objetivo da Pesquisa:

- (1) Descrever a concepção sobre Trabalho Infantil dos profissionais de saúde e gestores da APS.
- (2) Elencar as ações para o enfrentamento do Trabalho Infantil desenvolvidas pelos profissionais de saúde da APS.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.044.321

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa apresenta riscos mínimos de desconforto e constrangimento, proveniente da aplicação das entrevistas semi-estruturadas para com os participantes, o que se procurará evitar por meio da garantia e esclarecimento do sigilo aos participantes para realização das entrevistas em local isolado, com a presença apenas dos pesquisadores e dos participantes, protegendo a privacidade e o anonimato dos participantes.

Seus benefícios consistem em subsidiar a prática dos profissionais da Políticas de Saúde

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo qualitativo com um desenho representativo e cuidadoso do ponto de vista metodológico.

O cuidado metodológico está de acordo com os preceitos éticos necessários para o desenvolvimento da pesquisa como o trecho abaixo de recrutamento deixa claro:

"Para realizar o recrutamento dos participantes da pesquisa, será solicitado a participação das pesquisadoras em uma reunião das equipes dos distritos sanitários e das unidades municipais de saúde para divulgar a pesquisa e os objetivos que se propõe alcançar, também será entregue panfletos nas reuniões. Desse modo, as equipes que aceitarem participar, avisarão ao coordenador e deixarão o contato e a disponibilidade para a pesquisadora realizar a entrevista. A entrevista será realizada no próprio ambiente de trabalho dos participantes."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos apresentados a contento

**Recomendações:**

Não Ha

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendo a aprovação do projeto de pesquisa uma vez corrigido o TCLE: e sem que esta decisão atendimento. Este trecho da frase não se aplica. Solicita-se corrigir.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

\*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.044.321

liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br), necessário informar o CAAE.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Por se tratar de pesquisa envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS.

Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1237704.pdf	08/11/2018 09:27:56		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	08/11/2018 09:25:28	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_word.docx	08/11/2018 09:22:30	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ESF.docx	08/11/2018 09:19:57	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
Bairro: Alto da Glória  
UF: PR Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.044.321

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GUS.docx	08/11/2018 09:19:41	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GDS.docx	08/11/2018 09:19:10	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Termo_confli.pdf	07/11/2018 21:03:15	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Oficio_pesqui.pdf	07/11/2018 20:47:19	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Analise_merito.pdf	07/11/2018 20:48:28	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Termo_Confi_dados.pdf	01/11/2018 15:49:30	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Decla_ause_confli.pdf	01/11/2018 15:46:24	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Decla_ause_custos.pdf	01/11/2018 15:43:51	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Decla_campo.pdf	01/11/2018 15:39:54	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Requerimento_projeto.pdf	01/11/2018 15:34:43	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Decla_responsa.pdf	01/11/2018 15:26:50	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Termo_compromisso.pdf	01/11/2018 15:23:11	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Declara_dados.pdf	01/11/2018 15:21:56	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Declara_resultados.pdf	01/11/2018 15:11:00	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Concor_coparti.pdf	01/11/2018 15:02:33	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Concor_servi.pdf	01/11/2018 14:50:41	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	ata_projeto.pdf	01/11/2018 12:14:28	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Check_list.pdf	01/11/2018 10:18:03	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
Bairro: Alto da Glória  
UF: PR Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.044.321

CURITIBA, 28 de Novembro de 2018

---

Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

## ANEXO 2 – PARECER DO COMTÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – PR.

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prática dos Profissionais de Saúde e a sua Relação com as Políticas Públicas para o Enfrentamento do Trabalho Infantil.

**Pesquisador:** Verônica de Azevedo Mazza

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 02575018.0.3001.0101

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.458.491

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto de pesquisa onde solicita a inclusão de pesquisador para auxiliar na coleta de dados.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Geral:** Apreender as concepções e práticas dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) para o enfrentamento ao Trabalho Infantil. **Objetivos específicos:** 1. Descrever a concepção sobre Trabalho Infantil dos profissionais de saúde e gestores da APS. 2. Elencar as ações para o enfrentamento do Trabalho Infantil desenvolvidas pelos profissionais de saúde da APS.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** A pesquisa apresenta riscos mínimos de desconforto e constrangimento, proveniente da aplicação das entrevistas semi estruturadas para os participantes, que se minimizará por meio da garantia e esclarecimento do sigilo aos participantes para realização das entrevistas em local isolado, com a presença apenas dos pesquisadores e dos participantes, protegendo a privacidade e o anonimato dos mesmos. **Benefícios:** Consistem em subsidiar a prática dos profissionais da Políticas de Saúde visto que a partir do conhecimento de realidades sociais, as quais, a vida de milhares de crianças e adolescentes se desenvolvem é possível intervir e causar mudança social.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para a sociedade. Apresenta ciência e concordância de instituição

**Endereço:** Rua Atílio Borio, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 3.458.491

participante pela diretoria da Atenção Primária à Saúde do município.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

**Recomendações:**

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações, ou modificações que gerem emendas ao protocolo original, devem ser apresentadas prontamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias com as Chefias locais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências, parecer favorável pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do(s) relator(es).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GUS_corrigido_Renomeado.docx	28/05/2019 19:18:44	Verônica de Azevedo Mazza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GDS_corrigido_Renomeado.docx	28/05/2019 19:18:26	Verônica de Azevedo Mazza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ESF_corrigido.docx	28/05/2019 19:17:49	Verônica de Azevedo Mazza	Aceito
Outros	declara_compro_pes.pdf	28/05/2019 19:18:42	Verônica de Azevedo Mazza	Aceito
Outros	Decla_int_campo.pdf	24/05/2019 18:14:28	Verônica de Azevedo Mazza	Aceito
Outros	anali_merito.pdf	24/05/2019	Verônica de	Aceito

Endereço: Rua Afílio Borlo, 680  
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 3.458.491

Outros	anali_merito.pdf	16:11:40	Azevedo Mazza	Aceito
Outros	ofici_pesqui.pdf	24/05/2019 16:02:37	Verônica de Azevedo Mazza	Aceito
Outros	decla_ause_reno.pdf	24/05/2019 15:40:43	Verônica de Azevedo Mazza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_word.docx	08/11/2018 09:22:30	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Analise_merito.pdf	07/11/2018 20:46:28	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Termo_Confi_dados.pdf	01/11/2018 15:49:30	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Decla_ause_confli.pdf	01/11/2018 15:46:24	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Decla_campo.pdf	01/11/2018 15:39:54	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Requerimento_projeto.pdf	01/11/2018 15:34:43	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Decla_responsa.pdf	01/11/2018 15:26:50	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Declara_resultados.pdf	01/11/2018 15:11:00	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Concor_coparti.pdf	01/11/2018 15:02:33	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Concor_servi.pdf	01/11/2018 14:50:41	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	ata_projeto.pdf	01/11/2018 12:14:28	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito
Outros	Check_list.pdf	01/11/2018 10:18:03	Noélia Kally Marinho de Sousa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 17 de Julho de 2019

Assinado por:  
antonio dercy silveira filho  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afílio Borio, 680  
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etlca@sms.curitiba.pr.gov.br

## APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS DA PESQUISA COM PROFISSIONAIS E GESTORES DE UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE

### ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1- Quando as crianças e adolescentes não estão na escola ou brincando, elas fazem o que? (Se emergir que a criança ou adolescente ajuda o pai ou a mãe na reciclagem ou realiza alguma outra atividade). Me fale um pouco sobre essa atividade? Qual a duração dessa atividade?.
- 2- Qual o atendimento para criança e para adolescentes vocês realizam aqui na Unidade de Saúde? (se não entender faz a pergunta seguinte:) Ou como é o cuidado com a criança e o adolescente aqui na Unidade de Saúde?
- 3- Você conhece alguma criança ou adolescente que trabalhava de maneira formal ou informal? Quais atividades?
- 4- Quais atividades de trabalho infantil você conhece?
- 5- Quais os sinais que você identifica e que indicam que a criança ou adolescente trabalha?
- 6- Como você sabe que uma criança/adolescente está trabalhando?
- 7- Como a Unidade de Saúde se organiza internamente para lidar com crianças e adolescentes que trabalham?
- 8- Como os outros serviços ajudam a US ou pedem ajuda daqui para cuidar de uma criança\adolescente que trabalha? (se a resposta for que nunca tiveram casos de trabalho de crianças e adolescentes) perguntar: mas e se tivesse que lidar com um caso de trabalho de crianças e adolescentes?
- 9- O que a Unidade de saúde faz quando tem crianças ou adolescentes que trabalham de maneira formal ou informal?
- 10- O que vocês conversam sobre crianças e adolescentes que trabalham aqui na Unidade de Saúde?
- 11- (perguntar para o ACS) O que a criança ou adolescente faz que você considera um trabalho? (se não entender, fazer a seguinte pergunta:) Quando você considera que a criança ou adolescente realiza um trabalho? Para os demais profissionais a pergunta é: O que é trabalho de crianças e adolescentes para você?

## **APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS DA PESQUISA COM SUPERVISORES DE DISTRITOS SANITÁRIOS**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

- 1- Você sabe se existe trabalho de crianças e adolescentes no seu território?
- 2- Quais ações são desenvolvidas no seu território para lidar com casos de trabalho de crianças e adolescentes?
- 3- Quais as estratégias propostas pelo Ministério da Saúde ou Secretaria Estadual e ou municipal para o enfrentamento do trabalho de crianças e adolescentes?
- 4- De que maneira vocês se articulam com outros serviços para lidar com situações de Trabalho de crianças e adolescentes?
- 5- O que é trabalho de crianças e adolescentes para você?