UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

***AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES ACIDENTADOS NO
TRABALHO E ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DISTRITAL DE
SAÚDE EM RIBEIRÃO PRETO (SP)***

RENATA CRISTINA DA PENHA SILVEIRA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
concorrer ao Título de Mestre, pelo curso de Pós-
graduação em Enfermagem Fundamental, do
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Ribeirão Preto

2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA

***AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES ACIDENTADOS NO
TRABALHO E ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DISTRITAL DE
SAÚDE EM RIBEIRÃO PRETO (SP)***

Aluna: Renata Cristina da Penha Silveira

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
concorrer ao Título de Mestre, pelo curso de Pós-
graduação em Enfermagem Fundamental, do
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Ribeirão Preto

2003

Ficha catalográfica

Silveira, Renata Cristina da Penha

As crianças e os adolescentes acidentados no trabalho e atendidos em uma Unidade Distrital de Saúde em Ribeirão Preto (SP)/ Renata Cristina da Penha Silveira, Ribeirão Preto, 2003.
128p. : il; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, 2003.

1.Trabalho infantil 2.Trabalho de criança. 3.Trabalho de adolescentes 4. Enfermagem 5. Acidente de Trabalho.

Data da Defesa: 29/08/2003.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Vera Lúcia Navarro

Julgamento: _____ Assinatura: _____

HOMENAGEM ESPECIAL

A DEUS

QUANTAS VEZES

*Quantas vezes nós pensamos em desistir, deixar de lado,
o ideal e os sonhos;
Quantas vezes batemos em retirada, com o coração
amargurado pela injustiça;
Quantas vezes sentimos o peso da responsabilidade, sem ter
com quem dividir;
Quantas vezes sentimos solidão, mesmo cercado de pessoas;
Quantas vezes falamos, sem sermos notados;
Quantas vezes lutamos por uma causa perdida;
Quantas vezes voltamos para casa com a sensação de
derrota;
Quantas vezes aquela lágrima, teima em cair, justamente
na hora em que precisamos parecer fortes;
Quantas vezes pedimos a Deus um pouco de força, um pouco
de luz;
E a resposta vem, seja lá como for, um sorriso, um olhar
cúmplice, um cartãozinho, um bilhete, um gesto de amor;
E a gente insiste; insiste em prosseguir, em acreditar, em
transformar, em dividir, em estar, em ser;
E Deus insiste em nos abençoar, em nos mostrar o caminho:
aquele mais difícil, mais complicado, mais bonito.
E a gente insiste em seguir, porque tem uma missão...*

(autor desconhecido)

DEDICATÓRIA ESPECIAL

*Aos meus pais, **Maria e Antonio,***

Se um dia já homem feito e realizado sentires que a terra cede a teus pés, que tuas obras desmoronaram, que não há ninguém a tua volta para estender a mão, esqueça a tua maturidade, passe pela tua mocidade, volte a tua infância e balbucie entre lágrimas e esperança as últimas palavras que sempre te restarão na alma: minha mãe, meu pai.

Rui Barbosa

DEDICATÓRIA

*Aos meus irmãos, **Ronan e Ronaldo**, que sempre estiveram dispostos a me ajudar e, acima de tudo, a me proteger nos momentos difíceis.*

*Ao meu sobrinho, **Davi**, por me proporcionar muitas alegrias.*

*Aos meus avós, **Domiciano e Otávia**, pela demonstração de amor e carinho através das preocupações com minhas idas e vindas a Ribeirão Preto, desde 1997, quando comecei a cursar Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto–USP.*

“Pessoas importantes... são aquelas que traduzem em nós a certeza de que vale a pena acreditar nos sonhos.”

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha querida orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi meus sinceros agradecimentos, pela compreensão, incentivo, amizade e principalmente, pela importante orientação no desenvolvimento dessa pesquisa, meu respeito e admiração.

*“Um especial agradecimento por tudo que você é,
pela coragem de ousar,
transmitir tanto conhecimento
e por me mostrar que o sucesso é fruto do esforço
e da busca constante de um ideal.”*

AGRADECIMENTOS

Às Prof^{as} Dr^{as} Maria Helena Palucci Marziale e Vera Lúcia Navarro, pela preciosa contribuição, sugestões esclarecedoras para organizar melhor minhas idéias durante a realização desta pesquisa.

À Prof^a Dr^a Miyeko Hayashida, pela disponibilidade em orientar-me na construção das tabelas.

Aos Prof^s Dr^s Cláudia Benedita dos Santos e Vanderlei José Haas, pela paciente orientação estatística.

À Prof^a Dr^a Maria Célia Dalri, pela amizade, incentivo, experiências compartilhadas e pelos “cafezinhos” em momentos de estresse.

Às minhas amigas do coração, Silmara, Raquel Dully e Paula Nogueira, que sempre estiveram dispostas a me ouvir, aconselhar, nos momentos difíceis de minha vida. Além de estarmos sempre juntas em nossas “saídas” em Ribeirão Preto-SP e Passos-MG.

‘As amigas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Cíntia, Cristina, Mariana e Cristiane Silveira.

Aos colegas do mestrado, pela amizade e experiências compartilhadas.

À minha colega de trabalho, enfermeira Christine Kerr, por me entender, ajudar, “liberar” para que fosse possível concluir esta pesquisa.

Aos funcionários da EERP-USP:

- da secretaria de Pós-graduação: *Kethleen, Sandra, Marta e Sônia;*
- da sala de leitura “Glete de Alcântara”: *Deolinda (Deo) e Lourdes;;*
- da Recepção: *Aparecida (Cida);;*
- da seção de informática: *João, César e Beto.*

Pela disponibilidade com quem sempre me atenderam, obrigada!

À Marta, por fotocopiar esta pesquisa.

À professora Maria do Socorro pela revisão de português.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para o meu crescimento pessoal e profissional, cujos nomes não foram mencionados, minhas desculpas e meu eterno agradecimento.

*A dissertação ora apresentada foi financiada pela **CAPE**S—Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior.*

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	p.
Lista de Figuras	
Resumo	
Abstract	
Resumen	
<i>Apresentação</i>	1
O problema a ser investigado	1
O universo empírico da investigação	4
<i>Capítulo I</i>	
O trabalho infantil e do adolescente ao longo da História	8
A questão do trabalho e dos Acidentes de Trabalho no Brasil	14
Considerações acerca do trabalho infantil e do adolescente	19
O percurso do trabalho infantil e do adolescente no Brasil	25
Os acidentes de trabalho e o atendimento à saúde prestado à criança e ao adolescente que trabalha	40
Objetivo	43
<i>Capítulo II</i>	
Material e Métodos	45
Caracterização do estudo	45
Base populacional	45
Critérios de inclusão	46
Critérios de exclusão	46
Período	46
População alvo	47
População de estudo	47
Descrição do local do estudo	47
Procedimentos	49
Codificação e organização dos dados	51

Capítulo III

Apresentação dos resultados	52
-----------------------------------	----

Capítulo IV

Discussão dos dados	71
---------------------------	----

Conclusão	104
------------------------	------------

Considerações finais	108
-----------------------------------	------------

Referências Bibliográficas	111
---	------------

Bibliografia Consultada	128
--------------------------------------	------------

Anexos

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Distribuição das crianças e adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo sexo, idade e o local de procedência. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)	53
TABELA 2 –	Distribuição das crianças e adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo as ocupações. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)	55
TABELA 3 –	Distribuição das crianças e adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo o tipo de acidente de trabalho. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)	56
TABELA 4 –	Distribuição das crianças e adolescentes acidentados no trabalho atendidos na UBDS Central, segundo o dia do atendimento. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)	57
TABELA 5 –	– Distribuição das crianças e adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo o número de horas trabalhadas antes de ocorrer o AT. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=21)	59
TABELA 6 –	Distribuição das crianças e dos adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo a causa. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)	61
TABELA 7 –	Distribuição das crianças e dos adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo a causa agrupada. Ribeirão Preto, 2001 e 2002 (n=56)	63
TABELA 8 –	Distribuição das crianças e dos adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo o diagnóstico médico. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)	65
TABELA 9 –	Distribuição das crianças e dos adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo o diagnóstico médico agrupado. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)	67
TABELA 10 –	Distribuição das crianças e dos adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo a parte do corpo atingida pelos AT. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação do trabalho da criança e do adolescente no campo	37
--	-----------

RESUMO

RESUMO

SILVEIRA, R. C. P. **As crianças e os adolescentes acidentados no trabalho e atendidos em uma Unidade Distrital de Saúde em Ribeirão Preto (SP).** 2003. 128p. Dissertação (Mestrado)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Realizou-se estudo retrospectivo, descritivo, com objetivo de identificar as características dos acidentes ocorridos com crianças e adolescentes, quando do exercício do trabalho, no período de 1º de junho de 2001 a 31 de maio de 2002. Após os procedimentos éticos e metodológicos necessários, realizou-se levantamento e revisão dos prontuários de crianças e adolescentes atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador do distrito central de saúde da cidade de Ribeirão Preto (SP). A coleta de dados foi realizada por meio de um protocolo, contendo informações relacionadas à criança e ao adolescente trabalhador, ao evento acidentário e à emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). As informações obtidas através da consulta ao prontuário dos acidentados do trabalho, foram codificadas, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças (1993). No período, foram atendidos 1.589 crianças e adolescentes vítimas de acidentes em geral. Em 56 (3,6%) prontuários, havia descrição feita pelos trabalhadores da área de saúde que atenderam esses acidentados sobre o acidente como sendo Acidente de Trabalho (AT) ou havia uma cópia da CAT. Dentre esses 56 prontuários evidenciou-se que as crianças e adolescentes com AT eram auxiliares de padaria, zeladoria, oficina, entre outros (12,4%). Os AT aconteceram com substâncias e objetos diversos que corresponderam a 39,3% dos casos e entre os principais agentes causadores, a faca provocou o maior número de ocorrências. Os acidentes/atropelamentos tiveram percentual de 19,6 como

causadores de fraturas, luxações e traumatismos, ocorridos no trajeto ao local de trabalho. O diagnóstico médico de maior freqüência foi o de ferimentos de punho e da mão (33,9%); houve também múltiplos diagnósticos (8,9%), de casos em que várias partes do corpo foram atingidas. As regiões mais lesadas foram os membros superiores (51,8%). Em 62,5% não foi percebida a CAT no prontuário do acidentado. Evidenciou-se que existe em Ribeirão Preto (SP), o trabalho realizado pelas crianças e adolescentes, possivelmente em decorrência da situação de pobreza, pois o fato de crianças e adolescentes trabalharem significa, em grande parte, a existência de uma complementação da renda familiar. Ações mais efetivas devem ser direcionadas para que o trabalho infantil e do adolescente seja erradicado no país, incluindo-se novas pesquisas acerca dos AT e através delas fundamentar-se medidas para que se essa meta não for alcançada, possa ao menos, ter seus efeitos deletérios minimizados.

Palavras-chave: Trabalho infantil, trabalho de criança, trabalho de adolescentes, enfermagem, acidente de trabalho.

ABSTRACT

ABSTRACT

SILVEIRA, R. C. P. **The children and adolescents victims of work accidents at work and assisted at a district Health unit in Ribeirão Preto (SP).** Ribeirão Preto, 2003. 128p. Dissertation (Masters). School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

The aim of this retrospective and descriptive study was to identify the characteristics of accidents occurred with children and adolescents while working, in the period from June 1, 2001 till May 31, 2002. After observing the necessary ethical and methodological procedures, a survey and review was realized in the health files of children and adolescents assisted at the Occupational Health Service of the a public health service in the Central health district of Ribeirão Preto (SP), Brazil. Data collection was realized by means of a protocol that contained information about the working child and adolescent, about the accident and the issuing of the Communication of Work Accident (CWA). The information obtained by consulting those accident victims' files was codified, according to the International Statistical Classification of Diseases (1993). During the period, 1,589 children and adolescent victims of accidents were assisted in general. In 56 (3.6%) files, the health workers who assisted these accident victims had given some description about the accident as being a Work Accident (WA) or a copy of the CWA had been included. Among the 56 files of children and adolescents accidented at work, 12.4% were bakery assistants, doormen, workshop assistants, among others. The WA happened with several substances and objects, which corresponded to 39.3% of the cases and, among the main causing agents, the knife was responsible for the largest number of occurrences. The accidents/runovers corresponded to 19.6% of the causes of fractures, dislocations and traumatisms, among others, which happened on the way to work. The most frequent medical diagnosis was fist and hand wounds (33.9%); there were also multiple diagnoses (8.9%), related to

cases in which several parts of the body were affected. The most affected areas of the body were the superior limbs (51.8%). In 62.5% of the cases, the CWA was not observed in the accident victim's file. It was disclosed that children and adolescents' work actually exists in Ribeirão Preto (SP), possibly due to poverty, because children and adolescents' work mainly indicates the existence of a family income complement. More effective actions may be directed in order to eradicate children and adolescents' work, including new research on WA and through them base measures to meet this goal or at least to diminish its negative effects.

Key words: child labor, infantile work, adolescent work, nursing, occupational accidents.

RESUMEN

SILVEIRA, R. C. P. **Niños y Adolescentes con Accidentes de Trabajo Atendidos en una Unidad Distrital de Salud de Ribeirão Preto (SP)**. Ribeirão Preto, 2003. 128p. Tesis (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado con el objetivo de identificar las características de los accidentes ocurridos con niños y adolescentes durante la jornada de trabajo. Fue realizado del 1º de junio de 2001 al 31 de mayo de 2002. Después del cumplimiento de los procedimientos éticos y metodológicos, se optó por una encuesta y revisión de las historias clínicas de los niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Salud del Trabajador del distrito central de salud, en Ribeirão Preto (SP), Brasil. La colección de datos se realizó por medio de un protocolo conteniendo informaciones relacionadas al niño y al adolescente trabajador, al accidente ocurrido y a la Comunicación de Accidente de Trabajo (CAT). Las informaciones colectadas al consultar las historias clínicas de los accidentados de trabajo se codificaron conforme con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (1993). En el periodo, fueron atendidos 1.589 niños y adolescentes víctimas de accidentes en general. En 56 (3,6%) historias clínicas, se encontró alguna descripción realizada por los trabajadores del área de salud que atendieron estos accidentados acerca del accidente, como siendo Accidente de Trabajo (AT) o había una copia de la CAT. Con relación a las ocupaciones, 12,4% eran ayudantes en panaderías, guardianías, talleres, entre otros. Los AT sucedieron con substancias y objetos que correspondieron a 39,3% de los casos. Entre los principales agentes causadores, el cuchillo fue responsable por el mayor número de ocurrencias. Los accidentes/atropellamientos tuvieron porcentaje de 19,6% como causadores de fracturas, luxaciones, traumatismos, entre otros, los cuales sucedieron en el trayecto al local de trabajo. El diagnóstico médico de mayor frecuencia fue el de heridas de puño y de mano (33,9%); también se identificaron múltiples diagnósticos (8,9%) relacionados a casos en que los

accidentados fueron alcanzados en varias partes del cuerpo. Las regiones más afectadas fueron los miembros superiores (51,8). En 62,5% de las historias clínicas de los accidentados no fue identificado la CAT. Se evidenció que la realidad del trabajo infantil y del adolescente existe en Ribeirão Preto (SP), posiblemente como consecuencia de la pobreza, considerando que este tipo de trabajo significa en gran parte, la existencia de una complementación del ingreso familiar. Acciones más efectivas deben ser realizadas para que el trabajo infantil y del adolescente sea erradicado del país, incluyendo nuevas investigaciones sobre los AT y a través de ellas basar medidas para que si esa meta no sea alcanzada, se pueda tener sus efectos negativos minimizados.

Descriptores: Trabajo infantil, Trabajo de niños, trabajo de adolescentes, enfermería, accidentes de trabajo.

APRESENTAÇÃO

Apresentação

O problema a ser investigado

Esta investigação surgiu da inquietação da autora com a questão do trabalho infantil e do adolescente, diante da observação desta realidade durante a sua formação acadêmica em Enfermagem, realizando atividades de Iniciação Científica e, posteriormente, no seu exercício profissional.

O tema proposto, para ser objeto deste estudo, reporta-se então ao trabalho infantil e do adolescente, temática altamente complexa, grave e séria que acontece globalmente e em toda a nação brasileira. Tão importante quanto o mesmo é a discussão sobre os Acidentes de Trabalho (AT) cujos números retratam a violência, o desrespeito e a precarização existente no mundo do trabalho, contribuindo negativamente para o processo de construção dos direitos à cidadania.

Crianças e adolescentes acidentados são encaminhados ao atendimento à saúde, sendo que, muitas vezes, os acidentes possuem forte relação com o

trabalho. Concomitantemente, os profissionais da saúde parecem não se encontrar orientados para perceber o nexo entre o trabalho executado e o acidente ocorrido, agravando-se ainda mais essa situação, quando o trabalhador não é adulto, em decorrência do fato da proibição nacional existente acerca do trabalho infantil e do adolescente. Assim, a subnotificação acidentária, prática comum de acontecer no país, evidencia-se também (e talvez até mais), quando é relacionada ao trabalhador criança e adolescente. A realidade do trabalho infantil e do adolescente é mascarada em geral, entre outros fatores, porque, dificilmente o acidentado e seus familiares declaram, com clareza, a vinculação do acidente ocorrido à atividade laboral, em decorrência da ilegalidade em que se encontra, das relações trabalhistas informais, da importância econômica que significa para muitas famílias a criança e o adolescente trabalhador, entre outros motivos.

Em pesquisa realizada em Porto Alegre, em 1998, por Ferreira & Valenzuela, estes autores investigaram 2.800 AT entre trabalhadores urbanos segurados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), evidenciando a grande variedade de inserção de adolescentes no mercado formal de trabalho e a grande multiplicidade de tarefas a seu encargo. Os trabalhadores eram utilizados como “pau para toda obra”¹, realizando atividades variadas, sendo-lhes imposta a condição de generalistas, sem formação técnico-profissional adequada, lidando com todo o tipo de tecnologia, tornando-os um grupo

¹ As aspas são do autor Ferreira (2001).

relevante de risco (Ferreira, 2001), particularmente por sofrerem acidentes e enfermidades relacionadas ao trabalho.

Quanto à Enfermagem, na condição de profissão da área de saúde, em que é importante estar engajada nos problemas políticos e sociais que acontecem no país, deveria conhecer as questões relacionadas ao trabalho, em geral e ao exercido pelas crianças e adolescentes, em particular, inserindo-se na luta político-social pela erradicação do trabalho infantil. Até o momento, entretanto, não se constata movimento concreto da profissão, no cenário nacional, nesse sentido.

A ausência de aprofundamento relacionado a tal problemática não permite intervir científica e profissionalmente na questão. Assim diante da lacuna constatada sobre esse assunto, no âmbito da Enfermagem, a autora foi motivada a desenvolver a presente investigação, pretendendo propor, ao final, sugestões passíveis de serem concretizadas pela equipe da saúde e de Enfermagem.

Justifica-se, então, a realização do estudo por se acreditar que pode contribuir para aumentar o conhecimento existente referente ao assunto e alertar os membros da equipe de saúde, especificamente os da Enfermagem, para que passem a notificar os AT, além de intervir no sentido de orientar os trabalhadores – no caso as crianças e adolescentes e suas famílias _ para que haja a minimização das ocorrências acidentárias e, se possível, a interrupção desse tipo de atividade por parte desses jovens.

Diante do exposto, pretende-se identificar a ocorrência de AT entre crianças e adolescentes no município de Ribeirão Preto, São Paulo, tomando como referência os casos de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de assistência à saúde.

O universo empírico da investigação

O cenário em que o presente estudo foi desenvolvido é a cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, situada na região nordeste deste Estado, distando cerca de 300 km da capital paulista. O município ocupa uma área de 652 km² e caracteriza-se por apresentar um clima tropical úmido (Ribeirão Preto, 2003).

De acordo com o censo de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de 2000 era de 504.923, sendo o número de homens 243.032 e de mulheres 261.891, crianças de 0 a 4 anos² 38.295, de 5 a 9 anos 40.806 e de 10 a 19 anos 94.351 (IBGE, Censo 2002).

É sede de uma das principais praças financeiras do país, apresentando um forte setor de prestação de serviços e comércio, sendo que nele concentram-se 65% da população economicamente ativa do município. É pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços cuja área de influência extrapola os limites da própria região de governo, estendendo-se para

² "(...) Quanto aos aspectos de saúde, o primeiro corte estabelecido refere-se ao grupo de menores de um ano, em função de características próprias e, principalmente, de doenças e mortes a ele pertinentes. A faixa seguinte—um a quatro anos—diz respeito ao pré-escolar; a de cinco a nove representa o escolar; dos dez aos dezenove anos tem-se os adolescentes e de quinze a 24, de certa forma sobreposta à anterior, corresponde à juventude" (Mello Jorge, 2002).

outras, incluindo-se as de outros Estados, conforme a Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto (Ribeirão Preto, 2003).

A região é uma das mais ricas do estado de São Paulo apresentando elevado padrão de vida (renda, consumo, longevidade). O desenvolvimento trouxe novas culturas, como a cana-de-açúcar, a soja, o milho, o algodão, a laranja e implantou uma forte agroindústria. É um dos principais setores agrícolas do estado de São Paulo e do país, caracterizando-se por uma grande produção e por elevados níveis de rendimento das culturas, com destaque para a cana-de-açúcar, a laranja, a soja, o amendoim, a fruticultura em geral, entre outras (Ribeirão Preto, 2003). Mais de 80 municípios compõem essa região, ocupada por cerca de 3 milhões de habitantes, em uma área de 30 mil km².

A renda per capita é semelhante à de alguns países da Europa Mediterrânea e praticamente o dobro da média brasileira. Possui bons indicadores sociais (saúde, educação e saneamento), uma localização privilegiada, próxima a importantes centros consumidores e acesso facilitado devido à boa qualidade da infra-estrutura de transportes e comunicação (Ribeirão Preto, 2003).

Possui também um dos principais centros universitários e de pesquisa do Estado e do país, consolidando-se como um importante pólo de geração de tecnologia e mão-de-obra qualificada nacional.

Em relação à indústria deve-se destacar, em primeiro lugar, a força da agroindústria, que está muito relacionada ao desempenho do setor primário. A

região é a maior produtora mundial de açúcar e álcool. As usinas representam uma das suas principais atividades econômicas: são em número de 21, empregando em torno de 8.000 trabalhadores, o que acaba estimulando o desenvolvimento de outros setores, como por exemplo, o de máquinas agrícolas e equipamentos para usinas. Faz-se presente também, na região, várias indústrias de suco de laranja, beneficiadoras de café, soja, amendoim, indústrias alimentícias, de ração, fertilizantes, entre outras (Ribeirão Preto, 2003).

Os indicadores do mercado de trabalho, no município, apresentaram no mês de dezembro de 2002 uma redução em relação ao mês anterior, de 0,61% no geral. No entanto, comparando-se o acumulado anual em relação ao ano anterior é possível verificar um crescimento dos postos de trabalho formal de 2,79%, no ano de 2002. Em janeiro de 2003 apresentou um pequeno crescimento de 0,39% em relação a dezembro de 2002. Já os setores, que contribuíram com significativa importância para maior redução na quantidade de postos de trabalho no ano de 2002, foram os setores agrícola e industrial, sendo de -6,24% e -4,94% respectivamente. O setor industrial teve redução de -0,44% no mês de dezembro, recuperando em janeiro com crescimento de 1,21%. A agricultura apresentou uma queda de -1,22% em dezembro e aumentou em 2,47% no mês de janeiro deste ano. Os setores que sustentaram o incremento dos postos de trabalho em 2002 foram os principais da economia do município: comércio, com aumento de 6,49% e a prestação de serviços, com

elevação de vagas de trabalho formal em 3,28%. A construção civil obteve certa estabilidade de empregos, com aumento de 2,45% nos postos de trabalho formal (Ribeirão Preto, 2003).

Sua economia destaca-se também na prestação de serviços e comércio, além de se sobressair na produção de cana-de-açúcar, o que coloca a região no ranking do maior centro produtor de açúcar e álcool do mundo (Ribeirão Preto, 1994).

No entanto, apesar da apresentação desses importantes indicadores, que revelam a riqueza desta cidade, há crianças e adolescentes que trabalham, como foi demonstrado em pesquisa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), evidenciando que dos 452 alunos dos cursos noturnos da cidade, na faixa de 12 aos 18 anos, 68,1% trabalhavam e não eram registrados, 58,3% trabalhavam mais de oito horas por dia e 37,9% recebiam menos de um salário mínimo (Vendruscolo, 1998).

Foi nesta cidade, então, que se concretizou a presente investigação.

CAPÍTULO I

I. O trabalho infantil e do adolescente ao longo da História

A existência de crianças e adolescentes trabalhando possivelmente é tão antiga quanto a própria história do homem, diversificando-se a maneira de interpretar essa situação de acordo com a época e a cultura em que esta realidade se encontrava.

Como cita Gonçalves-Oliveira (1999) até meados do século XII, a criança era vista como um adulto em miniatura, a infância era entendida como um período de transição cuja lembrança era logo perdida.

Naquela ocasião, a criança era retratada só; é dessa forma que é encontrada nos quadros e em obras literárias ou acompanhada por outras crianças da família, descrevendo cenas da infância, mostrando as descobertas em relação aos hábitos, ao corpo e à fala.

Para Ariès (1981), com o decorrer do tempo, os adultos passaram a diferenciar as crianças de forma visível, o que aconteceu em relação ao traje, marcando uma data importante na formação do sentimento da infância, separando-as dos adultos.

No século XIII, aparece uma concepção mais próxima da moderna, porém fundamentada numa visão romanceada de infância sagrada, criança-anjo.

Na Idade Média, as crianças nasciam em grande número e poucas sobreviviam, em decorrência das condições de existência do período, da crença de que a criança pequena não tinha alma e de que a infância era apenas uma fase sem importância na cultura da época. Assim, “*a morte, das crianças, era considerada uma perda eventual e morriam em grande número*” (Gonçalves-Oliveira, 1999). A idéia imperante era a “*do desperdício necessário*” (Ariès, 1981).

Do século XIV ao XVII, manteve-se a religiosidade da infância, mas a criança ainda era retratada no conjunto da família ou de pessoas “*a criança com sua família; a criança com seus companheiros de jogos, muitas vezes adultos; a criança na multidão, mas ‘ressaltada’³ no colo de sua mãe ou segura pela mão, ou brincando...*” (Ariès, 1981).

No século XVIII, com o surgimento do Malthusianismo⁴ e a extensão das práticas contraceptivas, a idéia do desperdício tendeu a desaparecer (Ariès, 1981).

Para Engels (1985), na Revolução Industrial o trabalho nas máquinas consistia tanto na fiação quanto na tecelagem, na reparação dos fios que se partiam, pois a máquina fazia o resto. Então, esse tipo de trabalho não exige

³ As aspas são do autor (Ariès, 1981).

⁴ Doutrina de Malthus: a população cresce geometricamente (1, 2, 4, 8, 16...) enquanto os recursos e meios de subsistência crescem aritmeticamente (1, 2, 3, 4...), nesse sentido, para evitar a superprodução e a penúria, é preciso limitar voluntariamente os nascimentos (RUSS, 1994, p. 176).

força física, mas dedos ágeis, assim, esse tipo de trabalho era feito por mulheres e crianças,

*“... e como de resto as mulheres e as crianças são mais rentáveis e mais hábeis que os homens nesse tipo de trabalho, são estas que são empregadas. Nas fiações, encontramos nas **Throstles** apenas mulheres e meninas, (...) e vários **piecers** encarregados de reparar os fios, que na maioria das vezes são crianças ou mulheres, por vezes jovens de 18 a 20 anos...”* (Engels, 1985).

Engels (1985), citando discurso de Lord Ashley, que apresentou à Câmara dos Comuns em 15 de março de 1844 sobre a idade dos operários e a proporção de homens e mulheres,

“... dos 419.590 operários de fábrica do império britânico (em 1839), 192.887 (ou seja, quase a metade) tinham menos de 18 anos e 242.996 eram do sexo feminino, dos quais 112.192 menores de 18 anos. Segundo esses números, 80.695 operários do sexo masculino têm menos de 18 anos e 96.599 são adultos, ou seja, 23%” (Engels, 1985).

Engels (1985), sobre os fabricantes, na Revolução Industrial,

“Raramente empregavam crianças de cinco anos, freqüentemente as de seis anos, muitas vezes as de sete ano e maior parte das vezes as de 8 ou 9 anos; que a duração do trabalho atingia, por vezes, 14 a 16 horas por dia”
(Engels, 1985).

Explica Rosen (1994) que por volta de 1750, em Londres, a mortalidade infantil variava entre oitenta e noventa por cento e, entre as crianças menores, era mais alta. Em outros locais da Europa, começou a haver uma tendência a melhorar a higiene que lhes era dispensada.

Essa mudança de atitude fez com que houvesse uma nova sensibilidade em relação a elas, passando a serem vistas como seres frágeis e ameaçados; assim os pais começaram a se preocupar em vacinar seus filhos e a mortalidade que até então era acentuada começou a ser reduzida, sendo os novos conceitos adotados pela família, em relação à higiene, fundamentais para a sobrevivência de sua prole.

Pode-se considerar que no século XVIII surgiu, então, a preocupação com a higiene e a saúde física. Tudo que se referia às crianças e à família passou a se tornar um assunto sério e digno de atenção. Não apenas em relação ao futuro da criança, mas também a sua simples presença e existência

eram dignas de preocupação; a criança havia conseguido assumir um lugar especial dentro da família (Gonçalves-Oliveira, 1999).

No entanto, mesmo com essas modificações, pode-se perceber que a infância ainda era reduzida e quando a criança crescia fisicamente era logo misturada aos adultos e inserida no mundo do trabalho.

A transmissão de valores e de conhecimentos não lhe era garantida e controlada pela sua família; pois ela era afastada logo de seus pais, sendo sua educação assegurada pela aprendizagem na convivência com outros adultos, aprendendo o que devia saber e ajudando os adultos a fazê-lo (Badinter, 1985).

Para Mello Jorge (2002), a primeira manifestação internacional em prol dos direitos dos menores de idade aconteceu já no século XX, em 1924 em Genebra, mas foi cerca de trinta anos depois (1959) que a Organização das Nações Unidas (ONU) *“(...) reconhecendo que a criança, em decorrência de sua imaturidade física e mental, precisa de proteção e cuidados especiais, inclusive proteção legal apropriada antes e depois do nascimento (...)”* estabeleceu os princípios relativamente a essa proteção, que só vieram, todavia, a concretizar-se em 1979. Esse foi declarado como o Ano Internacional dos Direitos Humanos da ONU e representou um marco quanto ao assunto, visto que trouxe à luz a Convenção dos Direitos da Criança, um passo importante para a sua defesa.

Ainda, segundo Mello Jorge (2002), a partir desse momento, como resultado de ações postas em prática pelos governos e entidades sociais, houve um maior controle da mortalidade infantil e do pré-escolar. Isso fez com

que houvesse uma atenção à criança⁵, ao adolescente⁶ e ao menor⁷ e a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu que “são estes os indivíduos que vão desenhar a sociedade do futuro” (Alleyne, 1995).

No Brasil, em 1988 a Constituição Federal em seu Capítulo VII, “Da família, da criança e do adolescente”, artigo 227, especifica que:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”
(Brasil, 1995a).

Segundo o artigo 3 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/07/90) em seu título I, “Disposições Preliminares”, percebe-se que:

⁵Segundo o artigo 2 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n 8.069, de 13/07/90) em seu título I, “Disposições Preliminares”, entende-se por criança: “a pessoa até 12 anos de idade incompletos e o adolescente entre 12 e 18 anos de idade”. (Brasil, 1995b, p.1)

⁶ Fisher (2002) explica que a adolescência é caracterizada por uma série de transformações físicas, psicológicas e sociais. A faixa etária que a abrange varia segundo diferentes critérios, uns mais restritos e outros mais amplos (cronológicos, fisiológicos, sociológicos, psicológicos). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) apud OPAS (1990), são considerados adolescentes “(...) todos aqueles que estão na faixa etária compreendida entre dez e vinte anos.”

⁷ No Brasil, havia uma distinção entre criança e menor, representando este último o objeto das políticas públicas de contenção, de controle do Estado. Como cita Rizzini (1993) nos escritos jurídicos do período compreendido entre 1923 e 1941, o “menor” era entendido como, “(...) uma infinidade de características negativas(da família), tem a sua conduta marcada pela amoralidade e pela falta de decoro, sua linguagem é de baixo calão, sua aparência é descuidada, tem muitas doenças e pouca instrução, trabalha nas ruas para sobreviver e anda em bandos com companhias suspeitas” (Rizzini, 1993). O capítulo IV, Seção I e artigo 402 da Consolidação das Leis do Trabalho consideravam menor todo trabalhador de 12 a 18 anos (Carrion, 1992). Utilizou-se também esse termo para todos os indivíduos entre dez e 17 anos, subdivididos em crianças de dez a catorze anos e adolescentes de 15 a 17 anos (Ziberstajn et al., 1985). A partir de 2000, segundo ratificação da recomendação da OIT, assinada pelo Brasil, considera-se menor todo trabalhador de até 18 anos completos, sendo a idade mínima para o trabalho de 16 anos (OIT, 2000).

“A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana(...)”, “assegurando-lhes, por lei e por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. O Artigo 4º prescreve que “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (Brasil, 1995b).

I.1 A questão do trabalho e dos Acidentes de Trabalho no Brasil

O trabalho e os acidentes que ocorrem em sua decorrência igualmente são questões antigas da humanidade, que possivelmente aconteceram em variadas épocas e locais, levando os trabalhadores (livres e escravos) a necessitar de simples até definitivos afastamentos, passando de mutilações até mesmo a mortes.

Após a Revolução Industrial, as novas condições de vida e trabalho fizeram com que houvesse um agravamento da situação de saúde das classes

operárias da época, constatando-se um aumento das doenças infecto-contagiosas e dos acidentes de trabalho (AT), acarretando mutilações, invalidez e a morte.

Segundo Mendes (2003), esses fatos fizeram com que os trabalhadores começassem a reivindicar melhores condições de trabalho em vários países, e, começando pela Inglaterra, em 1802, com o *Health and Morals of Apprentices Act* que regulamentou a idade mínima para o trabalho, a redução da jornada de trabalho e medidas de melhoria ambiental das fábricas, e, em 1883, “com o *Factory Act*⁸ passaram a poder recorrer à autoridade pública em casos de desentendimentos com os patrões” (Mendes, 2003). As primeiras leis sobre AT foram promulgadas a seguir: Alemanha, em 1884, seguida pela Áustria, Noruega, Inglaterra, França, Dinamarca, Itália, Espanha e, no Brasil, em 1919 (Mendes, 2003).

Informa Mendes (2003) que entre a Legislação de 1919 e a atual, foram promulgadas cinco outras leis sobre AT. De acordo com Oliveira (1998), atualmente está em vigor a sétima Lei Acidentária nº 8.213 de 24 de julho de 1991, determinada pelo artigo 12 da Lei 9.528 de 10 de dezembro de 1992, na qual o AT é aquele:

“... que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação

⁸ O *Factory Act* (1833), foi a lei das fábricas, que ampliou as medidas de proteção dos trabalhadores em todas as fábricas que utilizavam a força hidráulica ou do vapor, havendo, desde então, empresas que começam a contratar médicos para o controle da saúde dos trabalhadores, nos locais de trabalho (Nogueira, 1967; Hunter, 1974; Schilling, 1975; Nogueira, 1979 apud Mendes, 2003).

funcional que cause a morte ou a perda ou redução permanente ou temporária da capacidade de trabalho”
(Carmo *et al.*, 1995)

Esse conceito implica no acidente típico, evento único e bem configurado no tempo e no espaço (Carmo *et al.*, 1995).

As doenças profissionais e as do trabalho também são consideradas como AT, segundo a lei dos benefícios da Previdência Social (Thame, 1992).

Para Carmo *et al.* (1995), as primeiras conhecidas como ergopatias, tecnopatias ou doenças profissionais típicas são consideradas as decorrentes do exercício do trabalho, relacionadas a um risco específico direto, cujo nexo causal é presumido. As doenças do trabalho são decorrentes em função das condições nas quais o trabalho é desenvolvido, denominadas também de mesopatias ou moléstias profissionais atípicas.

A legislação reconhece também, como AT, os acidentes de trajeto ou de percurso, que são consideradas as ocorrências com o trabalhador no percurso da residência para o trabalho e vice-versa, independente do meio de locomoção (Carmo *et al.*, 1995).

A legislação equipara ao AT, outras ocorrências com o trabalhador, tais como: agressões, atos de negligência, imperícia e imprudência de terceiros, ofensas físicas intencionais, entre outras (Oliveira, 1992).

A notificação dos AT junto à Previdência Social é compulsória, devendo ser feita pelo empregador/empresa, sob pena de multa, segundo a lei

previdenciária (Art. 22 da lei 8.213/91) até o primeiro dia útil da ocorrência (Carmo *et al.*, 1995).

No entanto, diante da falta de comunicação por parte do empregador/ empresa, a notificação pode ser realizada pelo próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nesses casos o prazo previsto (Thame, 1992). Napoleão (1999) explica que notificar um acidente significa registrá-lo em um impresso próprio denominado Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) e, posteriormente, encaminhá-lo aos órgãos públicos competentes.

Pela legislação brasileira, os AT são eventos de notificação compulsória mediante a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT). São notificados pela CAT não apenas os acidentes-tipo (ocorridos durante o horário de exercício da atividade), mas também os de trajeto (ocorridos entre o percurso de casa para o trabalho e vice-versa) e as doenças profissionais. A CAT deve ser emitida pela empresa à qual o trabalhador está vinculado e, caso a mesma recuse-se a emití-la, isto pode ser feito pelos serviços de saúde, sindicatos ou pelo próprio trabalhador. O fim principal de emissão da CAT é de ordem legal, significando o direito do trabalhador ao seguro acidentário junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (Wünsch Filho, 1999).

No entanto, o registro desses AT, muitas vezes, não é feito pelo profissional da saúde, ou pelo empregador no momento do atendimento do acidente e tampouco pelo acidentado, o que culmina na subnotificação dos AT.

A subnotificação ou subenumeração do AT existe por diversos motivos, tornando difícil sua medida e avaliação. Entre os motivos destaca-se a existência de grande número de trabalhadores, a pouca abrangência dos serviços de saúde voltados para as questões relacionadas ao trabalho, as restrições sofridas pela legislação acidentária, as limitações de acesso ao judiciário (Alves & Luchesi, 1992; Wünsch Filho, 1999). Apesar de tudo, sabe-se que essa prática deve ser combatida.

Outro aspecto a ser considerado em relação à reduzida notificação acidentária encontra-se relacionado ao trabalho informal. Atualmente, no Brasil, existe um paradigma de emprego com maior flexibilidade, precário e desprovido de garantias de estabilidade associadas ao padrão convencional (Dupas, 1999). Muitos trabalhadores experimentam situações de subcontratações, trabalhando em condições arriscadas, insalubres e perigosas, sem registros oficiais. Contrata-se sem encargos trabalhistas, com redução de direitos e salários. A possibilidade de se obter uma ocupação passou a ser maior no setor informal (Dupas, 1999), onde há também um notório sub-registro acidentário, já que o trabalhador alocado neste setor é “invisível”⁹ diante dos órgãos públicos, incluindo-se a Previdência Social.

A subenumeração acidentária parece ser uma realidade geral e antiga no Brasil, sendo comentada por vários autores (Medrado-Faria, 1988; Possas, 1987; Mendes, 1995). Entre os vários motivos encontram-se os (des) encaminhamentos dados à CAT, conforme foi constatado em estudo realizado em Ribeirão Preto, por Cortez (2001).

A subnotificação quanto ao AT é, então, uma situação concreta e não imaginária; em relação ao trabalho infantil e do adolescente, possivelmente deve ser considerável e os seus motivos já foram comentados anteriormente.

Apesar de ser proibido por lei, as empresas parecem continuar empregando trabalhadores sem registro, incluindo-se as crianças e adolescentes. Pressupõe-se que estes, inseridos no mercado de trabalho, constituem-se em uma das categorias de trabalhadores que mais desconhecem os seus direitos trabalhistas.

I. 2 Considerações acerca do trabalho infantil e do adolescente

O trabalho sempre esteve presente na vida das crianças e adolescentes das classes mais pobres, fazendo com que os adultos permitam o ingresso dos seus filhos ao mercado de trabalho para que possam ajudar na sobrevivência do grupo familiar.

Essa situação é confirmada pelos estudos que abordaram a questão do trabalho infantil, tais como os de Derrien (1993); Gonçalves-Oliveira (1999); Minayo-Gomez (1997), entre outros.

Essa visão, no entanto, é refutada por Ferreira (2001), que entende ser o trabalho infantil e do adolescente mais um dos problemas sociais que acontecem. A pobreza e a estagnação econômica, apesar de terem sido culpadas até então pela produção desse fenômeno. No entanto, quando se comparam às estatísticas de Estados mais ricos e mais pobres, há a revelação de que tais mercados absorvem as pessoas interessadas em trabalhar, sendo as taxas de atividades semelhantes entre as regiões.

⁹ As aspas são do autor (Dupas, 1999).

Anteriormente, o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu Capítulo V, artigo 60, “Do direito à profissionalização e à proteção no trabalho”, explicitava que:

“É proibido qualquer trabalho a menores de 14 (quatorze) anos de idade, salvo na condição de aprendiz” (Brasil, 1995a).

O artigo 67, referente ao adolescente maior de 14 anos, empregado, explicita que a ele,

“(…), é vedado o trabalho noturno, perigoso, insalubre ou penoso, trabalho realizado em locais prejudiciais à sua formação e ao desenvolvimento físico, psíquico, moral e social, realizado em horários e locais que não permitem a frequência à escola” (Brasil, 1995a).

Fischer (2002) explica que a legislação brasileira proíbe o trabalho noturno perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e qualquer atividade laboral aos menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz.

Recentemente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística–IBGE (2001), a partir de 2000 a lei brasileira mudou para que o

governo assinasse a convenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e aumentou as idades permitidas para o trabalho. Assim a idade mínima para o trabalhador brasileiro atualmente é de 16 anos, sendo que, até então era de 14. A categoria aprendiz aceita trabalhadores de 14 anos ou mais e, para trabalho perigoso, insalubre e noturno, a lei exige no mínimo 18 anos.

“... as crianças, devido à sua fragilidade, estão mais sujeitas a inúmeros acidentes e doenças de trabalho do que os adultos, em igualdade de circunstâncias. Também não possuem ainda a maturidade suficiente para perceber os perigos possíveis que envolvem o exercício da sua atividade ou que existem no próprio local de trabalho. Como resultado, grande número de crianças sofre acidentes vários—um valor superior a dois terços (69%) do seu total, em alguns países. Muitas delas sofrem verdadeiros acidentes e doenças, de 5% até 20%, ou mais, em que algumas destas crianças deixam de trabalhar, completamente” (OIT, 2003).

Como foi citado anteriormente, o trabalho de crianças e adolescentes menores de 16 anos pode ser realizado, no Brasil, na condição de aprendiz, após os 14 anos, a partir de 2000, mas segundo o último levantamento divulgado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)¹⁰ e pela

¹⁰

O trabalho infantil no Brasil tem sido objeto constante de diversos estudos e pesquisas. Não obstante, a única pesquisa oficial de caráter abrangente, que se ocupa da questão em âmbito nacional, é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD cuja

OIT, em 2001 do total de mão-de-obra ocupada brasileira (75,7 milhões) 7,2% eram de crianças e adolescentes, ou seja, o país tinha 5.482.515 de crianças com idade entre cinco e dezessete anos que trabalhavam. Destas, 296.705 estavam com idade entre cinco e nove anos e 1.935.269 entre dez e 14 anos e, portanto, havia o total de 2.231.974 crianças com menos de 14 anos trabalhando (Brasil, 2003d). O número de menores de sexo masculino que trabalha é maior que as do sexo feminino; segundo mostra a PNAD (2003), existiam 3.570.216 meninos e 1.912.299 meninas trabalhando no Brasil, em 2001.

Dados do IBGE, indicam que em 2001, essas crianças e adolescentes (entre 5 e 17 anos) estavam empregadas em lavouras, carvoarias, olarias, pedreiras, no mercado informal e também em afazeres domésticos, sendo que mais da metade deles não tinham remuneração fixa (Mello Jorge, 2002). Ainda segundo o mesmo autor, o trabalho dos menores compunha parte do orçamento familiar das camadas mais pobres da sociedade, razão pela qual o cumprimento da lei ficava comprometido, já que a retirada das crianças do trabalho correspondia a uma perda da renda que elas geravam.

Estudo de Moura (1999), citado por Zaher *et al.* (2001), mostra os reflexos da vida pessoal de crianças e adolescentes, assinalando que as más condições de vida em família, em especial relacionado à moradia e alimentação deficientes e condições sanitárias inadequadas, fazem com que os menores cheguem ao trabalho com retardo de crescimento e desenvolvimento e

doenças, entre outros problemas. Em contrapartida, as empresas que recrutavam esses jovens têm uma economia frágil e investem pouco em tecnologia, o que prejudica ainda mais o jovem trabalhador.

“(...) as conseqüências do trabalho precoce em idade inadequada resultam em acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, corpos deformados, envelhecimento precoce, abandono da escola, retardo no crescimento e no desenvolvimento e baixa qualificação profissional” (Moura 1999; apud Zaher et al., 2001).

Para Campos (2001), o trabalho infantil, no sistema capitalista, encarrega-se de ressaltar o processo de exclusão social e de reprodução, principalmente, dos baixos padrões de vida material. Este tipo de trabalho, não garante a promoção e o desenvolvimento do indivíduo na sociedade e, tampouco lhe confere rendimentos significativos no futuro.

Pior do que isso, essa situação parece ser um entrave na inserção profissional da criança e do adolescente pois não raramente, promove seqüelas e lhe compromete o desenvolvimento físico, emocional e intelectual, amadurece-o prematuramente e, assim, nega-lhe o direito de usufruir de sua infância, de experimentar as vivências a que tem direito, com a obrigação da qual é incumbido de dedicar-se ao trabalho.

O exposto anteriormente pode ser constatado em investigação realizada por Lavrador *et al.* (1999) na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo¹¹.

Em outro estudo intitulado “Acidentes de Trabalho entre menores de idade atendidos em um hospital-escola da cidade de Ribeirão Preto – SP”¹², tornou-se evidente a não-identificação da criança e do adolescente como trabalhador, pelo serviço de atendimento à saúde (Silveira & Robazzi, 2000).

Assim, na tentativa de avançar o estudo sobre a temática da criança e do adolescente que trabalha, a autora elaborou o presente estudo visando aumentar o conhecimento sobre esse assunto, colaborando para o entendimento de suas causas e dos agravos que tal tipo de trabalho provoca em seus realizadores, representados nesta ocasião pelos Acidentes de Trabalho.

I. 3 O percurso do trabalho infantil e do adolescente no Brasil

¹¹ Na referida investigação, a autora participou auxiliando na coleta de dados, e esta pesquisa foi realizada em duas escolas públicas com cursos de 5ª a 8ª séries. Na ocasião, foram entrevistados 445 alunos das 5ª às 8ª séries, com idades de 11 a 15 anos, objetivando-se estimar a proporção de estudantes, entre 11 e 15 anos, que desenvolviam alguma atividade laboral, determinar quais eram estas atividades, estimar a proporção dos que sofreram acidente de trabalho (AT) e determinar os tipos de acidentes. Constatou-se que a porcentagem de estudantes que trabalhava era de 82,9%; destes, 7,9% trabalhavam dentro e fora de casa; 14,2% exclusivamente fora e 77,9% exclusivamente em casa. Dentre os que trabalhavam, 4,4% declararam ter sofrido AT típico e 2,2% declararam ter sofrido acidente de trajeto. (Lavrador *et al.*, 1999).

¹² Em tal investigação, a autora foi agraciada com Bolsa de Iniciação Científica da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), e realizou a análise de 607 prontuários hospitalares de acidentados, atendidos durante o ano de 1997, em um hospital universitário da cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo. Buscando informações sobre menores de idade que, na ocasião do atendimento, possuíam até 14 anos e que sofreram AT, encontrou anotações realizadas pela equipe de saúde em apenas seis (0,99 %) prontuários que se relacionavam aos trabalhadores menores de idade. Destes, quatro (0,67%) eram meninos e duas (0,33%) meninas, trabalhando em empresas diversificadas como balconista, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de lavanderia. Um era trabalhador rural e dois outros acidentados eram “do lar”. Possivelmente havia outros acidentados do trabalho que, no entanto, não foram identificados ou caracterizados como trabalhadores, pelos profissionais de saúde que realizaram o atendimento hospitalar. Os AT tiveram como causas: agressão durante o trabalho por meio de força corporal; contato com ferramentas manuais; agressão no trabalho por meio de disparo de arma de fogo ou de arma não especificada e queda de um nível ao outro. Dois acidentes não tinham causa registrada. As partes do corpo lesadas em decorrência dos acidentes foram: os membros inferiores, a cabeça, o tronco e os membros superiores; em dois prontuários, não estavam registradas quais eram essas partes (Silveira & Robazzi, 2000).

Em relação a este aspecto, faz-se necessário realizar uma abordagem histórica para sua melhor contextualização.

No início do século XX, o Brasil estava numa nova fase de industrialização, surgiam as unidades manufatureiras, ainda que em número limitado. Nesse período, havia o predomínio das atividades agrário-exportadoras.

Após a abolição da escravatura, em 1888, quando cresceu a busca de mão-de-obra livre para alimentar a indústria crescente, foi fortalecida a perspectiva ideológica “*do trabalho como princípio supremo da organização social*”, no bojo da qual era defendido e encorajado o trabalho do menor de idade, com base no argumento de que “*era preciso moldar desde cedo o caráter da criança, [habitua-la] ao suor dignificante que só o trabalho proporcionaria*” (Rizzini *et al.*, 1995). Tal perspectiva tinha em conta que para os órfãos, os meninos pobres, os abandonados, o trabalho representava uma medida preventiva e remediadora dos males que poderiam ser ocasionados pela indigência social.

Gonçalves-Oliveira (1999) explica que com a abolição do trabalho escravagista, a produção que era predominantemente agrícola e que sempre utilizara a mão-de-obra familiar—incluindo-se aí a força de trabalho infanto-juvenil—não se diferenciou muito para a obtenção dos trabalhadores nas fábricas.

Nesse período, as condições de vida e de trabalho eram extremamente precárias, com longas jornadas de trabalho e emprego; as mulheres e crianças

trabalhavam em condições semelhantes àsquelas vivenciadas na Inglaterra, no período da Revolução Industrial¹³.

Para Hunter (1974), em relação aos impactos sociais acontecidos nessa época destacam-se aqueles sobre a saúde dos trabalhadores, as condições da jornada de trabalho, o trabalho penoso e perigoso e os ambientes de trabalho agressivos ao conforto e à saúde, que rapidamente produziram graves danos à saúde dos trabalhadores. Tanto os acidentes graves e mutilações quanto as intoxicações agudas e outros agravos à saúde impactaram os trabalhadores, particularmente crianças de cinco, seis ou sete anos e mulheres, preferidas que eram pela possibilidade de lhes serem pagos salários mais baixos.

Em meados do século XX, no Brasil,

“... as condições de trabalho eram árduas, os ambientes inadequados, as máquinas instaladas em locais impróprios com péssima ventilação e iluminação e ausência de sanitários. Os menores e as mulheres sujeitavam-se às condições impróprias de trabalho. Os operários então começam a se organizar, diante das condições

¹³ A “Revolução Industrial” (1760–1850) teve papel de destaque na mudança das condições de vida e de trabalho. A divisão entre ricos e pobres, apesar de não ser novidade na Inglaterra, neste período, acentuou-se com a chegada das máquinas e do sistema fabril; os ricos, donos dos meios de produção, ficaram mais ricos ainda, e os pobres, que arrendavam (vendiam) a força de trabalho, viram-se na miséria. Como mulheres e crianças podiam receber menos que os homens, eram a elas que se ofereciam trabalho; as condições de trabalho neste período eram péssimas; os acidentes de trabalho eram numerosos, as máquinas sem qualquer proteção, movidas por correias expostas; não havia limites de horas de trabalho, ultrapassando dezesseis horas de trabalho por dia. O ambiente era fechado, com nenhuma ou precária ventilação; o barulho das máquinas atingia níveis elevados, muito além do suportável. Em função de todas essas condições, o número de doenças e acidentes aumentava proporcionalmente ao número de fábricas que se abriam e novas atividades industriais que se iniciavam. Os impactos da Revolução Industrial ocorrida na Europa–Inglaterra, Alemanha e França, principalmente–têm sido objeto de estudos por vários pesquisadores (Mendes, 1980, 1995, 2003).

insustentáveis de vida e trabalho...” (Souza, 1985 *apud* Rocha & Nunes, 1993).

Com a industrialização (início do século XX), surgiam no país movimentos sociais voltados às condições laborais, duração da jornada, idade mínima, trabalho noturno, trabalho de menores e de mulheres e os ambientes de trabalho (Mendes, 2003).

A fim de retratar as condições de trabalho no país, Warren Dean *apud* Mendes (2003) descreve, nas últimas décadas do século XIX até as primeiras do século passado, sobre a industrialização em São Paulo, explicando as condições, que eram as que se seguem,

“... eram duríssimas: muitas estruturas que abrigavam as máquinas não haviam sido originalmente destinadas a essa finalidade (...) as máquinas se amontoavam ao lado das outras e suas correias e engrenagens giravam sem proteção alguma. Os acidentes se amiudavam porque os trabalhadores cansados, que trabalhavam às vezes, além do horário sem aumento de salário, ou trabalhavam aos domingos, eram multados por indolência ou pelos erros cometidos, se fossem adultos ou surrados se fossem crianças. Em 1917, uma pessoa que visitou uma fábrica na Mooca, na Capital, ouviu operários de 12 e 13 anos de idade,

da turma da noite, que se queixavam de ser freqüentemente espancados e mostraram, como prova do que diziam, as equimoses e ferimentos que traziam. As fotografias ocasionais do revezamento de turmas numa ou noutra fábrica nos exibem uma horda de espectros descarnados e andrajosos, apinhados à saída, precedidos de crianças descalças e raquíticas, com os rostos inexpressivos voltados para a câmara ou para o chão” Dean (1971).

Para Fausto (1977), no Brasil, fazendo sua industrialização à custa da indústria têxtil, acentuava-se a procura da mão-de-obra feminina e de crianças que, a partir dos sete anos de idade, já eram empregadas nestas fábricas; esse mesmo autor, baseado em documentários da época, confirma as referências aos espancamentos e às multas, bem como à mutilação de crianças pelas máquinas, muitas vezes provocadas por adormecerem sobre elas em funcionamento (Fausto, 1977).

A legislação da época era consubstanciada no Decreto nº 1.313 de 1891 que “*estabelecia providências para regularizar o trabalho dos menores empregados nas fábricas da Capital Federal*” (Lima, 1991), as quais nunca foram cumpridas. De acordo com os estudos de Rizzini *et al.* (1995), “*Deputados e senadores debatiam uma variedade de tópicos vinculados a leis em tramitação, mas estranhamente, a questão do trabalho infantil não parecia causar controvérsia*”. Faleiros (1995) entende que, desde o contexto da

Proclamação da República, a *“omissão, repressão e paternalismo são as dimensões que caracterizam a política para a infância pobre (...)”*.

Tais fatos mostram que a “luta”¹⁴ entre empresários e trabalhadores, tendo como objeto o trabalho infantil, pode ser entendida como uma luta de classes. As reivindicações dos trabalhadores referiam-se à diminuição da jornada de trabalho dos menores de 18 anos e à eliminação do trabalho aos menores de 14 anos. No ano de 1912, 187 delegados, representando 68 organizações trabalhistas, decidem constituir a Confederação Brasileira do Trabalho (CBT) *“a limitação da jornada para mulheres e menores de 14 anos”* que era uma das principais conquistas por que se deveria lutar (Campos, 2001).

Em 1917, na cidade de São Paulo, eclodiu um movimento grevista em que os operários reivindicavam *“a abolição do trabalho noturno para os menores de 18 anos e as mulheres e a abolição do trabalho aos menores de 14 anos, aos menores de 16 anos coube um aumento salarial de 20 por cento, muito embora nada tenha conseguido no que diz respeito à jornada* (Dulles, 1977). Somente em 1919¹⁵ foi que em São Paulo, novamente com o acontecimento do movimento grevista, a jornada de oito horas e a proibição do trabalho aos menores de 14 anos foram conquistadas. Nesse mesmo ano, em janeiro, surgiu a primeira lei do AT, tornando compulsório o seguro contra os mesmos, em determinadas atividades, reivindicação antiga dos operários, rejeitada em tentativas anteriores (Barbin, 2003).

¹⁴ As aspas são do autor (Campos, 2001)

¹⁵ Nesse ano de 1919, de acordo com Faleiros (1995), era de *“... 50% a participação feminina na indústria têxtil e a do menor em 35%, no Estado de São Paulo (...) os menores representavam mais de 7% no setor secundário. Não havia, em geral, redução da jornada para as crianças e seus salários eram mais baixos que o dos adultos(...) nas oficinas da Casa da Moeda 70% das crianças e adolescentes haviam contraído[a tuberculose].*

Para Faleiros (1995) em declaração do ano de 1917, um importante industrial da época, Jorge Street, afirmava que, “... *tem nas fábricas que dirige cerca de trezentas crianças*”, *todas trabalham dez horas, como os adultos*”, argumentando que são os pais que aí desejam seus filhos, alegando que lhes oportunizava trabalhos leves, considerando justo que se regulamentasse o trabalho infantil, mas “*as medidas não podem ser exageradas*” e não se poderia pintar os industriais como carrascos. Explica ainda que: “*se a futura lei*, citada anteriormente (em 1919 seria aprovada, em São Paulo, a limitação da jornada de trabalho em oito horas e a proibição do trabalho dos menores de 14 anos foi conquistada em face do novo movimento dos operários que conseguiram apoio às suas reivindicações por parte de alguns parlamentares, membros do governo e industriais da época) *reduzir o trabalho pela metade, assim também reduziremos o salário*” e que “*a oficina, com seus inconvenientes, é preferível à rua com todos os seus perigos*” propondo a permissão ao trabalho a partir de onze anos, considerando “*exagero pernicioso*” a *proibição do trabalho até 14 anos(...)*”.

Estudos feitos por Campos (2001) mostram que, somente no ano de 1927, depois de tramitar nos governos de Epitácio Pessoa e Arthur Bernardes, foi promulgado por Washington Luís o Código de Menores, que definia a idade mínima de 14 anos para o trabalho, a jornada diária de seis horas e a proibição do trabalho noturno. Apenas em 1943, com a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), as prescrições do Código sobre o trabalho são incorporadas; neste momento, os menores recuperam uma parcela da

dignidade perdida anteriormente, em que os industriais conseguiram a eliminação da barreira que proibia o trabalho antes dos 14 anos “em estabelecimentos onde eram empregadas pessoas de uma só família” e a jornada ficou estabelecida em 8 horas, podendo ser estendida por mais duas, “desde que com maior remuneração” (Campos, 2001).

As práticas políticas ocorridas na época aprofundavam a distinção entre “criança” e o “menor”, ou seja, buscavam integrar, disciplinar e tornar governáveis os membros das classes mais pobres. Enquanto as crianças tinham suas necessidades de proteção da maternidade, educação, saúde a cargo do Departamento Nacional da Criança, os “menores” eram responsabilidade do Serviço de Assistência a Menores (SAM), criado em 1941 (Abreu e Martinez, 1997).

De acordo com as referências pesquisadas, pode-se perceber que as transformações econômicas e políticas, ocorridas no Brasil em relação às ações voltadas para a área da infância e da adolescência, mostravam uma concepção discriminatória em relação à forma como são tratados os filhos dos pobres. No entanto, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, houve uma certa mudança no cenário, até aqui apresentado.

Campos (2001) expõe que, a partir do final da década de 1970 e durante a de 1980, observou-se um importante fortalecimento das lutas dos trabalhadores, assim como o crescimento dos movimentos sociais, em geral. O movimento organizado de conquista de direitos das meninas e meninos brasileiros – articulados em torno do Movimento Nacional de Meninos e

Meninas de Rua (MNMMR)—apontou para a aprovação e promulgação da Constituição Federal em 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990.

No entanto, a despeito da existência no Brasil da proteção legal (BRASIL, 1988), de ações governamentais e de programas de auxílio à criança trabalhadora, as crianças e os adolescentes ainda são induzidos a trabalhar. Tal fato é antigo, cultural e historicamente aceito pela sociedade brasileira que considera melhor eles estarem trabalhando do que permanecerem vadiando e em contato com drogas e prostituição. Essa realidade é apontada nos textos de Soares (1995); Sabóia (1996); Pereira, *et al.* (1997); Avancini (2001), entre outros.

Segundo a OIT (2003), durante muito tempo, o trabalho infantil no Brasil foi tratado ora como consequência da pobreza, ora como solução para amenizar seus efeitos. A sociedade concordava ou aceitava que o ideal para as crianças e adolescentes das camadas sociais menos favorecidas seria aprender uma profissão o quanto antes, de modo a contribuir para a renda familiar e evitar a possibilidade de ingresso na marginalidade.

A política educacional, até recentemente ainda muito voltada para a manutenção e privilégios, contribuía para essa situação, ajudando a reproduzir o ciclo de desigualdade social. Porém, a partir da década de 1980, ao surgir um movimento social em favor dos direitos das crianças e dos adolescentes, esse quadro começa a mudar. A promulgação da Constituição Federal de 1988; a adoção, em 1989, da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da

Criança; a aprovação, em 1990, do ECA; os suportes técnico e financeiro do Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil (IPEC) da Organização Internacional do Trabalho (OIT), somados aos programas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) a partir de 1992, acabaram por incluir definitivamente o tema do combate ao trabalho infantil na agenda nacional de políticas sociais e econômicas (OIT, 2003).

O ECA nada mais é que a condensação das diversas políticas específicas na área da criança e do adolescente, compondo uma só política de atendimento, regulamentando a orientação prevista na Constituição. Elas foram agrupadas em quatro áreas, encontrando-se hierarquizadas conforme a abrangência das ações previstas. São elas, as Sociais Básicas, as de Assistência Social, a de Proteção Especial e as de Garantias de Direitos (Costa, 1993 *apud* Campos, 2001).

As primeiras são as mais abrangentes, consideradas “direito de todos e dever do Estado”. É neste bloco que se encontra, por exemplo, o direito à educação e à saúde, à cultura e à profissionalização. As políticas assistenciais encontram-se delimitadas desde o artigo 203 da Constituição, em que se restringe sua aplicação “àqueles que delas necessitam”; são grupos, pessoas em estado permanente ou temporário de necessidade, são exemplos os programas de distribuição de leite, cestas básicas, entre outros (Campos, 2001).

A política de Proteção Especial constitui-se nas ações voltadas para casos individuais ou grupais. Significa que a “exposição da criança ou

adolescente a fatores que ameaçam ou, efetivamente, transgridem as suas integridades físicas, psicológicas ou morais por ação ou omissão da família, de outros agentes sociais ou do próprio Estado” (Costa, 1993 *apud* Campos, 2001). São modelos que mostram sua aplicação no abandono, no tráfico, nos abusos, no trabalho abusivo e explorado, entre outros.

A política de Garantia, Promoção e Defesa de Direitos refere-se à necessidade de efetivar a defesa jurídico-social dos direitos individuais e coletivos de todas as crianças e adolescentes.

Pode-se observar, então, que o Brasil, a partir do ECA, passa da “doutrina da situação irregular”¹⁶, observada desde meados de 1800, para a “proteção integral da criança”, consoante com a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em novembro de 1989 (Campos, 2001). A Convenção é *“um instrumento decisivo e fundamental que torna ociosa qualquer discussão que ponha em dúvida a compreensão da categoria infante - adolescência como dotada de sujeitos plenos de direito”* (Mendez, 1993).

Apesar de toda essa proteção apregoada às crianças e aos adolescentes por meio do ECA, os dados revelam que, atualmente, ainda existem crianças e adolescentes que trabalham para o seu próprio sustento e o sustento de sua família.

Percebe-se que o trabalho da criança e do adolescente pode ser caracterizado como uma situação na qual eles iniciam nas atividades de trabalho em idade prematura e acabam trabalhando em jornadas iguais ou até

mesmo maiores que a jornada laboral dos adultos. Recebem uma remuneração simbólica pelo seu trabalho, às vezes, nem recebem pelo trabalho realizado. Ficam sujeitos às condições perigosas, como por exemplo, locais com risco iminente ao acidente ou até mesmo quando o próprio trabalho os impede ou dificulta o acesso à educação, contribuindo para a reprodução de sua condição social.

De acordo com que foi mostrado anteriormente e a partir dos dados atuais (Brasil, 2003d), do total de crianças e adolescentes ocupados, nas áreas urbana e rural, 45,2% eram de empregados em geral e de trabalhadores domésticos; 41,2% eram trabalhadores não remunerados; 6,2% trabalhavam por conta própria ou eram empregadores e 7,4% trabalhavam na produção para o próprio consumo. Das 5,4 milhões de crianças trabalhando, 4.400.454 trabalham e estudam, as demais, 1.081.579, trabalham e não estudam. Dos 4,4 milhões que trabalham e estudam, 1.131.561 trabalham 40 horas ou mais por semana; entre as que trabalham e não estudam, 705.037 trabalham 40 horas ou mais por semana, ou seja, um terço das crianças e adolescentes que trabalham (1.836.598) cumpre jornada de adulto, de 40 horas ou mais por semana. O destaque para tal fato ocorre em São Paulo, onde 53,3% (398.837) das crianças e adolescentes trabalham 40 horas ou mais por semana, seguido de Rondônia (52%) e Mato Grosso (48,5%) (Brasil, 2003d).

Para Cruz Neto (1998), os jovens são inseridos de forma precoce no “mercado de trabalho”¹⁷ e realizam uma variada gama de atividades, tornando-

¹⁶As aspas são do autor (Campos, 2001).

¹⁷ As aspas desse parágrafo são do autor (Cruz Neto, 1998).

se “mão-de-obra desqualificada e barata”, esse entendimento é o mesmo de Ferreira e Valenzuela (1998), para os quais a multiplicidade de funções e tarefas assumidas pelas crianças e adolescentes os designa como trabalhadores generalistas, prontos para qualquer tarefa. Tais tarefas são exercidas no setor primário da economia (corte de cana, sisal, extração de carvão, colheitas...), no secundário, (aprendizes na indústria em geral) e no terciário (*boys*, *babás*, guardas-mirins, patrulheiros, empregadas domésticas—predominam as meninas—e até mesmo em ramos ilegais como prostituição e drogas).

Apesar da proibição do trabalho da criança e do adolescente menor de 18 anos, no Brasil é possível encontrá-los trabalhando em vários setores da economia.

Entende a OIT que a terminologia “ajuda” que aparece em várias das falas de menores e de seus pais pode ser enganosa, pois identifica como próprio da criança uma tarefa que, no mundo de trabalho dos adultos, corresponde à função de ajudante (OIT, 2003).

Ferreira (2001) explica que o trabalho da lavoura exige a permanência de crianças e adolescentes fora da escola; os jovens são submetidos à sedução para que não abandonem a terra e o trabalho; *“...neste jogo de sedução, a palavra trabalho pode ser deslocada - já que seu significado tem sofrido críticas, em se tratando de infância - para a palavra “ajuda”. Ela ainda é infensa a ataques mais sérios e definitivos, carregando nessa pretensa inocência retórica o aprofundamento progressivo das responsabilidades e envolvimento com o*

trabalho e suas consequências” (Ferreira, 2001). A figura que se segue, retrata a situação da criança “ajudante”.

Figura 1– Representação do trabalho da criança e do adolescente no campo

TURMA DA MÔNICA/Mauricio de Sousa

Fonte: Jornal “O ESTADO DE S. PAULO” – D2 – 05/06/2003.

Entre os menores trabalhadores do Brasil, a maior parcela é a que se encontra no campo, contabilizando 43% das crianças e adolescentes de cinco a 17 anos que possuem alguma atividade (Jacintho, 2003).

A esse respeito, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) alerta sobre a existência de trabalho infantil na produção de tabaco no Brasil. Segundo o relatório da OMS sobre tabaco e direito das crianças, o país é identificado como um dos casos mais sérios do uso de menores de 18 anos para trabalhar no cultivo do fumo. O relatório aponta, ainda, que a Argentina, a China, a Índia, os Estados Unidos e o Zimbábue também enfrentam o problema. Em muitos países, inclusive no Brasil, o cultivo do fumo é feito em pequenas propriedades que possuem contratos com as grandes multinacionais do setor. *Como a plantação do fumo é intensiva em mão-de-obra, as famílias acabam incluindo as crianças em todas as etapas do processo para garantir*

uma maior produtividade (OIT, 2003). Segundo o relatório, no Brasil, as empresas que compram a produção de fumo dos agricultores chegaram a pedir que os horários escolares fossem mudados para que as crianças pudessem trabalhar nas plantações. Apesar de condenar o trabalho infantil no Brasil, a quantidade de crianças no setor é alvo de polêmica. No relatório da OMS, 520 mil crianças trabalham no cultivo do fumo. Para o Ministério da Agricultura, esse número não está correto, já que apenas 150 mil famílias produzem fumo no Brasil. A própria OMS reconhece que pode haver um erro. Pelos cálculos, porém, se cada uma dessas 150 mil famílias tivesse três crianças no cultivo do produto, o número inicial da OMS não estaria longe ao da realidade (OIT, 2003).

Na região Sudeste, trabalhadores podem ser encontrados nas várias tarefas exigidas para a fabricação de louças, porcelanas, cerâmicas e olarias (Gonçalves, 1997; Brasil, 1996), além de padarias, açougues, bares, manufaturas de calçados, escritórios e empresas variadas, empregadas em serviços domésticos, realizando atividades não remuneradas, entre outras. Na região de Ribeirão Preto (SP), há relatos de crianças trabalhando no abate, tratamento e embalagem de aves; no transporte de lenha; nas indústrias de confecção; no manuseio de máquinas da indústria plástica; nas atividades de pesca e transporte de peixes; na distribuição e vendas de jornais; no beneficiamento de mármore e granito e na extração de resinas (Brasil, 1996). Ainda encontraram-se menores trabalhando como *office boys*, auxiliar de padeiro e auxiliar de serviços gerais (Gonçalves-Oliveira, 1999).

Nesta investigação, encontrou-se crianças e adolescentes trabalhando como auxiliares de padaria, zeladoria (7 casos); empacotadores (6 casos), serviços gerais (6 casos), balconistas (3), entre outros.

Em geral, essa força de trabalho entra no mercado de trabalho sem a aprendizagem e o preparo prévios para executarem as variadas tarefas exigidas para a concretização de determinado tipo de ofício, sendo essas atividades muitas vezes caracterizadas, segundo a legislação nacional vigente (Brasil, 1988) em penosas, insalubres e perigosas. Esses trabalhadores podem então adquirir enfermidades relacionadas às atividades que realizam, sofrerem AT e danos à saúde, que a médio e longo prazos possivelmente podem se tornar irreparáveis.

Navarro, Alessi e Lima (2001) explicam, que:

“As crianças e adolescentes que ingressam precocemente no mercado de trabalho, quer sejam empregados formal ou informalmente, estão sujeitos a possíveis comprometimentos da saúde, considerada não apenas em suas manifestações biológicas, mas também determinada no modo como se produz e reproduz a existência social de seus grupos de pertencimento. Os possíveis comprometimentos de sua saúde podem ainda ser potencializados por riscos de acidentes e de doenças do trabalho, pelo fato de se tratar de uma força de trabalho imatura e em desenvolvimento” (Navarro, Alessi e Lima, 2001).

Finalizando, entende Galasso (1994), o trabalho impede que a criança dedique-se às brincadeiras, às atividades escolares e à vida familiar; assim ela

acaba ficando em desvantagem no âmbito das relações de poder no ambiente laboral e geralmente submetida a duras condições de trabalho e rígidas regras disciplinares; experimenta conflito de várias ordens, tanto na família quanto no local de trabalho e na comunidade. Deve agir como adulto, mas ainda é uma criança; é mais “dócil”¹⁸ que o adulto e por isso trabalha sem grandes ou nenhum questionamento.

I. 4. Os acidentes de trabalho e o atendimento à saúde prestado à criança e ao adolescente que trabalha

A família acredita que há vantagens, principalmente econômicas, em relação ao trabalho realizado pelas crianças e pelos adolescentes; eles, muitas vezes, não conseguem mais estudar ou então passam a ter baixo rendimento escolar e acabam tendo contato com vários riscos ocupacionais, vivenciando situações arriscadas, insalubres e inadequadas, submetendo-se a salários aviltantes, trabalhando horas-extras e não se protegendo adequadamente das situações proporcionadas pelas condições laborais. Evidentemente arriscam-se, então, a ficar enfermos e a se acidentar no trabalho.

Assim, quando essas crianças e adolescentes sofrem acidentes de trabalho (AT), são encaminhados ao serviço público de saúde e os trabalhadores que ali estão, envolvidos em suas atividades e talvez por acreditarem que pelo fato do trabalho infantil e do adolescente ter suas restrições legais no país, ele é inexistente. Assim, há dificuldade para identificar os casos em que há nexo entre o trabalho realizado pela

¹⁸ As aspas são da autora RCPSilveira (2003).

criança ou o adolescente e o acidente ocorrido, simplesmente porque, na maioria das vezes, não investigam e/ou não estão atentos para tal nexo.

A vivência da autora e das demais pessoas que trabalham ou ainda atuam no setor hospitalar indica que a prioridade é atender à urgência de cada caso e não se está com a atenção direcionada a evidenciar um possível nexo entre o AT e o trabalho realizado pelo acidentado (Silveira & Robazzi, 2000). Percebe-se, então, que os ensinamentos postulados por Ramazzini (1633-1714), em 1700, o qual ao preceito de Hipócrates “...*Quando visitares um doente, convém perguntar-lhe o que sente, qual a causa, desde quantos dias, se seu ventre funciona e que alimento ingeriu*” , acrescentou a pergunta: “... *e que arte exerce?*” (Ramazinni, 2000), até os dias de hoje, dificilmente são atendidos pela equipe que realiza a assistência hospitalar.

Os registros incompletos por parte do pessoal da saúde, incluindo-se a equipe de enfermagem, que permanece 24 horas ao lado dos pacientes, acrescidos da omissão de informação por parte das famílias, dos menores e dos empregadores acerca das atividades ocupacionais realizadas que motivaram os Acidentes de Trabalho, favoreceram o ocultamento dessa situação, colaborando com a minimização de informações sobre o assunto. Essa observação também foi constatada por Pugliese (1988), em estudo sobre adolescentes atendidos em um hospital brasileiro da rede pública e por Silveira & Robazzi (2000), com crianças atendidas igualmente em um hospital com tais características, acrescentando-se o fato de ser Hospital-Escola.

O treinamento do pessoal da saúde foi sugestão feita por Richter & Jacobs (1991), em Israel, concluindo esses autores que há necessidade de se educarem os profissionais de saúde, pediatras e cuidadores materno- infantis para realizarem estudos epidemiológicos descritivos e programas de intervenção, no sentido de eliminar as condições adversas e controlar os riscos relacionadas ao trabalho precoce, naquele país.

Nos Estados Unidos, Knight *et al.* (1995) investigaram 146 AT ocorridos com crianças entre 14 e 16 anos, atendidas em um departamento de emergência, durante o período de julho a setembro de 1992. O percentual de 32% das crianças, acidentaram-se como resultado de uso de equipamentos inadequados; mais da metade revelaram não ter recebido treinamento prévio sobre como evitar esses acidentes; 68% acidentaram-se com exercício de apenas um dia de atividades e 19% declararam estar trabalhando em atividades perigosas ou proibidas para sua idade, de acordo com as leis federais de proteção à criança.

Problemas como os AT ocorrem, provavelmente, durante a execução do trabalho precoce; no entanto, pela proibição legal desse tipo de trabalho ao cidadão menor de idade e pela sua informalidade contratual, dificilmente há notificação oficial sobre os mesmos, o que dificulta a ação da saúde e segurança laboral, bem como a da fiscalização existente. As pesquisas na área são realizadas com dificuldade pela ausência de dados e pelo silêncio das crianças que, na maioria das vezes, são coagidas a negar problemas no trabalho, tanto por parte de seu empregador como por parte de seus familiares.

No levantamento bibliográfico para a realização desta investigação encontraram-se poucos estudos, conduzidos ou que contavam com a participação de profissionais de enfermagem sobre esse problema (Robazzi *et al.*, 1996; Lavrador *et al.*, 1999; Gonçalves-Oliveira, 1999 e Silveira & Robazzi, 2000). Isso parece ser um dos indicadores de que a inserção do profissional de enfermagem, no Brasil, nas questões relacionadas ao trabalho de crianças e adolescentes, é ainda incipiente.

Diante do exposto até então, estabeleceu-se para este estudo o seguinte **objetivo geral**: identificar as características dos acidentes ocorridos com as crianças e os adolescentes, quando do exercício do trabalho.

Como **objetivos específicos**, estabeleceram-se os que se seguem:

Identificar:

- as características geo-demográficas das crianças e dos adolescentes trabalhadores acometidos por AT;
- o tipo de AT sofrido por essas crianças e adolescentes;
- a distribuição do AT, segundo o dia da semana, o mês e o ano;
- o número de horas trabalhadas, antes da ocorrência do AT;
- a causa do acidente e o diagnóstico atribuído pelo médico, por ocasião do atendimento ao acidentado;
- a parte do corpo atingida em decorrência do AT e
- se houve a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho.

CAPÍTULO II

II. Material e Métodos

II. 1. Caracterização do estudo

O referencial metodológico escolhido para realização do presente estudo foi o do método quantitativo, com as seguintes características: retrospectivo e descritivo.

II. 2. Base populacional

Constitui-se dos municípios de Ribeirão Preto (SP) e procedentes da região de abrangência da UBDS Central, no período de 1º de junho de 2001 a 31 de maio de 2002.

Para a definição da população alvo, isto é, a que se tem interesse em investigar, os seguintes critérios de inclusão e exclusão foram definidos.

II. 3. Critérios de inclusão

Pacientes acidentados (crianças e adolescentes) menores de 18 anos (conforme estabelece a Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, referente ao ECA e a OIT, 2000), residentes em Ribeirão Preto e procedentes da região de abrangência da UBDS Central, com o AT de acordo com a Lei 8.213 de 24 de julho de 1991 (Brasil, 2003a) ou conforme o conceito prevencionista que considera AT como qualquer interrupção no trabalho, independente de haver lesão corporal ou prejuízo material (Thame, 1992). Isto é, para este estudo considerou-se AT todo o acidente típico, de trajeto e as doenças que tiveram relação com o trabalho.

II. 4. Critérios de exclusão

Foram excluídos os prontuários das crianças e dos adolescentes menores de 18 anos que não se enquadravam nas descrições anteriores.

II. 5. Período

Os dados coletados para o estudo relacionam-se ao período de 1º de junho de 2001 a 31 de maio de 2002 e foram obtidos pela própria pesquisadora por meio de levantamento manual e da revisão documental de cada prontuário do Serviço de Saúde do Trabalhador da UBDS Central, realizado no mês de agosto de 2002.

II. 6. População alvo

Após observados os critérios de inclusão e exclusão, a **população alvo** foi composta pelas crianças e adolescentes atendidos no período estabelecido para a coleta de dados. Foram selecionados 1.589 crianças e adolescentes atendidos na UBDS, pelo Serviço de Saúde do Trabalhador, no período anteriormente mencionado, vitimizados por acidentes em geral.

II. 7. População de estudo

A **população de estudo** foi composta por 56 crianças e adolescentes que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, citados anteriormente.

Apesar do fato de que a população de estudo deve ser representativa da população alvo, existe o erro aleatório, o qual não podemos controlar, das subnotificações que podem ocorrer.

II. 8. Descrição do local do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo desenvolvido na Unidade Básica Distrital de Saúde Dr. João Baptista Quartin, popularmente conhecida como UBDS Central da cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, descrita anteriormente como um dos pólos mais desenvolvidos do país, tanto na pesquisa científica quanto na economia.

Na área da saúde, a cidade de Ribeirão Preto conta com ampla estrutura composta de variada rede ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico e

terapêutico, oferecida por serviços privados e públicos aos seus munícipes e aos seus distritos.

A assistência ambulatorial, prestada pela rede municipal, está organizada sob a forma de Distritos de Saúde nas cinco regiões geográficas da cidade: região norte, sul, oeste, leste e região central onde está localizado a UBDS Dr. João Baptista Quartin ou UBDS Central, onde foi realizada a coleta de dados desta pesquisa.

Nesta unidade, além do atendimento básico, é prestada a atenção secundária à população, pois é também, referência em algumas especialidades. Possui serviço de apoio diagnóstico e pronto - atendimento durante 24 horas. O atendimento básico de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e o atendimento de especialidades, como o Serviço de Saúde do Trabalhador, acontecem de segunda a sexta-feira das 7 às 22 horas. Tal serviço atende aos acidentados, em geral, incluindo-se os acidentados do trabalho.

Para obtenção das informações acerca da população alvo, foi utilizada a fonte secundária de informações, ou seja, os prontuários das crianças e adolescentes, atendidos por acidentes em geral na UBDS Central.

Até o período referente a coleta de dados, a UBDS constituía-se em um centro de referência em atendimentos aos acidentados do trabalho, ou seja, todas as pessoas com AT tinham que passar pelo atendimento do Serviço de Saúde do Trabalhador desta unidade. A partir do segundo semestre de 2002 houve uma mudança no atendimento ao acidentado no trabalho, ficando cada região/distrito responsável por tal atendimento, na sua área de abrangência.

II. 9. Procedimentos

Primeiramente o projeto de pesquisa foi encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto com o intuito de que a mesma autorizasse a realização da coleta de dados, que foi concedida pelo Secretário da Saúde, conforme consta no Anexo 1.

Para a averiguação dos procedimentos éticos e atendimento às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1997), o projeto também foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto–USP, que emitiu parecer favorável à sua realização (Anexo 2).

Na UBDS Central, a pesquisadora compareceu, durante o período de um mês, para realizar coleta de dados. Por ocasião desta coleta, deparou-se com uma sala repleta de arquivos com prontuários de pessoas atendidas pelo Serviço de Saúde do Trabalhador. Houve, então, dificuldade e morosidade quanto ao levantamento dos prontuários das crianças e dos adolescentes acidentados, visto que os mesmos não estavam separados por diagnósticos médicos ou idades dos clientes e sim por ordem alfabética, com todos os atendidos por aquele serviço, incluindo-se, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Então, foi necessário, levantar manualmente, todos os prontuários referentes aos atendimentos feitos no local, para posteriormente separá-los pela idade (menores de 18 anos) e pela descrição do acidente feita pelos trabalhadores da área da saúde que atenderam tais pessoas.

Na leitura dos prontuários percebeu-se que muitas vezes o acidente tinha algumas características que poderiam levar ao entendimento de sua relação com o trabalho, mas que não havia sido registrado pelos trabalhadores da área da saúde que atenderam ao acidentado como tal. Buscando de modo detalhado, entre os 1.589 prontuários, os casos exclusivamente relacionados ao trabalho, a pesquisadora encontrou 56 prontuários de crianças e adolescentes cujas descrições enquadravam-se nas de AT com ou sem emissão de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), obedecidos os critérios de inclusão e exclusão. Esses prontuários representaram 3,6% em relação ao total de prontuários das crianças e dos adolescentes acidentados em geral, atendidos neste serviço. Quanto às CAT, em apenas 21 (37,5%) prontuários constava este documento.

Para a coleta de dados, foi elaborado um protocolo que permitia a identificação da criança e do adolescente trabalhador; do local de trabalho, informações como: parte do corpo atingida, causa do AT e diagnóstico médico. Ressalta-se que a causa do AT, no caso do trabalhador chegar ao Serviço de Saúde do Trabalhador, com uma CAT, pode ser descrita tanto pelo empregador, quanto por quem o atende. Quando a empresa não emite a CAT, a causa é obtida do acidentado do trabalho ou acompanhante pelo trabalhador da área de saúde que o atende. Tanto as causas quanto os diagnósticos médicos foram codificados conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados Saúde, periodicamente revisada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conhecida como CID-10^a ¹⁹revisão (OMS, 2001).

¹⁹ Com base no compromisso assumido pelo Governo Brasileiro, quando da realização da 43ª Assembleia Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde, por intermédio da portaria nº 1.311, de 12 de setembro de 1997, definiu a implantação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-CID-10, a partir da competência de janeiro de 1998, em todo o território nacional, nos itens Morbidade Hospitalar e Ambulatorial, compatibilizando, assim, o Sistema Informação de Mortalidade, objeto da portaria GM/MS/nº 1832/94, com o de Morbidade (Brasil, 2003b).

Constatou-se, na análise dos prontuários, alguns dados incompletos ou que foram trocados pelos trabalhadores da área da saúde, no momento de se colocar a causa, consequência do AT ou vice-versa e a descrição do próprio acidente pois, apesar de muitas vezes estar explicitado que o mesmo havia acontecido no local de trabalho, no espaço dos impressos do prontuário, não se encontrava caracterizado o acidente como sendo um AT. Situação semelhante aconteceu em relação a três prontuários em que não constava a data de ocorrência do AT (dia da semana, mês e ano), chegando-se ao ano após se considerar a data de nascimento dos acidentados em questão, acrescentando-se à mesma a idade que tinham na ocasião do atendimento na UBDS.

II. 10. Codificação e organização dos dados

Uma vez registradas manualmente as informações necessárias, os dados foram transportados para um Banco de Dados, com o objetivo de facilitar o processo de entendimento, a análise das causas, assim como dos diagnósticos atribuídos pelos médicos, com relação aos AT.

Para a organização dos dados, foi utilizado o auxílio do programa Epi info, versão 6.0, o qual realizou a consolidação dos dados. A análise foi feita através da estatística descritiva com cálculo de frequência numérica e percentual. Os dados foram apresentados através de tabelas.

CAPÍTULO III

III. Apresentação dos resultados

Para **identificar as características geo-demográficas das crianças e dos adolescentes acometidos por AT**, os resultados encontram-se apresentados nas tabela 1.

TABELA 1 – Distribuição das crianças e adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo sexo, idade e o local de procedência. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)

Variável		f	%
Sexo	Masculino	36	64,3
	Feminino	19	33,9
	*NCI	1	1,8
Total		56	100
Idade (anos)	17	42	75,00
	16	11	19,6
	15	2	3,6
	11	1	1,8
Total		56	100
Local de procedência	Zona norte	18	32,1
	Zona leste	5	8,9
	Centro	4	7,1
	Zona oeste	3	5,4
	Zona sul	2	3,6
	Outra cidade	1	1,8
	*NCI	23	41,0
Total		56	100

* NCI= Não constava informação no prontuário.

Quanto **ao sexo** percebe-se que há um maior número de meninos trabalhando (64,3%) do que meninas (33,9%); em apenas um prontuário (1,8%) não havia explicitação sobre o sexo do menor.

Esses trabalhadores possuíam **idades** variando de 11 anos até 17 anos e 11 meses. A idade mais freqüente foi a de 17 anos (75%), seguida de 16 anos (19,6%), totalizando 94,6% para os trabalhadores com idades entre

16 e 17 anos. A idade mínima observada foi de 11 anos, evidenciada apenas em uma criança (1,8%), seguida de duas (3,6%) com 15 anos. Não foi encontrado caso em que o acidentado tivesse idade inferior a 11 anos, possivelmente pelo fato de que no Serviço de Saúde do Trabalhador da UBDS Central há prioridade para os atendimentos dos casos de crianças com idade superior a 11 anos, visto que os efetuados às faixas etárias menores são realizados pelo Serviço de Pediatria do local.

Quanto à **procedência**, a maioria das crianças e adolescentes trabalhadores (32,1%) reside em locais onde há os bairros da zona norte da cidade de Ribeirão Preto, seguidos pelos da zona leste (8,9%); no centro encontrou-se 7,1% dos acidentados no trabalho, na zona oeste, 5,4% e, por último, na zona sul, 3,6%. Apenas uma criança (1,8%) era procedente de outra cidade; porém, fazendo parte da região de abrangência da UBDS Central. Em 41% dos prontuários não constava o local de procedência do acidentado.

Quanto às **ocupações** dos acidentados no trabalho no período do estudo, estão apresentadas na tabela que se segue.

TABELA 2 – Distribuição das crianças e adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo as ocupações. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)

Ocupação*	f	%
Auxiliares: de padaria, zeladoria, almoxarifado, oficina, serigrafia	7	12,4
Empacotadores: de alimentos em supermercado	6	10,7
Serviços Gerais	6	10,7
Balconista	3	5,4
Faxineira	1	1,8
Atendente de restaurante	1	1,8
Aprendiz de ferramenteiro	1	1,8
Recepcionista	1	1,8
Repositora Júnior	1	1,8
**NCI	29	51,8
Total	56	100

* A descrição de cada uma dessas ocupações encontra-se no Anexo 3.

** Não constava informação no prontuário.

Foram encontrados jovens que trabalhavam como auxiliares de padaria, zeladoria e similares (12,4%), seguidos pelos empacotadores (10,7%) e trabalhadores de serviços gerais (10,7%); o restante, totalizando 14,4%, era de crianças e adolescentes com diversas ocupações, destacando-se, atendente de restaurante, aprendiz de ferramenteiro, faxineira, recepcionista, entre outros. Na maioria dos prontuários (51,8%), não constava qualquer descrição sobre a atividade desenvolvida pelo jovem trabalhador por ocasião do AT. Percebe-se que a terminologia ajudante/auxiliar/aprendiz aparece em oito (14,3%) dessas ocupações.

Na identificação se o AT sofrido pelas crianças e adolescentes foi **típico de trajeto ou doença profissional**, os resultados estão apresentados na tabela 3.

TABELA 3 – Distribuição das crianças e adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo o tipo de acidente de trabalho. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)

Tipo de acidente de trabalho	f	%
Típico	34	60,7
Trajetos	14	25,0
Doença Profissional	6	10,7
*NCI	2	3,6
Total	56	100

*NCI= Não constava informação no prontuário

Observando-se as definições constantes sobre AT (Brasil, 2003a), pode-se constatar que 60,7% dos AT eram tipo ou típicos e 25% ocorreram durante o percurso de casa ao trabalho ou vice-versa, ou seja, eram acidentes de trajeto, igualmente importantes, uma vez que suas consequências podem ser até mais severas que os acidentes-tipo ou as enfermidades ocupacionais.

Em relação a essas doenças, constatou-se que seis (10,7%) casos foram notificados como tais, entre o total de AT que, no entanto, referiam-se a apenas dois tipos diversificados de doenças; 3,6% dos prontuários pesquisados não apresentavam anotação detalhada feita pela equipe de saúde relacionada ao tipo de acidente, apenas constando que era um AT.

No que se refere à identificação da **ocorrência do AT segundo o dia da semana, e o mês do atendimento**, os resultados encontram-se apresentados na tabela 4, que se segue.

TABELA 4 – Distribuição das crianças e adolescentes acidentados no trabalho atendidos na UBDS Central, segundo o dia do atendimento. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)

Dias da semana	Total	
	f	%
Domingo	4	7,1
Segunda-feira	8	14,3
Terça-feira	6	10,7
Quarta-feira	15	26,8
Quinta-feira	6	10,7
Sexta-feira	8	14,3
Sábado	6	10,7
*NCI	3	5,3
Total	56	100

*NCI= Não constava informação no prontuário.

A maior frequência de AT ocorreu na quarta-feira, com 15 casos (26,8%). A seguir, encontrou-se uma importante frequência de AT na segunda-feira e sexta-feira, cada um com oito casos (14,3%), terça-feira e quinta-feira e sábado, com seis casos cada um (10,7%); a seguir, foi encontrado domingo com 4 casos. Em 5,3% dos prontuários e CAT examinados não constavam informações sobre o dia da semana do AT; os domingos foram os dias com menor frequência acidentária.

Outra variável obtida foi o mês da ocorrência do AT; considerando-se o fato de que a coleta de dados refere-se a 1º de junho de 2001 até 31 de maio de 2002, constata-se a não-informação sobre a ocorrência de acidentes nos meses de janeiro a maio de 2001 e julho a dezembro de 2002.

Assim, como os dados dos AT são relativos a um período de doze meses (junho de 2001 a maio de 2002), torna-se difícil comparar

meses diversos de anos distintos; optou-se então por realizar a distribuição acidentária neste período de tempo, sem considerar a sazonalidade, já que não há dados para realizar comparações.

Obteve-se então o que se segue: em 2001, no mês de junho ocorreram 5 AT (8,9%), em julho, 3 AT (5,3%), em agosto, 5 AT (8,9%), em setembro, 7 AT (12,5%), em outubro, 5 AT (8,9%), em novembro, 7 AT (12,5%) e em dezembro, 1 AT (1,8%); no ano de 2002 ocorreram em janeiro 3 AT (5,3%), em fevereiro, 4 AT (7,1%), em março, 6 AT (10,7%), em abril, 3 AT (5,3%) e em maio, 4 AT (7,1%).

Os meses de setembro e novembro, ambos com 12,5%, foram os de maior frequência de AT entre as crianças e adolescentes atendidos na UBDS. A seguir, encontra-se o mês de março com 10,7%, junho e outubro com cada um 8,9%, seguidos dos demais, com menor percentual.

Em três prontuários (5,3%, dois em 2001 e um em 2002) não se encontrou registro sobre o mês de ocorrência do AT, sendo necessário averiguar a data de nascimento do acidentado e a idade do mesmo no dia do atendimento médico, para se estimar o mês do atendimento.

Para o entendimento sobre o **número de horas trabalhadas**, entre o início da jornada laboral e a ocorrência do AT, foram utilizadas as informações contidas na CAT, já que na descrição do acidente realizada nos prontuários, não havia registro sobre essas informações. Sendo assim, encontram-se apresentados na tabela 5 os dados relacionados a apenas 21 casos referentes aos AT notificados através da CAT.

TABELA 5 – Distribuição das crianças e adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo o número de horas trabalhadas antes de ocorrer o AT. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=21)

Número de horas trabalhadas	Total	
	f	%
0 – 2	4	19,0
2 – 4	6	28,6
4 – 6	8	38,0
6 – 8	2	9,5
*NCI	1	4,8
Total	21	100

* NCI= Não constava informação no prontuário.

O maior número de AT (38%) aconteceu no intervalo superior a quatro horas e inferior a seis horas de trabalho; entre duas até quatro horas, o percentual foi de 28,6%. Encontrou-se, no intervalo de zero a duas horas trabalhadas, o percentual de 19% e entre seis e oito horas trabalhadas, o percentual de 9,5% dos AT; em apenas uma CAT (4,8%) não constava o horário do acidente e, conseqüentemente, não se identificou após quantas horas trabalhadas o mesmo ocorreu.

Houve menor número de preenchimento da CAT, não significando este fato, entretanto, que as cópias da mesma foram devidamente encaminhadas (inclusive ao Instituto Nacional de Previdência Social), como deveria acontecer. A esse respeito, os descaminhos da notificação acidentária foram apresentados e discutidos no estudo de Cortez (2001)

Em relação ao acidente de trajeto, se o mesmo ocorreu antes do início da jornada de trabalho, foi considerado com sendo zero hora trabalhada; para os AT ocorridos após ou durante a jornada de trabalho, consideraram-se as horas trabalhadas constantes na CAT.

Quanto à identificação da ocorrência do AT segundo **a causa do acidente, e o diagnóstico atribuído pelo médico**, os resultados encontram-se apresentados nas tabelas que se seguem.

Conforme já exposto anteriormente, as **causas dos AT**, bem como os **diagnósticos atribuídos pelos médicos** foram codificados de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 2001).

A seguir será mostrada a tabela com essas causas.

TABELA 6 – Distribuição das crianças e dos adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo a causa. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)

CID-10	Descrição	Total	
		f	%
W 26	Contato com faca, espada e punhal	12	21,4
X 50.5	Excesso de exercícios e movimentos vigorosos ou repetitivos – áreas de comércio e de serviços	5	8,9
V 13	Ciclista traumatizado em colisão com um automóvel, "pick up" ou caminhonete	4	7,1
W 27	Contato com ferramentas manuais sem motor	4	7,1
V 19.9	Ciclista (qualquer) traumatizado em um acidente de trânsito não especificado	3	5,3
W 31	Contato com outras máquinas e com as não especificadas	3	5,3
V 17	Ciclista traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado	2	3,6
X 49	Envenenamento (intoxicação) accidental por exposição a outras substâncias químicas nocivas e às não especificadas	2	3,6
W 19	Queda sem especificação	1	1,8
V 12	Ciclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas	1	1,8
V 89.9	Pessoa traumatizada em um acidente com um veículo não especificado	1	1,8
X 12	Contato com outros líquidos quentes	1	1,8
W 01.4	Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] – rua e estrada	1	1,8
W 01.9	Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] – local não especificado	1	1,8
W 18	Outras quedas no mesmo nível	1	1,8
W 20.4	Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda–rua e estrada	1	1,8
W 20.5	Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda–áreas de comércio e de serviços	1	1,8
W 25	Contato com vidro cortante	1	1,8
W 30	Contato com maquinaria agrícola	1	1,8
W 45	Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele	1	1,8
	Causa não explicitada	9	14,3
TOTAL		56	100

* NCI= Não constava informação no prontuário.

A fim de proporcionar um melhor entendimento das causas dos AT ocorridos às crianças e adolescentes apresentados na tabela anterior, estas foram agrupadas de acordo com as suas semelhanças, acompanhadas do código da CID correspondente. O resultado desse agrupamento encontra-se apresentado na tabela 7 a seguir.

TABELA 7 – Distribuição das crianças e dos adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo a causa agrupada. Ribeirão Preto, 2001 e 2002 (n=56)

Causa agrupada	CID - 10	f	%
Contato com substância e objetos diversos	X 12; W 25, 26, 27, 30, 31	22	39,3
Acidente de trânsito, atropelamento	V 13, 17, 12, 19.9	11	19,6
Excesso de exercícios e movimentos vigorosos	X 50.5	5	8,9
Queda	W 01.4, 01.9, 18, 19	4	7,1
Impacto, prensão	W 20.4, 20.5	2	3,6
Exposição acidental a substâncias	X 49	2	3,6
Penetração de corpo estranho	W 45	1	1,8
Causa não especificada		9	16,0
Total		56	100

Observadas as tabelas, percebeu-se que as causas mais freqüentes entre as crianças e adolescentes acidentados foram: contato com substâncias e objetos diversos (39,3%), seguido pelos acidentes de trânsito e atropelamentos (acidentes de trajeto) com percentual de 19,6. Em relação à terceira causa mais freqüente, encontrou-se com o percentual de 8,9 o excesso de exercícios e os movimentos vigorosos. As queda foram responsáveis por 7,1% das causas de AT.

O somatória dos demais percentuais (9%) referia-se a causas diversificadas como: impacto e prensão, exposição accidental a substâncias e penetração de corpo estranho. Acresce-se a isso que 16% eram referentes a causas não especificadas nos prontuários e/ ou nas CAT, relativos às crianças e adolescentes acidentados. Essa situação ocorreu porque, conforme já foi explicitado anteriormente, havia dados incompletos ou que foram trocados pelos trabalhadores da área da saúde, que atenderam os acidentados. Assim, pode-se observar que no momento de escrever a causa, escrevia-se a consequência do AT ou até mesmo o próprio diagnóstico médico, observando-se, no entanto, a redação que o acidente havia ocorrido no ambiente laboral.

Na tabela 8, a seguir, estão apresentados os **diagnósticos médicos** encontrados nos prontuários e CAT desses acidentados.

TABELA 8 – Distribuição das crianças e dos adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo o diagnóstico médico. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)

Diagnóstico Médico	Descrição	Total	
		f	%
S 61	Ferimento do punho e da mão	19	33,9
M 70.9	Transtorno não especificado dos tecidos moles relacionados com o uso, excessivo e pressão	4	7,1
S 60	Traumatismo superficial do punho e da mão	3	5,4
M 65.9	Sinovite e tenossinovite não especificada	2	3,5
S 20	Traumatismo superficial do tórax	2	3,5
S 01.5	Ferimento do lábio e da cavidade oral	2	3,5
J 68.9	Afecção respiratória não especificada devida a produtos químicos, gases, fumaça e vapores	1	1,8
L 23	Dermatites alérgicas de contato	1	1,8
S 00.0	Traumatismo superficial do couro cabeludo	1	1,8
S 00	Traumatismo superficial da cabeça	1	1,8
S 00.1	Contusão da pálpebra e da região periocular	1	1,8
S 00.1; S 20; S 90	Contusão da pálpebra e da região periocular; Traumatismo superficial do tórax; traumatismo superficial do tornozelo e do pé	1	1,8
S 01; W 19	Ferimento da cabeça; Queda sem especificação	1	1,8
S 02.7	Fraturas múltiplas envolvendo ossos do crânio e da face	1	1,8
S 05	Traumatismo do olho e da órbita ocular	1	1,8
S 05.6	Ferimento penetrante do globo sem corpo estranho	1	1,8
S 31	Ferimento do abdome, do dorso e da pelve	1	1,8
S 40	Traumatismo superficial do ombro e do braço	1	1,8
S 40; S 70; S 83	Traumatismo superficial do ombro e do braço; Traumatismo superficial do quadril e da coxa; Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho	1	1,8
S 56.8	Traumatismo de outros músculos e tendões e dos não especificados ao nível do antebraço	1	1,8
S 62	Fratura ao nível do punho e da mão	1	1,8
S 80.9; S 85.7	Traumatismo superficial não especificado da perna, Traumatismo de múltiplos vasos sanguíneos ao nível da perna	1	1,8
S 81	Ferimento da perna	1	1,8
S 83.6	Entorse e distensão de outras partes e das não especificadas do joelho	1	1,8
S 90	Traumatismo superficial do tornozelo e do pé	1	1,8
S 90.9	Traumatismo superficial do tornozelo e do pé, não especificado	1	1,8
S 91	Ferimentos do tornozelo e do pé	1	1,8
S 93.6	Entorse e distensão de outras partes e de partes não especificadas do pé	1	1,8
T 29.0	Queimaduras múltiplas, grau não especificado	1	1,8
W 19	Queda sem especificação	1	1,8
Total		56	100

No sentido de facilitar a compreensão da tabela 8, elaborou-se a que se segue, agrupando-se os diagnósticos atribuídos pelos médicos.

TABELA 9 – Distribuição das crianças e dos adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo o diagnóstico médico agrupado. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)

Diagnóstico agrupado	médico Descrição	CID - 10	Total	
			f	%
Ferimentos	De punho e da mão, cabeça, abdome e membro inferior (perna e pé)	S 01.5, 05.8, 31, 61, 81, 91	25	44,6
Traumatismos	De punho e da mão, cabeça, tórax, membros superiores, membros inferiores e pé	S 00.0, 00, 05, 20, 40, 56.8, 60, 80.9, 90, 90.9	12	21,4
Alterações de tecidos moles/tendões	Excesso de exercícios e movimentos vigorosos	M 65.9, 70.9	6	10,7
Múltiplos	Contusão da pálpebra e região periocular, traumatismo superficial de tórax, superficial de tornozelo e pé. 83; S 80.9 e 85.7; T 29.0 Ferimento da cabeça e queda sem especificação; Traumatismo superficial de ombro e braço, do quadril e coxa, luxação, entorse e distensão	S 00.1, 20 e 90; S 01 e W 19; S 40, 70 e	5	8,9
Fraturas	Na face e membros superiores	S 02.7, 62	2	3,6
Entorse/distensão	Em membros inferiores	S 83.6, 93.6	2	3,6
Intoxicação	Uso de produtos químicos	J 68.9, L 23	2	3,6
Contusão	De pálpebra	S 00.1, 20, 90	1	1,8
Quedas	Sem especificação	W 19	1	1,8
Total			56	100

Quanto aos **diagnósticos médicos**, foi observada uma grande variedade na tabela 8. De acordo com aquela tabela, o diagnóstico com maior frequência foi ferimento do punho e da mão com 19 casos que correspondem a 33,9%; na tabela agrupada, os ferimentos em geral contabilizaram 25 casos (44,6%); a seguir, na tabela 8, foram identificados com 7,1% os transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o seu uso excessivo; já na tabela 9, agrupada, os traumatismos em geral constituíram-se em 12 casos (21,4%) e destes, o percentual de 5,4% foi encontrado para o traumatismo superficial de punho e mão. Percebe-se, então, que estas extremidades do corpo estiveram envolvidos em grande parte dos AT ocorridos com as crianças e adolescentes acidentados do trabalho, além de estarem também relacionados aos diagnósticos médicos de transtornos de tecidos moles, sinovite e tenossinovite, dermatite alérgica e queda. Nos 53,6% de diagnósticos médicos restantes (tabela 8), destacaram-se os diagnósticos de contusões, fraturas, ferimentos e queimaduras devido aos AT. Na tabela agrupada, 23,3% dos diagnósticos restantes eram múltiplos, além de fraturas, entorses, distensões, intoxicações, contusões e queda.

As doenças profissionais retratadas na tabela 8, referiam-se a: transtorno não especificado dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (7,1%) e sinovite e tenossinovite não especificada (3,5%), que contabilizaram 6 casos (10,7%), os quais podem ser observados na tabela 9, agrupada.

No que se refere às partes do corpo atingidas pelos AT, encontram-se distribuídas na tabela que se segue.

TABELA 10 – Distribuição das crianças e dos adolescentes acidentados no trabalho, atendidos na UBDS Central, segundo a parte do corpo atingida pelos AT. Ribeirão Preto 2001 e 2002 (n=56)

Parte do corpo atingida	Total	
	f	%
Membros superiores	29	51,8
Cabeça	7	12,5
Membros inferiores	7	12,5
Tronco	5	8,9
Múltiplas partes	5	8,9
*NCI	3	5,3
Total	56	100

*NCI= Não constava informação no prontuário.

A exemplo do que pode ser evidenciado nas tabelas referentes aos diagnósticos médicos, a maioria (51,8%) das crianças e adolescentes que se apresentaram para serem atendidos pelo Serviço de Saúde do Trabalhador da UBDS Central, teve os membros superiores como os mais envolvidos pelos AT; em seguida, com os mesmos percentuais (12,5) identificaram-se como segmentos do corpo atingidos: a cabeça e os membros inferiores; após, foram encontrados ambos com 8,9%, tronco e múltiplas partes. Em três prontuários e tampouco nas CAT não havia anotação feita pela equipe de saúde quanto à parte do corpo atingida pelo AT.

No que refere à **emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)**, constatou-se que na maioria dos casos (35 – 62,5%) não se encontrou registro do AT através da mesma, mas havia a descrição no prontuário que a criança ou o adolescente havia se acidentado no trabalho. Em 37,5% dos prontuários (21) dos acidentados, a descrição do AT estava exclusivamente na CAT.

CAPÍTULO IV

IV. Discussão dos dados

Pelo exposto até então, evidenciou-se que de 1.589 prontuários referentes aos pacientes atendidos na UBDS Central, em 56 (3,5%) detectou-se a ocorrência de Acidentes de Trabalho (AT), alguns através exclusivamente da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) constante no prontuário (37,5%), outros através dos registros escritos nos prontuários dessas crianças (62,5%).

Segundo a literatura consultada para este estudo, a participação na força de trabalho das crianças e adolescentes vem se mantendo como questão ainda não resolvida em quase todo o mundo, principalmente nos que estão em desenvolvimento.

Para Garavello *et al.* (2001), o trabalho de crianças e adolescentes no Brasil encontra-se em destaque; o país continua não executando as práticas recomendáveis em relação ao tratamento dispensado a sua população

jovem. Grande parcela da população infanto-juvenil é obrigada a trabalhar para elevar a renda familiar, a fim de que as necessidades próprias do seu estado de desenvolvimento sejam atendidas.

Atualmente, de acordo com dados da OIT (2003) há 186 milhões de crianças com menos de 15 anos que trabalham no mundo. Se for considerada a faixa etária dos 5 aos 17 anos, esse número passa a 246 milhões, dos quais se estima que cerca de 171 milhões são obrigadas a efetuar trabalhos perigosos, tanto para a saúde como para o seu crescimento harmonioso.

Estudos feitos em outros países mostram que os AT são comuns entre adolescentes (Fassa *et al.*, 2000; Graitcer & Lerer, 1998; Runyan & Zackocs *apud* Santana (2003). De acordo com os dados oficiais disponíveis (apenas relacionado ao trabalho legalizado e formal) em decorrência do AT, no Brasil, em 1997, foram registrados 4.314 benefícios concedidos aos menores de 18 anos, registrando-se 218 óbitos nessa mesma faixa etária, em consequência desses eventos acidentários (Santana, 2003).

Nos países desenvolvidos existe também o trabalho infantil e do adolescente, apesar de, aparentemente, ter características distintas daquele, que se sabe, acontecer no Brasil:

“(...) O trabalho infantil não desapareceu completamente dos países industrializados. É claro que não acontece na mesma proporção que ocorria no século XIX ou início do século XX, nem é praticado nas mesmas condições

abusivas de então(...) Observa-se mesmo, nos últimos tempos, um recrudescimento do trabalho infantil nos países onde se acreditava que estivesse completamente desaparecido, como no norte europeu. Nos países do sul da Europa, as crianças estão ocupadas, ainda hoje, às dezenas, até mesmo às centenas de milhares, como trabalhadores familiares, como trabalhadores assalariados em pequenas oficinas ou na atividade agrícola, ou ainda, cada vez com mais freqüência, como trabalhadoras domésticas (...) Em 1990, o Departamento de Trabalho dos Estados Unidos registrou 42.000 infrações à legislação sobre trabalho infantil (apenas durante duas semanas de fiscalização)” Dumont (1994).

O trabalho realizado por crianças e adolescentes das regiões desenvolvidas parece ter caráter sazonal, ou seja, muitos jovens têm o desejo de ter dinheiro para satisfazer suas próprias necessidades²⁰ e não ajudar nas despesas da casa, como acontece nos países pobres e em desenvolvimento.

Campos (2001) citando estudo desenvolvido por Manier (1999) em Portugal, em 1999, apontou que “o fenômeno atinge dezenas de milhares de crianças na agricultura, nos ateliês têxteis, nas fábricas de cerâmicas

²⁰ Segundo Hobbs e McKechnie (1998) *apud* Campos (2001) “Some people assume that employment is undertaken for ‘pocket money’ . Others assume that children work at least in part because of their family’s poverty. Yet another view is that children feel the need to work to fulfil the ‘needs’ created by a consumer society”

pintadas à mão, na fabricação de sapatos, nas residências, nas pedreiras e no turismo”. Para Mateos (1996) há cerca de 200 mil crianças que trabalham em Portugal, “... este número é bastante expressivo para uma população de 9 milhões de habitantes”. Na Espanha “(...) os sindicatos e a inspeção do trabalho revelaram uma atividade sazonal das crianças nas hortas, na colheita de frutas e de azeitonas, assim como bares, lojas ou pequenas empresas. Tratou-se, seja dos filhos dos comerciantes, que dão sua contribuição ao negócio da família, seja dos filhos dos trabalhadores sazonais, todos trabalhando a maior parte do tempo sem serem declarados (...)” Manier *apud* Campos (2001).

Para Fausto e Cervini (1991), a principal causa do trabalho infanto-juvenil no Brasil é a pobreza. No entanto, até os dias atuais, são poucas as medidas sociais que, concretamente, conseguiram enfrentar e combater a pobreza no país; sendo assim, o trabalho de crianças e adolescentes acaba acontecendo e permanecendo em grande escala no Brasil.

Entendem Navarro, Alessi e Lima (2001) que a inserção de crianças no mercado de trabalho significa a sua submissão aos processos comprometedores de seu desenvolvimento físico, mental e social. Para esses autores,

“... essa forma de violência se manifesta em expressivo contingente de crianças e adolescentes que, também impelidos pela necessidade de colaborar na composição da renda familiar (isso quando não são os arrimos da família), ingressam principalmente no mercado de

trabalho informal e precarizado, sujeitando-se a jornadas prolongadas, condições de trabalho insalubres e perigosas e remuneração geralmente inferior ao mínimo legalmente estabelecido” (Navarro, Alessi e Lima, 2001).

Em relação aos dados do presente estudo, há ainda que se considerar que não foi possível verificar se as crianças e adolescentes acidentados do trabalho estudavam ou não, pelo fato desta informação não constar no prontuário e/ ou na CAT investigada, não se percebendo se continuaram ou abandonaram os estudos em decorrência do trabalho.

Outro fato é que os 56 prontuários investigados referiam-se a 56 jovens trabalhadores distintos, não sendo constatados AT repetidos, entre eles.

Na revisão de literatura foi observado que ainda não existem muitos estudos brasileiros relacionados aos AT ocorridos com as crianças e adolescentes que exercem uma ocupação.

No levantamento bibliográfico, encontramos as investigações de Baez Garcia (1991); Derrien (1993); Robazzi *et al.* (1996); Minayo–Gomez (1997); Pugliese (1998); Cruz–Neto (1998); Lavrador *et al.* (1999); Gonçalves–Oliveira (1999); Silveira & Robazzi (2000); Garavello *et al.* (2001); Navarro, Alessi e Lima (2001); Santana (2003), entre outros, evidenciando que são poucas as conduzidas ou que contavam com a participação de enfermeiros.

No que se refere às **características geo-demográficas** das crianças e adolescentes trabalhadores acometidos por AT, evidenciou-se que 64,3%

eram do sexo masculino, 33,9% eram meninas e em um prontuário não constava registro sobre o sexo.

Esses resultados parecem estar de acordo com os da literatura consultada. Maior número de meninos em relação às meninas também foi encontrado em investigação desenvolvida por Cueto (2000); a autora estudou dez jovens ambulantes que trabalhavam em Brasília (DF), com idades compreendidas entre dez e 13 anos e desses, nove (90%) eram meninos.

Resultado similar foi encontrado em investigação realizada por Silveira & Robazzi (2000) que ao procederem à análise de 607 prontuários hospitalares de acidentados atendidos durante o ano de 1997 em um hospital universitário da cidade Ribeirão Preto, estado de São Paulo, constataram a existência de crianças que, na ocasião do atendimento, possuíam até 14 anos. Estas sofreram AT, encontrando-se anotações realizadas pela equipe de saúde em apenas 6 (0,9%) desses prontuários, os quais se relacionavam aos jovens trabalhadores; destes, quatro (67%) eram meninos.

Os últimos dados estatísticos, feitos pela OIT (2003) mundialmente, mostram um número maior de crianças e adolescentes do sexo masculino que do feminino trabalhando, sendo que a proporção é de três meninos para duas meninas, em média. Contudo, sabe-se que há o fato do número de meninas trabalhadoras ser, com frequência, subestimado nos dados estatísticos, que geralmente não consideram como trabalho a atividade econômica não remunerada, ocupando as meninas dentro e fora do agregado familiar.

Um número superior de meninas exerce, o tempo inteiro, trabalho doméstico de índole não econômica, por exemplo, encarregar-se da lida da casa, tendo muitas delas idades entre os 8 e os 12 anos – a fim de liberar os pais ou responsáveis para irem trabalhar ou cuidar de membros da família doentes ou inválidos. Esse tipo de trabalho constitui a razão principal para um terço dos jovens não freqüentar a escola ou nunca terem sido inscritos, ou obrigados a desistir devido à realização de trabalhos domésticos, em tempo integral. Admitindo-se que, se essas atividades fossem tomadas em consideração, verificar-se-ia não haver diferença entre os sexos no número total de crianças trabalhadoras; a quantidade de meninas poderia, até, ser superior a de meninos (OIT, 2003).

Segundo Navarro, Alessi e Lima (2001) o crescimento do trabalho feminino realizado no domicílio explica também, em parte, o crescimento da exploração do trabalho de crianças, “(...) *facilita a incorporação do trabalho de crianças, que entram nessa atividade em caráter de ajuda*” (Navarro, Alessi e Lima, 2001).

A OIT (2003) ainda mostra que o trabalho infantil e do adolescente aparece mais nos países em vias de desenvolvimento. Em termos absolutos, na Ásia (excluindo o Japão), a região do mundo com maior densidade populacional, é onde se encontra um maior número de jovens trabalhadores (aproximadamente 61% do total mundial, comparando com 32% em África, 7% na América Latina).

Em termos relativos, a África aparece em primeiro lugar, porque duas em cada cinco crianças e adolescentes são trabalhadoras (41% do total com

idade entre os 5 e os 14 anos). Essa proporção é na Ásia cerca de metade da taxa registrada nas regiões africanas (isto é, mais de uma criança em cada cinco, ou seja, 22%); na América Latina uma em cada seis (ou 17%) trabalha e aproximadamente uma em cada três (29%), na Oceania (OIT, 2003).

Em todas as regiões, parecem existir mais meninos que meninas trabalhando. A maior participação masculina acontece na África (46%), comparando com os valores calculados para a Oceania (33%), Ásia (23%) e América Latina (22%). O diferencial entre os sexos é mais acentuado na América Latina (22% para os meninos e 11% para as meninas), seguindo-se a África (46% e 37% respectivamente, sendo esta taxa a mais elevada de meninas nesta região) e a Oceania (33% e 26%). O diferencial nas taxas de participação entre meninos e meninas é menor na Ásia (23% e 20%), segundo a OIT (2003).

Para Cooper et al. (1999), os riscos de AT graves e até fatais existem mais entre os meninos do que entre as meninas, pois os riscos relacionados às atividades realizadas pelos primeiros são usualmente maiores do que as atividades desenvolvidas pelas meninas. Isso tem sido explicado pela maior concentração masculina em atividades que requerem o uso de ferramentas ou equipamentos perigosos, como na agricultura, indústria ou na construção civil (Evensen et al., 2000).

Nos estudos pesquisados, foi observado que a proporção de meninos é maior que a das meninas. Tal fato, segundo os investigadores, é devido às meninas estarem trabalhando em serviços domésticos, e muitas vezes, ao

ocorrer um acidente durante o trabalho elas não procuram atendimento médico, pois o AT no serviço “de casa”²¹ não costuma ser considerado como tal.

Em relação à **idade**, no presente estudo encontrou-se que o maior percentual (75%) de jovens trabalhadores tinha 17 anos, seguidos dos que apresentavam 16 anos (19,6%), sendo que os demais (3,6%) e (1,8%) tinham 15 e 11 anos, respectivamente.

Tais resultados parecem coincidir com estudo realizado no município de Natal, no qual, entrevistando técnicos do Núcleo de Saúde do Trabalhador que desenvolviam projetos de avaliação de contaminação por agrotóxico e microrganismos em hortaliças, detectou-se registro de crianças e adolescentes trabalhando na horta. De 249 trabalhadores, 1,6% tinham idade entre 6 e 10 anos; 8,4%, entre 11 e 15 anos e 23,6%, entre 16 e 20 anos (Feitosa, 2001).

Santana (2003) verificou que é a partir dos 14 anos de idade que a participação na força de trabalho de adolescentes intensifica-se. “Portanto essa etapa da vida revela-se como fundamental para a entrada no mercado de trabalho, embora nesta época, os adolescentes não tenham ainda alcançado a idade necessária para a conclusão dos estudos secundários” (Santana, 2003). Segundo Graitcer & Lerer (1998) “(...) não houve diferenças estatisticamente significantes na participação no mercado de trabalho em todas as faixas de idade (...), quando se inclui o trabalho doméstico”. Como era de se esperar, verificou-se que essa entrada precoce do adolescente no

²¹ As aspas são da autora RCPSilveira (2003).

mercado de trabalho está possivelmente associada com o abandono escolar notadamente entre os meninos, ou com a migração para o turno noturno, para ambos os sexos, conforme encontrado em outros estudos (Fernandes & Mendonça, 1999; Santana & Almeida Filho, 1994; Lavrador et al., 1999).

No entanto, a questão da escola parece ser ainda questionável, considerando-se as estatísticas recentes do IBGE (Jacintho, 2003) as quais apontam que, no Brasil, o número de crianças que trabalham está diminuindo, pois dados comparativos de 1992 e de 2001 mostram que mais crianças estão indo à escola (o número de estudantes entre 5 e 17 anos cresceu em todo o país, estando 86% deles em escolas públicas). Entende o IBGE que o número das que não estudam diminuiu, por causa das políticas governamentais para facilitar o acesso à escola e inibir a necessidade das crianças terem que trabalhar, para ajudar os pais na renda familiar (Jacintho, 2003).

Embora a pobreza seja inegavelmente um fato, a extensão de crianças e adolescentes que são induzidos a trabalhar é também determinada pela estrutura do mercado de trabalho. A criança trabalha tanto de acordo com sua capacidade quanto além dela, o que acaba caracterizando a exploração física e mental a qual é submetida. O trabalho pode culminar com a desigualdade, na medida em que é realizado sob condições que afetam o seu desenvolvimento, além de que ela não tem conhecimento do valor de seu trabalho, recebendo ganhos insuficientes em relação ao esforço despendido. É comum o salário dos adultos das famílias ser tão baixo que os outros membros são forçados a contribuir com trabalho

para suprir as necessidades de sobrevivência familiar (Gonçalves-Oliveira, 1999).

A OIT aponta como determinantes do trabalho infantil e do adolescente:

“(...) la miseria en que vive y contribuir así a satisfacer sus necesidades esenciales. Hasta la más modesta remuneración, en dinero o en especie, será apreciada...También está el deber moral, inculcado por el ambiente, de trabajar desde temprana edad por solidaridad con el grupo familiar, para compensar en lo posible la carga económica que él mismo representa y ayudar a mantener al resto de su familia...el deseo de los padres de mantener a los niños ocupados, fuera de la calle, para que no caigan en la vagancia, con todas sus secuelas...También puede ocurrir que los niños empiecen a trabajar porque les va mal en la escuela y no les queda otra alternativa...”(OIT, 1980) apud Gonçalves-Oliveira (1999).

Em relação aos **locais de procedência** das crianças e adolescentes acidentados, o maior percentual foi dos procedentes dos bairros da zona norte da cidade de Ribeirão Preto (32,1%). Esta região compreende bairros onde a população apresenta um poder aquisitivo menor, se comparado com as demais regiões da cidade. Na zona leste, encontraram-se 8,9% das

crianças e dos adolescentes, sendo que aí encontram-se famílias de classe social, tanto média quanto mais alta. A seguir, encontraram-se os procedentes da região central, zona oeste e, por último da zona sul (duas crianças), onde há predominância da classe média alta. Apenas um jovem que procurou o atendimento na UBDS Central era procedente de distrito vinculado a Ribeirão Preto. Não foi encontrado estudo que houvesse apresentado a relação entre o local de procedência de crianças e adolescentes e o AT, o que torna difícil tecer comparações. No entanto, o fato de 32,1% serem provenientes da camada mais empobrecida da população sugere o relacionamento desse tipo de trabalho com a falta de recursos econômicos, fato esse que é abordado pela literatura estudada até então.

A pobreza obriga as famílias a adotarem formas de comportamento que incluem a oferta da mão-de-obra dos filhos menores de idade. Conseqüentemente, o grande número de crianças e adolescentes no mercado formal e informal reflete o empobrecimento do país, já que, quanto maior é o desemprego, maior é o número de trabalhadores adultos e adolescentes ocupados em subempregos, para poderem, juntos, formar uma renda que permita a subsistência da família (Minayo–Gomez, 1997).

Autores como Derrien (1993) e Gonçalves–Oliveira (1999) concordam com tais afirmações.

De acordo com as **ocupações**, evidenciou-se que, em maior frequência (12,4%) as crianças e os adolescentes do presente estudo tinham

como ocupações “auxiliares”²² de padaria, de zeladoria, oficina, seguido pelos “empacotadores” e serviços gerais, cada um com 10,7%. O restante, totalizando 14,4% eram prontuários de crianças e adolescentes com diversas ocupações, destacando-se atendente de restaurante, aprendiz de ferramenteiro, faxineira, recepcionista, entre outros. Na maioria dos prontuários (51,8%), não constava qualquer descrição sobre a atividade desenvolvida pelos jovens trabalhadores, por ocasião do AT. No entanto, estava descrito que no momento do acidente, eles estavam desenvolvendo uma atividade específica no local de trabalho.

Sabe-se que há trabalhadores infantis em áreas urbanas e rurais do país; cerca da metade das crianças e adolescentes que se encontram ocupados com alguma atividade utiliza produtos químicos, máquinas e ferramentas para trabalhar e corre o risco de sofrer AT (Jacintho, 2003).

Os registros incompletos por parte da equipe de saúde da UBDS, acrescidos da não-informação das famílias, das crianças e dos adolescentes e dos empregadores, acerca das atividades ocupacionais realizadas que motivaram os acidentes, favorecem o ocultamento do tipo de ocupação que estes jovens realizam. Aliado a isso, ao dizer a ocupação, a família e o empregador, no momento do acidente, informam que as crianças *auxiliam*, *ajudam*, ao invés de informar que estão realizando uma função dentro do grupo de trabalho. Isso colabora com a ausência de informações sobre o assunto. Esse fato foi constatado por Silveira & Robazzi (2000), em relação ao atendimento hospitalar; essa mesma observação é evidenciada por

²² As aspas desse parágrafo são da autora RCPSilveira (2003).

Pugliese (1988) em estudo sobre adolescentes atendidos em um hospital da rede pública.

Conforme foi explicitado anteriormente, o termo *ajuda*, que aparece em várias descrições (*ajuda a mãe em casa* ou *ajuda o pai na oficina*), pode ser enganoso ao identificar, como própria de crianças, uma atividade que no mundo de trabalho adulto corresponde à função de ajudante (OIT, 2003).

A pesquisa realizada por Garavello *et al.* (2001) que investigaram 45 jovens com idades de 12 a 17 anos, os quais estudavam na rede pública de ensino na cidade de São Paulo (SP), evidenciou que as ocupações desses jovens no mercado formal de trabalho eram relativamente simples, exigindo baixo nível de qualificação, tais como vendedores, trabalhadores administrativos, auxiliares de vários tipos, entre outros.

Segundo a OIT (2003), o trabalho infantil é exercido em todos os setores da economia, predominando, entretanto, naqueles em que é mais fácil burlar a lei, em decorrência do elevado grau de precarização em que se encontram as relações laborais. Os serviços em geral, o comércio e o trabalho em casa de família (trabalho doméstico) encontram-se nesses casos.

Em relação ao trabalho doméstico, por exemplo, não é tão raro assim, ainda nos dias de hoje e, principalmente em cidades interioranas, encontrarem-se meninas que moram em casas de famílias mais abastadas com a finalidade de ajudar no serviço da casa, lavando, passando roupas, cozinhando, limpando, cuidando de crianças da casa, em troca de moradia,

alimento e quiçá, estudos. Em geral, são deixadas lá pelas suas próprias famílias, que se sentem incapazes de arcar com a sua criação.

No entanto, entende Fischer (2002) que as atividades, em âmbito doméstico, não são consideradas como sendo trabalho infantil pela OIT. Ainda, segundo a mesma autora, *“(...) o trabalho doméstico é usualmente não remunerado, especialmente entre as meninas que percebem o cuidar da casa, dos irmãos menores como uma ‘obrigação para com os pais’²³ e não lhes ocorre que poderiam estar simplesmente brincando, ou ocupadas em atividades educacionais que lhes trariam no futuro melhores possibilidades profissionais”* (Fischer, 2002).

No presente estudo, quanto à identificação do tipo de AT, evidenciou-se, que 60,7% foram acidentes típicos; 25% ocorreram durante o trajeto de casa ao trabalho ou vice-versa, o que caracteriza o acidente de trajeto; 10,7% foram consideradas doenças profissionais e em 3,6% dos prontuários não constava informação sobre o tipo de acidente.

Como já exposto anteriormente, o acidente típico ou tipo é o evento que ocorre no local ou exercício do trabalho, sendo bem configurado no tempo e no espaço, provocando lesão ou perturbação corporal, podendo ainda interromper ou limitar a vida do trabalhador (Carmo et al., 1995).

Devido à interrupção da atividade do trabalhador, os acidentes típicos são mais facilmente identificados e notificados que os demais; no entanto diante das restrições sobre o trabalho das crianças e adolescentes, fica

²³ As aspas são da autora. Fischer, F. M. (2002).

difícil encontrar muitas informações sobre a notificação do acidente, seja ele o acidente típico, de trajeto ou a doença profissional.

Alguns exemplos de AT típicos acontecidos entre as 34 crianças e adolescentes do presente estudo, são as que se seguem:

estava trabalhando com esmeril na fábrica, quando por descuido relou o dedo na pedra do mesmo

estava coando café quando o coador caiu e derrubou água quente no rosto e colo

estava limpando a máquina de cortar frios, quando deslizou o dedo da mão direita na lâmina

ao pegar o carrinho de supermercado, havia uma ripa de madeira com prego no chão, que ele pisou e furou o pé direito, entre outros exemplos.

Evidencia-se então, que esses AT não podem ser considerados simples, porque produziram cortes, perfurações e queimaduras, lesões essas consideradas importantes, podendo prejudicar o trabalho da pessoa que possivelmente necessita permanecer afastada, em sua decorrência.

Em relação aos exemplos de acidentes de trajeto ocorridos entre os jovens trabalhadores da presente investigação, algumas das descrições são as seguintes:

ao transitar pela rotatória de bicicleta, foi fechado por veículo, tendo queda, batendo a cabeça e torcendo o pé

estava descendo a avenida quando um carro abriu a porta e a mesma bateu contra seu peito, cortando-o

trafegava na rua quando foi atingido por motocicleta, caindo e sofrendo ferimento

estava indo para o trabalho, quando uma placa de propaganda caiu sobre sua cabeça

trafegava na avenida quando sofreu colisão na traseira da bicicleta sendo arremessado ao solo

Apreende-se que esses acidentes propiciaram lesões nos trabalhadores, podendo algumas delas ser consideradas mais graves que as do AT típicos, pois envolvem, em geral, danos ocorridos por objetos em movimento, principalmente automóveis e bicicletas, causando considerável impacto sobre o corpo das vítimas.

Para o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS, 2000), a proporção de acidentes de trajeto dentre o total de acidentes em 1999 foi de 10,3% no Brasil. Uma possível explicação para esse fato é que a caracterização do acidente no trajeto como sendo de trabalho é menos comum do que o ocorrido no local onde é realizada a atividade laboral e/ ou em outro lugar, a serviço da empresa. Ele aparece em menor proporção nas

estatísticas oficiais porque, possivelmente, é confundido como sendo acidente de trânsito e permanece mais subnotificado que o acidente típico.

Mello Jorge (2002) demonstra que, entre os adolescentes e os jovens, os acidentes ocorrem de forma mais evidente, sendo que no sexo masculino de dez a dezenove anos a proporção de mortes por causas externas de 1979 a 1981 foi de 45,7%; no início da década de 90 atingiu 53,2% e em 1998, 59%; dentre as causas mais importantes encontram-se os atropelamentos, os afogamentos e as quedas.

Conforme foi descrito anteriormente, em 10,7% dos casos, as crianças e adolescentes acidentados não sofreram AT, conforme a concepção principal dos mesmos (ou seja, o acidente inesperado, que provoca lesão espontânea e no momento do trabalho), mas ocorreram adoecimentos em decorrência da execução do seu trabalho.

Entende Dias (1995) que o trabalho determina direta ou indiretamente formas diferenciadas de adoecer e morrer. Para se estudar o seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores, os danos podem ser classificados em dois grupos: os que se manifestam de forma aguda (acidentes de trabalho e intoxicações agudas) e os que se evidenciam de modo insidioso (as doenças profissionais e as doenças do trabalho ou relacionadas ao trabalho).

Mendes (1995) aponta que existe um extenso universo que compreende as *patologias do trabalho*. É cada vez mais difícil restringir às *doenças profissionais*, o campo dos danos à saúde, ocasionados pelo trabalho. Vem daí o conceito de *doenças relacionadas com o trabalho* ou

outras doenças relacionadas com o trabalho, já que as profissionais também o são.

Gomes (1976, 1977) escreveu sobre as doenças do trabalho como sendo aquelas inerentes a determinados ramos de atividades. As enfermidades profissionais (incluindo as não-degenerativas e tampouco as inerentes a determinados grupos etários) são as que resultam das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho é executado, desde que estejam diretamente relacionadas com a atividade exercida, causando redução da capacidade para a mesma.

O Comitê de Especialistas da OMS *apud* Mendes (1995) entende que doenças relacionadas com o trabalho

“...pode ser um termo apropriado para descrever agravos outros que, em adição às doenças profissionais legalmente reconhecidas, ocorrem em trabalhadores, quando o ambiente ou as condições de trabalho contribuem significativamente para a ocorrência de doenças, porém em graus variados de magnitude...”.

Mendes (1995)

Entre esses casos ocorridos de doenças, a leitura atenta da CAT e/ ou do prontuário permitiu que se constatassem as descrições que se seguem:

paciente trabalha em supermercado e balconista de padaria, há três meses queixa-se de dor em punho

em razão de efetuar o mesmo movimento durante o trabalho, passou a sentir dores fortes

dor torácica (coluna lombar) pós-movimentos

a funcionária estava trabalhando, sentiu dores no braço e inchaço no antebraço esquerdo

Tais descrições mostram que há crianças e adolescentes trabalhando, possivelmente, muitas horas por dia, o que favorece o aparecimento desses tipos de doenças e a propensão, cada vez maior, de acidentes pela fadiga ocasionados pelo trabalho.

Cooper *et al.* (1999), em estudo sobre as causas de acidentes, revelaram que os trabalhadores expostos a longas e irregulares horas de trabalho, à falta de treinamento e de experiência para realizar tarefas e aos equipamentos de proteção inadequados, estão mais susceptíveis ao AT. Estas, possivelmente, são as situações que acontecem com as crianças e adolescentes trabalhadores que sofreram AT, no presente estudo.

Fischer (2002) explica que, dentro dos lares, os riscos ao AT são mais comuns, principalmente em relação às meninas, em que os acidentes domésticos manifestam-se mais pelos sintomas, especialmente as dores nas costas (de coluna), do que pela gravidade imediata que ocorreu.

No que se refere à **identificação dos AT segundo o dia da semana, e o mês**, observou-se que em relação aos **dias da semana** 26,8% dos AT aconteceram na quarta-feira; a seguir foram encontrados com igual percentual (14,3%) acidentes na segunda e sexta-feira. Aos domingos o número de AT diminuiu, possivelmente devido ao reduzido número de jovens trabalhadores presentes ao local de trabalho, nesses dias específicos da semana.

A maior frequência dos AT ocorreu na quarta-feira e tal fato pode indicar que, por ser na metade da semana, os trabalhadores poderiam estar cansados, devido ao fato das jornadas de trabalho serem longas, demandando considerável esforço físico, culminado em desatenção ao trabalho e, assim, tendendo mais à ocorrência de AT. Como foi evidenciado anteriormente, várias crianças e adolescentes do presente estudo, que trabalhavam eram ajudantes ou auxiliares de variadas ocupações, o que não representa, em absoluto, diminuição da carga física e mental do trabalho a ser realizado.

Em geral, esses jovens aparecem ajudando quando se encontram com idade inferior a 14 anos, como já foi explicitado anteriormente, ou seja, deveriam – a priori – receber uma formação técnico-profissional realizando o trabalho, sem no entanto prejudicar o seu ensino regular. No entanto, o que se observa é que essa situação parece não acontecer, pois inserem-se no mundo do trabalho e ao mesmo tempo acabam se afastando da escola (Jacintho, 2003).

Então acredita-se que possivelmente o cansaço físico e/ ou de outra ordem decorrente do trabalho, os fazem sofrer AT, como no presente estudo, prioritariamente na quarta-feira, seguida da sexta-feira, dia já do final de semana. Quanto aos acidentes do início da semana, algumas investigações já realizadas com outros tipos de trabalhadores (Robazzi, 1991; Barbin, 2003) evidenciam AT neste dia, justificando o fato dos mesmos demorarem a entrar no ritmo exigido pelo trabalho, em decorrência do descanso do final de semana, sendo este, possivelmente, um dos fatores que os predispõem a sofrer eventos acidentários.

Brandi et al. (1998), apesar de terem realizado seu estudo em um ambiente hospitalar em Campinas, interior do estado de São Paulo e sendo que os AT aconteceram com profissionais de saúde, também evidenciaram que a quarta-feira foi o dia de maior incidência de acidentes entre os trabalhadores que investigaram.

Essa explicação talvez possa ser aplicada às crianças e adolescentes acidentados, do presente estudo.

Por ter sido realizada a coleta de dados de 1º de junho de 2001 até 31 de maio de 2002, a análise da distribuição dos AT segundo os **meses do ano**, torna difícil a compreensão de por que tais eventos acidentários aconteceram mais em um determinado mês que em outro, pois não se trata de doze meses seqüenciais de um ano, mas de semestres diferentes de anos distintos. No ano de 2001, no primeiro semestre, não foi pesquisada a ocorrência de AT nos cinco primeiros meses; já no segundo semestre, aconteceram acidentes nos meses de setembro e novembro, cada um com

sete casos, seguido pelo meses de junho, agosto e outubro cada um com cinco casos, entre outros. Em relação ao ano de 2002, no primeiro semestre, destacou-se o mês de março com seis casos de jovens acidentados no trabalho, seguido pelos meses de fevereiro e maio com quatro casos cada. Percebeu-se também que, em três prontuários, apesar de conterem o ano do atendimento, não foi identificado em relação a qual mês de ocorrência do AT, por falta de registro dessa informação.

Quanto ao **número de horas trabalhadas**, supõe-se que o fato de, no presente estudo, haver uma maior frequência acidentária (8 casos) no intervalo entre quatro e seis horas, seguido de seis casos ocorridos entre duas e quatro horas de trabalho, tal frequência acidentária pode ocorrer devido ao cansaço muscular e mental das crianças e adolescentes trabalhadores.

O estudo de Garavello *et al.* (2001), apesar de não tratar de investigação sobre AT entre jovens trabalhadores e não abordar o número de horas trabalhadas antes de ocorrência dos acidentes, identificou que havia um excessivo número de horas trabalhadas pelos adolescentes, sendo que, sendo que 2,1% dos que tinham entre 12 e 13 anos e 13,2% com 14 a 17 anos executavam jornada de trabalho superior a 40 horas semanais. Apenas 22,2% possuíam jornada de 20 horas ou menos, por semana.

Para Fischer (2002), os adolescentes são mandados a executar tarefas que, à primeira vista, poderiam parecer simples e não necessitariam de treinamento intensivo para serem levadas a cabo. Esse fato também acaba favorecendo a ocorrência de AT.

No que refere à distribuição de **ocorrência do AT, segundo a causa do acidente e o diagnóstico atribuído pelo médico**, muitas vezes encontraram-se anotações em que, ao invés da causa, estava registrado o diagnóstico médico ou, ao contrário, em vez do diagnóstico, encontravam-se descritas as causas dos acidentes acontecidos entre as crianças e adolescentes.

Essa situação de inversão de registros e de anotações incompletas, principalmente nas CAT, não é incomum de acontecer, tendo sido mencionada no estudo de Robazzi (1991), que foi realizado com trabalhadores da coleta de lixo.

Evidentemente que a inadequação de registros prejudica, sobremaneira, as análises que possam vir a ser realizadas, reafirmando-se a existência da problemática (que parece acontecer ao nível nacional e em várias instâncias públicas e privadas) já que as informações estatísticas não retratam, com fidedignidade, a real situação que ocorre em relação a vários eventos, incluindo-se os AT. Essas constatações são feitas em estudos, com temáticas variadas, por autores como Pugliese (1988), Mello Jorge (1988) e Mendes (1995), entre outros.

No caso do presente estudo, os AT, em sua maioria, foram **causados** por contato com substâncias e objetos diversos, principalmente o materiais corto-contusos (39,3%), acidentes de trânsito e atropelamentos (19,6%) e quedas (8,9%) com igual percentual para o excesso de exercícios e movimentos vigorosos (8,9%), entre outros. Em oito prontuários (14,3%) não se encontrou a causa do AT.

Algumas dessas causas estavam descritas nos prontuários como seguem:

estava prensando uma barra estabilizadora do caminhão, ao manobrar a prensa, a placa da mesma escapou

ao separar o pão de queijo congelado, a faca veio a escorregar, pressionando o dedo e cortou

ao passar a massa pelo cilindro, sua mão ficou presa, atingindo os dedos e a mão

havia uma ripa de madeira com o prego no chão, pisou e furou o pé

estava cortando cano, quando a serra escapou e atingiu o dedo indicador da mão direita

Percebe-se pelos detalhes dessas descrições que as ocupações dessas crianças e adolescentes eram diversificadas e, em consequência, as causas que propiciaram os AT. Evidencia-se também que esses jovens trabalhadores realizam atividades arriscadas, tais como trabalhadores adultos, o que possivelmente acabou resultando na ocorrência dos eventos acidentários.

Binder & Almeida (2003) explicam que os AT são resultantes de fenômenos sociais, devido à maneira como estão inseridos os trabalhadores

no processo de produção; expressam correlações de forças existentes na sociedade, configurando fenômenos socialmente determinados.

Conforme já descrito, o contato com substâncias e objetos diversos, representou 39,3% dos eventos acidentários. Destes, ferimentos com facas de cortar frios em supermercado/ padaria, estilete de cortar palmilha em fábrica de calçados foram responsáveis por 12 das ocorrências, 21,4%. Os cortes com ferramentas, maquinaria agrícola, máquinas em geral como, por exemplo, esmeril, ferimentos provocados por prego, entre outros, totalizaram oito casos, 14,3%. Os outros dois casos foram decorrentes do contato dos jovens trabalhadores com o líquido quente (café) e vidro cortante (linha de cerol). Todos esses eventos provocaram lesões, prioritariamente, nos membros superiores.

Os acidentes de trânsito/atropelamentos das crianças e adolescentes trabalhadores (19,6%) ocorreram, em sua grande maioria com ciclistas a caminho do trabalho ou voltando dele, representando quatro colisões entre ciclistas, automóvel e caminhonete; três ciclistas que foram traumatizados em acidentes não especificados; dois, foram traumatizados com objetos fixos; um foi traumatizado com veículo de duas ou três rodas e um referiu-se ao de atropelamento com pedestre. Há que se considerar que os AT de trajeto podem acabar tornando-se mais graves e as pessoas procuram a assistência à saúde, pelo próprio fato da dramaticidade que envolve tais tipos de acidentes, principalmente quando as vítimas são ciclistas que, em geral, não utilizam equipamentos protetores. Assim, quando vitimizados pelo

trânsito, acabam tendo ferimentos importantes que requerem ajuda especializada de equipes de atendimento.

Acresce-se a isso, o fato de que se já é difícil aos trabalhadores de saúde que realizam atendimentos aos acidentados identificar o acidentado do trabalho, a situação ainda se torna pior quando este é uma criança ou um adolescente e, ao mesmo tempo, vítima de um acidente de trajeto.

No presente estudo, alguns dos AT de trajeto foram descritos nos prontuários e/ ou CAT como se segue:

estava descendo a avenida quando um carro abriu a porta e o mesmo bateu contra seu peito e o cortou

estava na rua, correu para tomar o ônibus quando torceu o pé

estava indo para o trabalho quando a placa de propaganda caiu sobre sua cabeça

trafegava na avenida quando sofreu colisão na traseira da bicicleta, sendo arremessada ao solo, entre outros exemplos.

Percebe-se, então, pelas descrições, a gravidade ocasionada pelos mesmos, submetendo as crianças e adolescentes trabalhadores, no mínimo, ao sofrimento físico.

Waldvogel (1999) realizou um estudo sobre os AT fatais no estado de São Paulo e na cidade de São Paulo ocorridos de 1991 a 1992, que revelou o fato de 5,5% da população acidentada no estado e 7,7% das pessoas acidentadas na cidade de São Paulo serem homens e 1,2% mulheres, todos na faixa etária de quinze a dezenove anos e, a maior parte sofreu acidentes com veículos automotores ou atropelamentos e homicídios.

A terceira maior causa constituiu-se de excesso de exercícios e movimentos vigorosos, com 8,9%. Esse tipo de causa, retrata a questão da penosidade que significa às crianças e aos adolescentes trabalhar, pois as tarefas com carregamento de peso e que exigem vigor físico lhes são inadequadas, considerando-se que ainda não estão fisicamente formados para assumi-las, sem sofrerem danos à saúde.

Entendem Garavello et al. (2001) que os impactos do trabalho na saúde dos jovens podem ser vistos no comprometimento das possibilidades da criança e do adolescente viver a sua infância e adolescência, fases da vida preciosas e insubstituíveis no desenvolvimento das potencialidades humanas.

Assim, a quarta causa de AT foram as quedas com quatro casos nesse estudo, representando 7,1%. Marcelino et al (1989) também encontraram as quedas entre as causas predominantes de acidentados, apesar de se reportarem a 66 crianças até 15 anos, que sofreram AT e foram atendidas na emergência de um hospital.

Silveira & Robazzi (2000) encontraram, em 607 prontuários hospitalares de menores de até 14 anos acidentados, que 19,6% tinham tido

como causa as quedas. A segunda grande causa de acidentes entre as crianças e adolescentes foi em decorrência de *impacto de veículos a motor cuja intenção não foi determinada*, contribuindo tal causa, isoladamente, com 5,77% dos eventos acidentários encontrados. A terceira grande causa encontrada referiu-se a *ciclistas traumatizados em colisão com objetos fixos ou parados* que representaram 3,95% do total de acidentes.

Quanto aos **diagnósticos atribuídos pelos médicos**, foi feita a análise de acordo com a frequência de cada um em separado, e após, foram feitos agrupamentos para melhor compreensão, diante das semelhanças das codificações da CID–10, entre os mesmos.

Os ferimentos de punho e mão corresponderam a 33,9% dos diagnósticos atribuídos pelos médicos, provavelmente devido às causas de ferimentos com material corto-contuso que correspondiam a 21,4% das causas de AT. Ao analisar a tabela 8, dos diagnósticos médicos agrupados, percebe-se que os ferimentos, em geral, representam 44,6% dos diagnósticos médicos. A seguir, encontram-se os traumatismos, com 21,4% dos diagnósticos médicos, provavelmente devido aos acidentes/atropelamentos ocorridos com as crianças e os adolescentes trabalhadores. Seguem-se os transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados ao uso excessivo e pressão, devido às causas de excesso de exercícios e movimentos vigorosos. Há vários outros diagnósticos relacionados aos AT, como fraturas, entorse, intoxicação, contusão, entre outros.

Quanto aos transtornos de tecidos moles, entende Knoplich (1995) que a atividade laborativa pode causar danos às estruturas ósseas,

articulares, musculares, tendinosas e nervosas, resultando em dores que o trabalhador denomina dores reumáticas, artrite ou artrose. Como esta denominação não é adequada, sugeriu-se a designação afecções músculo-esqueléticas para tais dores e incapacidades físicas. Nas estatísticas de morbidade de todos os países, elas têm ocupado os primeiros lugares, ou sob a forma de acidentes ou de doenças.

Assunção (1995), escrevendo sobre o sistema músculo-esquelético, particularmente sobre as lesões por esforço repetitivo, explica que as mesmas acontecem provocadas pela inadequação da atividade laboral, ao ser humano que trabalha. Mostra estatísticas de vários países e aponta alguns fatores causais para a ocorrência desses problemas. Cita as categorias de trabalhadores que podem apresentá-los e pontua que em comum, todos exibem repetitividade de movimentos estereotipados e o esforço físico, com contribuições relativas variadas (pouca repetitividade/ pouco esforço físico; alta repetitividade/ pouco esforço físico; pouca repetitividade/ muito esforço físico), cujos efeitos não apenas se somam, como parecem ser sinérgicos ou se potencializam mutuamente.

De qualquer forma, todos esses diagnósticos demonstram a problemática vivenciada pelos jovens trabalhadores, já que os diagnósticos médicos refletem o risco ocupacional existente nos trabalhos que eles executam, a ponto de favorecer-lhes a ocorrência dos AT e doenças em questão.

Em relação às **partes do corpo atingidas pelo AT**, as lesões dos membros superiores tornaram-se evidentes em percentual de 51,8 seguido

pelas lesões da cabeça e membros inferiores com 12,5%, cada um; a seguir os ferimentos em múltiplas partes e tronco com 8,9% cada um. Ao analisar o percentual de 51,8 nos membros superiores, evidenciou-se que as mãos tiveram maior frequência de lesões, particularmente devido aos ferimentos com materiais corto-contusos e traumatismos de punho e mão. No presente estudo, observaram-se registros relacionados aos AT nas mãos, do tipo:

estava cortando um cano, quando a serra escapou e atingiu seu dedo indicador

estava fatiando um peça de frios quando por descuido pegou o dedo na faca da máquina de cortar frios

estava cortando palmilha e o estilete ao cortar, atingiu a mão

As lesões na cabeça e nos MMII (12,5% do total de 56 acidentes) e em múltiplas partes (8,9%) aconteceram em decorrência dos acidentes de trânsito e atropelamentos, relacionados ao fato de que na maioria desses acidentes, as crianças e adolescentes estavam de bicicleta e sofreram atropelamentos.

As lesões de tronco (8,9%) relacionam-se aos esforços repetitivos realizados pelos jovens trabalhadores, conforme pode ser percebido pelas seguintes descrições:

em razão de efetuar o mesmo movimento durante o trabalho, passou a sentir dores fortes

sentiu dor torácica, após movimentos, analisados anteriormente neste estudo.

Quanto à **emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho**, através deste estudo, foi possível observar que em 62,5% dos acidentes ocorridos com as crianças e os adolescentes trabalhadores não foi feito o preenchimento da CAT pelos trabalhadores da área da saúde que os atenderam; em 37,5% dos casos, esses trabalhadores as preencheram, desconhecendo-se porém se tais CAT tiveram os encaminhamentos adequados.

O não-preenchimento da CAT significa, em outras palavras, a não-notificação dos acidentes e pode estar relacionada à burocracia que envolve o próprio ato de notificar, assim como a falta de tempo e consideração de que os acidentes são insignificantes (Figueiredo, 1992). Dessa forma, os trabalhadores da saúde, juntamente com os pais e o empregador, no momento do atendimento médico, não explicitam que o acidente é devido ao trabalho, possivelmente pelo fato do trabalho infantil e do adolescente ser proibido no país. Acresce-se a isso que devido ao grande número de atendimentos feitos nas UBDS, em geral, os trabalhadores da área da saúde acabam por priorizar a assistência direta aos pacientes, não enfatizando a notificação dos AT, o que colabora com a subnotificação, no país, desses eventos.

Toda essa tramitação revela um aspecto perverso que envolve a relação patrão/empregado nas diversas instâncias, tanto públicas, quanto privadas, pois os trabalhadores, diante do seu habitual desconhecimento sobre os riscos relacionados ao seu trabalho, caso sofram lesões decorrentes dos mesmos, ainda enfrentam grandes dificuldades para notificar esses problemas diante dos procedimentos burocráticos, o que acaba desmotivando-os para a necessidade de notificação (Barbin, 2003).

A ausência do trabalhador no trabalho e o recebimento de seus proventos por outras fontes, além do empregador, implicam em gastos ao sistema previdenciário e, automaticamente, para a sociedade brasileira. Ou seja, quando o acidentado está afastado do trabalho devido a um AT notificado, nos primeiros 15 dias ele recebe da empresa, após esse período, o acidentado recebe do sistema previdenciário, que em última instância é paga pelos seus contribuintes.

CONCLUSÃO

Conclusão

Um fator abrangente e complexo, em nosso país, é a concentração de renda, ou seja, o Brasil possui uma das piores distribuições de renda do mundo. Tal fato é expresso em elevados índices de desemprego, baixos salários, desqualificação dos trabalhadores, um grande número de pessoas que vivem em condições subhumanas, influenciando nos indicadores de educação, saúde, mortalidade infantil, e, principalmente no número de crianças e adolescentes trabalhando, ao invés de se dedicarem aos estudos, às brincadeiras e a viver sua infância e adolescência de maneira saudável.

Essa problemática está relacionada à precarização das relações e condições de trabalho, aos salários mais baixos e aos custos de vida elevados que contribuem para que as famílias pobres permitam o ingresso de seus filhos no mercado de trabalho, a fim de ajudar nas despesas da casa e a sair das ruas.

A partir do objetivo principal desta investigação que foi identificar as características dos acidentes ocorridos com as crianças e os adolescentes, quando do exercício do trabalho, constatou-se o que se segue.

Na unidade distrital de atendimento à saúde (UBDS Central de Ribeirão Preto), foram evidenciados, no período de 12 meses, 56 prontuários referentes às crianças e aos adolescentes que sofreram acidentes do trabalho (AT); entre esses, 64,3% eram do sexo masculino, o que se encontra em concordância com a literatura consultada, pois alguns autores relatam o maior número de crianças e adolescentes do sexo masculino trabalhando, devido à pouca valorização dada aos trabalhadores domésticos.

Constatou-se também o predomínio da faixa etária entre 16 e 17 anos, sendo a maior parte dos acidentados procedentes dos bairros da zona norte da cidade, que economicamente constituem-se os mais desfavorecidos.

Quanto aos dados ocupacionais, a maioria das crianças e adolescentes com AT eram auxiliares em geral (12,7%), empacotadores (10,7%), serviços gerais (10,7%), balconista (5,4%), faxineira, atendente de restaurante, aprendiz de ferramenteiro, recepcionista, repositora júnior, cada um com 1,8%. Em 51,8% dos prontuários não havia informação sobre sua ocupação. Não foi possível, através da revisão dos prontuários, saber se estudavam ou não, pois em nenhum constava tal informação.

Em relação ao tipo de AT sofrido pelas crianças e adolescentes, 60,7% eram acidentes típicos, 25% de trajeto, encontrando-se também seis casos de doenças profissionais.

Os dias da semana de maior frequência de AT foram a quarta-feira com 15 casos (26,8%), seguido pela segunda-feira e sexta-feira com 8 casos cada um (14,3%).

Quanto aos meses do ano, não foi possível traçar uma comparação, devido ao fato de serem semestres diferentes de anos distintos.

No que se refere ao intervalo de horas trabalhadas entre o início da jornada de trabalho e o evento acidentário, em 38% foi percebido que o AT ocorreu entre quatro e seis horas após o início do trabalho.

Quanto às causas, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10, 1993), identificou-se que a maior frequência de AT ocorreu com substâncias e objetos diversos que corresponderam a 39,3% dos casos; entre os principais agentes causadores, a faca foi a responsável pelo maior número de ocorrências. Os acidentes/atropelamentos também tiveram importante percentual (19,6%) como causadores de fraturas, luxações, traumatismos, entre outros ocorridos no trajeto ao local de trabalho.

O diagnóstico médico de maior frequência foi o de ferimentos de punho e da mão (33,9%) e traumatismo do punho e da mão (5,4%) decorrentes principalmente, pelo uso da faca no local de trabalho. Houve também múltiplos diagnósticos (8,9%), relacionados àqueles casos em que os acidentados foram atingidos em várias partes do corpo.

As regiões do corpo da criança e do adolescente trabalhador mais atingidas foram os membros superiores (51,8%), e, em seguida, a cabeça e membros inferiores, cada um com 12,5%.

No que se refere às CAT, constatou-se que, na maioria dos casos, (62,5%) não foi percebido esse documento no prontuário do acidentado, mas havia a descrição que a criança ou o adolescente havia se acidentado no trabalho, que se pressupõe que estes AT foram subnotificados. Em apenas 21 casos havia a descrição no prontuário e uma cópia da CAT preenchida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações finais

No presente estudo, evidenciou-se que o trabalho das crianças e dos adolescentes ocorre em Ribeirão Preto (SP), possivelmente em decorrência da pobreza, pois o fato de crianças e adolescentes trabalharem significa, em grande parte, a existência de uma complementação da renda familiar. Então, para erradicá-lo seria necessário que fosse extinta, antes de tudo, a pobreza, situação essa que é extremamente complexa pois, em uma sociedade capitalista, é visível a discrepância de acesso aos bens culturais e sociais pela população.

Por outro lado, a concentração de renda fica cada vez maior nas mãos de poucas pessoas, e cada vez mais a grande maioria da população brasileira vive em situação de muita pobreza; assim, para garantir seu sustento, enviam seus filhos ao trabalho, reproduzindo as condições de exploração existentes no mundo capitalista.

Como essas crianças e adolescentes não possuem preparo técnico-científico, acabam sendo absorvidos com ocupações menos qualificadas, o que significa, também, que possivelmente, recebem menores salários. Ou seja, mesmo que trabalhem muito, a ponto de, como foi percebido nesse estudo, ficarem com lesões importantes, possivelmente acabam recebendo pouco, por executarem trabalhos não qualificados.

Somado a isso, dificilmente o trabalho desenvolvido pelos jovens prepara-os para ter uma profissão futura, mas sim, quando muito, uma ocupação. No entanto, o que acaba importando é a necessidade de trabalhar, de estar (ainda que mal) empregado e não de se ter uma projeção para o futuro, de se tornar profissional, da importância de ser saudável e outros valores dessa natureza.

Acredita-se que pode ser feito tanto nacional, estadual quanto municipal a implementação de programas de desenvolvimento econômico, apoio social às famílias, para que consigam receber e/ou adquirir o suficiente, para que não haja a necessidade de determinar que seus filhos trabalhem. Aos trabalhadores da área da saúde, e particularmente da enfermagem, que mantêm contato constante com pacientes, cabe a realização de programas de educação continuada para que consigam estabelecer nexo entre o acidente ou a doença ocorrida com as crianças e adolescentes e o fato deles estarem trabalhando. Aí, conseguirão perceber e indagar sobre o tipo de trabalho desenvolvido por eles, no momento do acidente e notificá-lo, além de orientar adequadamente tanto as famílias quanto os jovens trabalhadores e seus empregadores sobre os riscos

ocupacionais decorrentes do trabalho da criança e do adolescente, visando, ao menos, preveni-los.

Sabe-se que há ainda muito a ser feito e pesquisado, em relação ao trabalho executado por crianças e adolescentes no país; vários programas de prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores poderiam ser elaborados, no sentido de esclarecimento a esta parcela importante da população sobre seus direitos e limitações, exercitando-os à cidadania.

Para a Enfermagem, recomenda-se o quanto é importante e necessário que os seus trabalhadores tomem conhecimento destes resultados, interessem-se por esta importante temática e procurem desenvolvê-la, a fim de somar esforços aos demais que se preocupam com esta questão, e consigam auxiliar na erradicação do trabalho infantil e dos adolescentes no país e/ou, talvez, minimizar as suas deletérias consequências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências bibliográficas

ABREU, M.; Martinez, A. F. Olhares sobre a criança no Brasil: perspectivas históricas. In: Rizzini, Irene (org). **Olhares sobre a criança no Brasil: séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: USU/Anais, 1997, p.19-37.

ALLEYNE, G. A. O. "Prefácio". In: Maddaleno, M. e col. **La salud del adolescente y del joven**, Washington DC., Organizacion Panamericana de la Salud, (OPS, Publ. Cient, N °552), 1995.

ALVES, S.; LUCHESI G. **Acidentes de Trabalho e doenças profissionais no Brasil: precariedade das informações**. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 1, n. 3, p. 5-19, 1992.

AVANCINI, M. **Menores criticam lei que os proíbe de trabalhar**. In: O Estado de S. Paulo, p. A9, 12 mar 2001.

ARIÈS, P. **História Social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASSIS, S. G. e Souza, E. R. Criando Caim e Abel-Pensando a prevenção da infração juvenil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(1), 1999, p. 133-144.

ASSUNÇÃO, A. A. Sistema músculo-esquelético: lesões por esforços repetitivos (LER). In : Mendes, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995. p. 173-212.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 5 ed. Rio de Janeiro: nova Fronteira, 1985.

BAEZ GARCIA, M. A. **Sub-notificação de acidentes de trabalho em pacientes atendidos no Hospital Universitário Antonio Pedro–Niterói–RJ**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1991.

BARBIN, S. R. C. **Análise de acidentes de trabalho notificados por trabalhadores de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto–São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

BINDER, M. C. P.; ALMEIDA, I. M. Acidentes do trabalho: acaso ou descaso. In: Mendes, R. (org.) **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BRANDI, S. et al. Ocorrência de acidente do trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campinas: estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.32, n. 21, jan/fev. 1997.

Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **O mundo da saúde**, v. 32, n. 21, jan./fev. 1997.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Diagnóstico preliminar dos focos de trabalho da criança e do adolescente no Brasil**. Brasília, outubro, 1996.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. (Org) Juarez de Oliveira. 11 ed. São Paulo: Saraiva, 1995a.

BRASIL, **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Organização de texto, notas e remissas e índices por Juarez de Oliveira. 5 ed. São Paulo, 1995b.

BRASIL. Lei 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre o plano de benefícios da Previdência Social. Disponível em: [<http://www.previdenciasocail.gov.br>]. Acesso em 12 mai. 2003a.

_____. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: [<http://www.datasus.gov.br/cid10/apresent.htm>]. Acesso em 12 mai. 2003b.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. Encontrado na Internet através do endereço <http://www.mtecbo.gov.br/> acessado em 14 de maio de 2003. 2003c.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Organização Internacional do Trabalho (OIT). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). **Trabalho infantil no Brasil 2001**. Brasília, 2003d.

CAMPOS, H. R. **Pobreza e trabalho infantil sob o capitalismo**. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Educação. 231 p. 2001.

CARRION, V. **Comentários à consolidação das leis trabalhistas**. Ed. Rev. Tribunais, 15ª ed. ampliada e revisada de acordo com a Constituição de 1992. São Paulo, 1992. p.258.

CARMO, J. C.; ALMEIDA, I. M.; BADINTER, M. C. P.; SETTIMI, M. M. Acidentes de trabalho. In: MENDES, R. (org.) **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995, Cap. 18, p. 431-455.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS REALCIONADOS À SAÚDE / CID-10. Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Universidade de São Paulo. Ed 10. 1993.

COOPER, S.; BURAU, K. D.; RONISON, T. B.; RICHARDSIN, S. SCHNITZER, P. G. & FRASER Jr., J. J., 1999. Adolescent occupational injuries: Texas, 1990-1996. **American Journal of Industrial Medicine**, 35: 43-50.

CORTEZ, S. A E. **Acidente do Trabalho**: ainda uma realidade a ser desvendada. Ribeirão Preto/SP, 1996. "Os descaminhos que não levam ao Acidente de Trabalho". Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2001.

COSTA, A. C. G. **A política de atendimento**. Revista do Fórum DCA: políticas e prioridades políticas. Brasília, n. 1, p. 19-22, 1. sem. 1993.

Costa A. G da. O estatuto da criança e do adolescente e o trabalho infantil no Brasil: **trajetória, situação atual e perspectivas**. Brasília (DF): OIT; 1994.

CRUZ NETO, e MOREIRA, M. R. Trabalho infanto-juvenil: motivações, aspectos legais e repercussão social. **Cad. Saúde Pública**, abr./jun. 1998, vol.14, no.2, p.437-441. [citado 28 Maio 2003] ISSN 0102-311X.

CRUZ NETO, e MOREIRA, M. R. A concretização das políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência e Saúde Coletiva**. 4(1), 1999, p. 33-52.

CUETO, M. R. R. **O impacto do trabalho na subjetividade infantil.**

Monografia de final de Curso. Não publicada. Curso de Psicologia. Brasília:

Centro Universitário de Brasília, Brasília. 2000.

DERRIEN, J. M. **A fiscalização do trabalho e o trabalho infantil.** 2 ed.,

Brasília, DF: OIT, 1993.

Dicionário Universal de Língua Portuguesa. Encontrado na Internet através do endereço <http://www.priberam.pt/DLPO/>. Acessado em 27 de maio de 2003. 2003.

DIAS, E. C. O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: Mendes, R. **Patologia do Trabalho.** Rio de Janeiro, Atheneu, 1995. p. 59-85.

DULLES, J. W. F. **Anarquistas e comunistas no Brasil, 1990-1935.** Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1977.

DUMONT, C. O trabalho infantil no mundo: o que fazer? In: SIMONETI, C. BLECHER, M.; MENDES, E.G. (Orgs). **Do avesso ao direito:** da situação irregular à proteção integral da infância e da adolescência na América Latina. São Paulo: governo do Estado de São Paulo/ UNICEF; Malheiros, 1994. Texto originalmente apresentado no III Seminário Latino-americano, em São Paulo.

DUPAS, G. Economia global e exclusão social. **O Estado de S. Paulo**, 2 abr 1999. P. B4.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. /Engels; trad: Rosa Camargo Artigas, Reginaldo Forti. São Paulo: global, 1985.

EVENSEN, C. T.; SCHULMAN, M. D.; RUNYAN, C. W.; ZAKOCS, C. W. & DUNN, K. A . The downside of adolescent employment: Hazards and injuries among working teens in North Carolina. **Journal of Adolescence**, 23: 545-560. 2000.

FALEIROS, V. P. Infância e processo político no Brasil. In: Pilotti, F.; Rizzini, I. (Orgs). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: In: Anais; Santa Úrsula, 1995, p. 47-98.

FAUSTO, B. **Trabalho urbano e conflito social: 1890-1920**. Rio de Janeiro: Difel, 1977.

FAUSTO, A; CERVINI, R. (org.) **O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80**. São Paulo: Cortez, 1991.

FASSA, A C. G.; FACCHINI, L. A. ; DALL AGNOL, M. M. & CHRISTIANI, D. C. Child labor and health. **International Journal of Occupational and Environmental Health**, 6: 55-62.

FEITOSA, I. C. N.; GOMES, M.A F.; GOMES, M. V. S.; DIMENSTEIN, M. O trabalho precoce e as políticas de saúde do trabalhador em Natal. **Estud. Psicol.** V.6, n.2, jul/dez. 2001.

FERNANDES, M. C. MENDONÇA, L. K. O trabalho da criança e do adolescente na RMS. **Bahia Análise & Dados**, 8:73-88. 1999.

FERREIRA, M. A. F. Trabalho infantil e produção acadêmica nos anos 90: tópicos para reflexão. **Estud. psicol.** (Natal). v. 6, n.2, jul./dez., p. 213-225. 2001.

FERREIRA, M. A. F., VALENZUELA, M.C. **Estudo epidemiológico dos acidentes do trabalho em Porto Alegre.** (Relatório final de pesquisa, financiamento: FAPERGS). Porto Alegre: Escola de Saúde Pública. 1998.

FIGUEIREDO, R. M. Opinião dos servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfuro-cortante na cidade de Campinas-SP. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 20, n.76, p. 26-33, jul/dez. 1992.

FISCHER, F. M.; TEIXEIRA, L. R.; LATORRE, M. R. O.; MARTINS, I. S.; OLIVEIRA, D. C.; COSTA, L. A. R.; MARINHO, S. P.; PERESTRELO, P. P.; COOPER, S. Acidentes de trabalho entre estudantes do ensino fundamental e médio das cidades de Santo Antonio do Pinhal e Monteiro Lobato, SP. In:

Westphal, M. F(organizadora). **Violência e Criança**. São Paulo: editora Universidade de São Paulo, 2002.

GALASSO, L. Recordação da adolescência: um acidente de trabalho. In: ROCHA, L.E. **Isto é trabalho de gente?** Ed. Vozes, Petrópolis, 1994. p.342-368.

GARAVELO, E. T. A; MARQUES, M. M. C.; FONSECA, M. C. A ; KLEMENC, M. O trabalho do adolescente e sua relação com o aproveitamento escolar e a saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**. v. 26, n. 99, p. 109-119. 2001.

GOMES, J. R. Saúde Ocupacional. In: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. **Saneamento do Meio**, São Paulo, v. 2, n. 9, 1976/1977. p. 1-9

GONÇALVES, R. O trabalho infantil e a Agenda social. **Revista do BNDES**. Rio de Janeiro, v.4, n.7, p.221-240, jun., 1997.

GONÇALVES-OLIVEIRA, B. R. **O adolescente trabalhador**:determinantes e repercussões do trabalho precoce de um grupo de jovens de cascavel – PR. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999. 245p.

GRAITCER, P. L. & LERER L. B., 1998. **Child Labor and Health: Quantifying the Global Health Impacts of Child Labor**. Washington, DC: World Bank.

HUNTER, D. **The diseases of occupations**. 5 ed. London: The English Universities Press, 1974.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Encontrado na Internet através do endereço: [http:// www.ibge. gov.br](http://www.ibge.gov.br) . 2002.

JACINTHO, E. **Um Brasil que poucos conhecem**, In: O Estado de S. Paulo, p.5, 26 de abril de 2003.

KNIGHT, E. B.; CASTILLO, D. N; LAYNE, L. A. A detailed anaysis of work-related injury among youth treated in emergency departments. **Am J Ind Med**, v.27, n.6, p.793-805, 1995.

KNOPLICH, J. Sistema músculo-esquelético: coluna vertebral. In: Mendes, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995. p. 213-27.

LAVRADOR, M. A. S, ROBAZZI, M. L. C. C. ; CANO, M. A. T.; XELEGATI, R. ; SALVARANI, F. A.; SILVEIRA, R. C. P.; JULIÃO, F. S. **Acidentes ocupacionais entre crianças da rede pública de ensino da cidade de Ribeirão Preto (SP), Brasil**. In: REUNIÃO ANUAL DA REGIÃO

BRASILEIRA DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE BIOMETRIA, 44.,
SIMPÓSIO DE ESTATÍSTICA APLICADA À EXPERIMENTAÇÃO
AGRONÔMICA, 8. Botucatu (SP), 1999. Programas e resumos. Botucatu,
Região Brasileira da Sociedade Internacional de Biometria (RBRAS),
Departamento de Bioestatística do Instituto de Biociências, 1999. p. 198.

LUCA, S. R.; FÁVERO. M. Os acidentes de trabalho no Brasil – algumas
implicações de ordem econômica, social e legal. **Rev. Bras. Saúde Ocupac.**, v. 22,
n.7-14, 1994.

MARCELINO, A. G.; VARGAS, R. A. A.; SAINT HILAIRE, M. A. C.;
RAMIRES, A. U. Acidentes en niños trabajadores, Hospital Infantil Dr. Robert
Reid Cabral. **Salud pueblo**. 1(2): 24-8, abr-jun, 1989.

MARTINEZ, A. M.. Trabalho infantil e subjetividade: uma perspectiva
necessária. **Estud. psicol.** (Natal), jul./dez. 2001, vol.6, no.2, p.235-244.
ISSN 1413-294X.

MATEOS , S. B. Quem explora a mão-de-obra infantil. *Revista Atenção*, 2: 9-16.
1996.

MEDRADO-FARIA, M. A. Saúde e trabalho industrial: condição de saúde dos
operários brasileiros. **C. Cult.**, v. 40, n. 10, p. 967-75, 1988.

MELLO JORGE, M. H. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: Westphal, M. F(organizadora). **Violência e Criança**. São Paulo: editora Universidade de São Paulo, 2002.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. (Org) René Mendes. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1980.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. (Org) René Mendes. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1995.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. (Org) René Mendes. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2003.

MENDEZ, E. G. Legislação de “menores” na América Latina: uma doutrina em situação irregular. **Revista do Fórum DCA: políticas e prioridades políticas**. Brasília, p. 14-19, 1 sem. 1993.

MINAYO-GOMEZ, C. MEIRELLES, Z. V. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**. 1997, vol.13 supl.2 [citado 28 Maio 2003], p.135-140.

MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social), 2000. Anuário Estatístico da Previdência Social 1999. encontrado na Internet através do endereço <<http://www.mpas.gov.br>>. Acessado em 10 Março de 2002.

NAPOLEÃO, A. A. **Causas de subnotificação de acidentes de trabalho**: visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior paulista. 1999. 115f. Dissertação (Mestrado)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

NAVARRO, V. L., Alessi, N. P.; Lima, M. G. A violência e a saúde do trabalhador no contexto da reestruturação produtiva no Brasil. In: **Violência e trabalho no Brasil**. Silva, J. F.; Lima, R. B. ; Rosso, D. S. (organizadores). Goiânia: Ed. da UFG; Brasília: MNDH, 2001.

OLIVEIRA, S. G. **Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador**. 2 ed. São Paulo:Ltr, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID – 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde. 10. Ed. São Paulo: Edusp, 2001. 1.247 p.

O TRABALHO INFANTIL NO BRASIL: SITUAÇÃO ATUAL SOBRE E PERSPECTIVA DE SUA ELIMINAÇÃO. Encontrado na Internet através do endereço <http://www.mre.gov.br/mdsg/textos/tarbin.p.htm>. 1998.

Organização Internacional do Trabalho. Encontrado na internet através do endereço http://www.trabinfantil.hpg.ig.com.br/index_1.htm. Acessado em 09 de maio de 2003.

PEREIRA, I.; CARVALHO, M. C. B. ; CALIL, M. I. ; MESTRINER, M. L.
Trabalho do adolescente. Mitos e dilemas. Fundacentro, 1997. 62p.

PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Encontrado na internet
através do endereço
<http://www.trabalho.gov.br/Temas/FiscaTrab/CombateTrabalhoInfantil/Publicacao/Conteudo/537.pdf/>. Acessado em 08 de maio de 2003.

POSSAS, C.A. Avaliação da situação atual do sistema de informação sobre
doenças e acidentes do trabalho no âmbito da Previdência Social Brasileira
e propostas para sua reformulação. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 60, n. 15, p.
43-67, 1987.

PUGLIESE, D. S. **O trabalho do menor**: as conseqüências do acidente. s.l;
s.n; 1987/1988, sp, ilus.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos Trabalhadores**. Tradução de Raimundo
Estrêla. Fundacentro, 3 ed., São Paulo, 2000. 325p.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Anuário de Ribeirão Preto, 1994.
Ribeirão Preto, Prefeitura Municipal, 1994.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Companhia de Desenvolvimento
Econômico de Ribeirão Preto (CODERP). Departamento de

Desenvolvimento Econômico [online]

<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/CODERP/DADOS/I01principal.asp?pagina=/CODERP/DADOS/Boletim%20Trabalho%2004-2003.pdf>, 2003.

RICHTER, E. D.; JACOBS, J. Work injuries and exposures in children and young adults: review and recommendations for action. **Am J Ind Med.** v. 19, n.6, p. 747-69, 1991.

RIZZINI, I. RIZZINI, I. HOLANDA, F. R. B. de. **A força da infância não está no trabalho.** Rio de Janeiro: USU, 1995.

RIZZINI, I. **A assistência à infância no Brasil:** uma análise de sua construção. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1993.

ROBAZZI, M. L. C. C. **Contribuição ao estudo sobre coletores de lixo:** acidentes de trabalho ocorridos em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, no período de 1986 a 1988. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto, 1991. 185p.

ROBAZZI, M. L. C. C.; CANO, M. A. T. ; FÁVERO, M. O trabalho da criança e do adolescente no Brasil: acidentes ocupacionais e programas de prevenção existentes. **Rev. Bras. Saude Esc;** 4(1/2): 57-9, 1996.

ROCHA, L. E.; NUNES, E. D. O milagre econômico e o ressurgimento do desenvolvimento social:1964-1980. In: BUSCHINELLI, J.T.P.; ROCHA, L. E.;

RIGOTTO, R. **Isto é trabalho de gente?** Petrópolis: vozes, 1993. Cap. 5, p.83-96.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: UNESP, 1994.

RUSS, J. **Dicionário de filosofia.** São Paulo: Scipione, 1994.

SABOIA, J. Trabalho infanto-juvenil no Brasil dos anos 90. **Cad. Políticas Sociais**, UNICEF, n. 3, out. 1996 (Série Documentos para Discussão).

SANTANA, V. & ALMEIDA FILHO, N. Emprego doméstico e sofrimento mental. **Saúde Mental em Revista**, 2:9-28. 1994.

SANTANA, V., ITAPARICA, M., AMORIM, A. M. de *et al.* Acidentes de trabalho não fatais em adolescentes. **Cad. Saúde Pública**. mar./abr. 2003, vol.19, no.2 [citado 28 Maio 2003], p.407-420.

SILVEIRA, R. C. P.; ROBAZZI, M. L. C. C., “**Acidentes de Trabalho entre menores de idade atendidos em um hospital-escola da cidade de Ribeirão Preto – SP**”. Projeto de Pesquisa financiado pela FAPESP. Processo nº 98/13195– 2. 2000.

SOARES, M. Infância perdida. **Revide**, Ribeirão Preto, ano 9, n 5, p. 25-9, dez, 1995.

THAME, A C. M. **Acidentes de Trabalho:** um péssimo negócio. Piracicaba: Cedimat, 1992. 119p.

VENDRUSCOLO, T. S. **O trabalho na vida do adolescente que pratica ato infracional: uma relação cultural socialmente aceita.** Dissertação (Mestrado) Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP. Ribeirão Preto, 1998. 144p.

WALDVOGEL, B. C. **Acidentes do Trabalho:** os casos fatais. A questão da identificação e da mensuração. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

WESTPHAL, M. F. **Violência e Criança.** São Paulo, Edusp, 2002.

WUNSCH FILHO, V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Cad Saúde Pública**, jan/mar. 1999, vol. 15, n. 1 [citado 18 março 2003], p. 41-52.

ZAHER, V.L. et al. Saúde e Trabalho. In Saito, M. I. e Silva, L. E. V. **Adolescência:** Prevenção e risco, São Paulo, Atheneu, 2001.

ZYBERSTAJN, H. et al. **A mulher e o menor na força de trabalho.** São Paulo, Nobel (Brasília), Ministério do Trabalho. p. 41-69.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Bibliografia Consultada

ASSIS, S. G. Crianças e Adolescentes violentados: presente e perspectivas para o futuro. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro. 10 (supl. 1), 1994, p. 126-134.

BANERJEE, S. R. Agricultural child labor in West Bengal. **Indian Pediatr.** V. 30, n. 12, p. 1425-9, 1993.

COOPER, S. P.; ROTHSTEIN, M. A. Health hazards among working children in Texas. **South Med J.**, v.88, n.5, p.550-4, 1995.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.