

A ação da vigilância em saúde do trabalhador: um olhar para o processo saúde-doença dos catadores de lixo do município de Jaguaribe-Ce

Worker's health surveillance: a look at the health-disease process of garbage pickers in Jaguaribe-Ce

Maria Cristina de Melo Freitas Magalhães¹, Gilson Holanda Almeida²

Resumo

Este artigo apresenta os principais resultados de pesquisa realizada com onze catadores de lixo do município de Jaguaribe-Ce. A partir de entrevistas semi-estruturadas, buscou-se conhecer as condições de trabalho, de vida e de saúde-doença da população em estudo e o universo de atuação da Vigilância Sanitária local. Optou-se por um estudo descritivo-analítico, utilizando uma abordagem qualitativa onde se identificaram condições de trabalho desumanas e exclusão social agravadas pela ausência do gerenciamento integrado de resíduos sólidos no município. O lixo é o principal meio de sobrevivência da maioria dos catadores de lixo. Estes reconhecem que o lixo oferece riscos para a saúde, mas a associam a ausência de doenças. As ações de saúde não têm valorizado a dimensão produtiva, dificultando a análise do perfil de adoecimento do grupo, para o que se sugere uma reorganização de suas práticas.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária, Catadores de Lixo

Abstract

This article presents the main results from a study done with eleven garbage collectors of the city district of Jaguaribe-Ce. Designed from semi-structured interviews, the project looked into the work conditions, life and health aspects of the population in study and the universe of action of the local Sanitary Surveillance. We selected a descriptive-analytical model, using a qualitative approach where we identified severely compromised work conditions and social exclusion which were worsened by the absence of the integrated administration of solid residues in the city district. Collecting garbage is the main means of survival for most of the garbage collectors. They recognize that garbage offers risks for the health, but they associate health to the absence of illness. The health strategies haven't valued the productive dimension, making more difficult the analysis of the sick process of the group, to what we suggest a reorganization of their practices.

Key words: Health Workers, Sanitary Surveillance, Garbage Collectors

-
1. Enfermeira pela UERN. Especialista em Vigilância Sanitária pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Membro da Equipe Saúde da Família do Município de Jaguaribe-Ce.
 2. Médico pela UFC. Especialista em Psiquiatria pela PUC-RS. Mestre em Saúde Pública pelo Istituto Superiore di Sanità (Roma-Itália). Doutorando da FSP da USP. Diretor da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Recebido: 15.10.06
Reapresentado: 20.11.06
Aceito: 25.12.06

Introdução

O gerenciamento integrado de resíduos sólidos ou simplesmente do lixo, como o termo é amplamente conhecido, tem assumido destaque nos últimos anos, em função de diversos aspectos e suscitando uma discussão dos conceitos a ele relacionados. As características do lixo obedecem ao padrão do cenário geo-sócio-econômico, podendo, de acordo com a natureza ou origem, se constituir um risco potencial para os indivíduos e coletividade, principalmente para os catadores de lixo, alvo deste estudo. A temática implica numa atividade que ultrapassa a sistemática coleta, tratamento e disposição final do lixo, pressupondo a interligação de ações normativas, operacionais, financeiras e de planejamento juntamente com a participação da população e dos demais agentes envolvidos na gestão, como a prefeitura, os estabelecimentos de saúde, os catadores do lixo e os geradores dos resíduos, rumo à melhoria da qualidade de vida da população.¹

Ao lado destas afirmativas, é pertinente agregar uma reflexão que envolva, dentre outros, os contextos social e da saúde pública. Primeiro, porque os catadores de lixo são percebidos como elementos marginalizados no convívio social, dado a relação do seu objeto de trabalho com o inservível, o lixo. Enquanto “categoria” inserida no mercado informal e/ou ‘precarizado’, constituem uma população à margem das políticas de previdência social e das políticas implementadas pelo Ministério do Trabalho e pelos empregadores, restando-lhes apenas as ações contempladas pela área da saúde, onde o direito à saúde – universal, integral e equitativo – iguala-se ao direito à vida, condição esta ressaltada pela Constituição Federal de 1988, como bem indisponível, “[...] direito fundamental do homem já que está diretamente ligada ao direito à vida que precede qualquer garantia constitucional.² E segundo, revelada nas

conseqüências que o acúmulo dos resíduos sólidos gera para a coletividade, como disseminação de roedores, proliferação de vetores, veiculação de doenças, poluição ambiental, dentre outras; em especial, quando consideramos que essa coletividade é composta de corpos sociais, cujo processo saúde-doença é entendido através de um conceito ampliado que reflete a organização social e se relaciona com o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção e está envolto de uma amplitude que o iguala à qualidade de vida dos sujeitos.³

O olhar para estes conceitos expõe a atenção dada aos resíduos sólidos pelos gestores municipais. “Mais de 80% dos municípios vazam seus resíduos em locais a céu aberto, em cursos d’água ou em áreas ambientalmente protegidas, a maioria com a presença de catadores – entre eles crianças –, denunciando os problemas sociais que a má gestão do lixo acarreta”.¹

A Constituição Federal de 1988 reconhece, no seu artigo 2º, parágrafo 3º, que a saúde tem o trabalho como um dos fatores determinantes e condicionantes, além da alimentação, moradia, o saneamento básico o meio ambiente, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros; e que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.²

Por outro lado, o reconhecimento das diferentes formas de adoecer e morrer torna-se indispensável à formulação de políticas públicas direcionadas às especificidades e em especial porque o direito à saúde implica na democratização das relações nos ambientes e processos de trabalho, com respeito pleno às garantias e direitos individuais e coletivos.⁴

Do ponto de vista legal, o gerenciamento integrado dos resíduos sólidos é competência concorrente da União, Estados e Municípios,

cuja atribuições estão definidas na Constituição Federal de 1988.⁵

As Normas Brasileiras (NBR) 10.004 e 12.808^{6,7} da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) classificam os resíduos sólidos quanto aos riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública em três classes: perigosos, não-inertes e inertes. A origem/natureza dos resíduos é o principal elemento de sua caracterização, permitindo agrupamento do lixo nas classes doméstico ou residencial, comercial, público, domiciliar especial e de fontes especiais.^{6,7}

A atuação da Vigilância Sanitária nesta matéria é de fundamental importância dado seu objetivo maior – promover a saúde da população por meio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços relacionados à saúde a partir da adoção de um enfoque que incorpore como objeto de intervenção a saúde e seus determinantes, seja através de ações de caráter educativo ou fiscalizador. Suas funções e seus instrumentos lhe conferem a propriedade de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens de interesse sanitário às demandas sociais e às necessidades de SUS.⁸

A participação dos catadores de lixo na segregação informal do lixo, seja nas ruas ou nos vazadouros e aterros, é o ponto mais agudo e visível da relação do lixo com a questão social, elo perfeito entre o inservível - lixo - e a população marginalizada, identificando no lixo o objeto a ser trabalhado na condução da estratégia de sobrevivência.^{1,9}

Outro ponto a considerar é a responsabilidade coletiva pelos aspectos ligados à saúde pública, saindo da esfera restrita do indivíduo, quando se avaliam as conseqüências que o acúmulo dos resíduos sólidos gera para a coletividade e o seu envolvimento direto no processo saúde-

doença.³ Este processo é entendido numa perspectiva que deixa a doença de ser reduzida a explicações causais, intrínsecas às especificidades biológicas e incorpora a dimensão das manifestações sociais, resultantes de um processo determinado a partir das relações que os indivíduos estabelecem nas mais variadas combinações em seus momentos de produção social - diferentes formas de trabalho, e reprodução social usufruto do produzido.¹⁰

Há ainda um terceiro aspecto a ser considerado que é a abordagem da questão ambiental, que a Constituição Federal de 1988 define como competência e responsabilidade dos municípios, podendo estes legislar sobre proteção ambiental e exercerem o poder de polícia administrativa.⁵

À luz da compreensão fornecida pelo referencial teórico acerca da problemática que vincula os catadores de lixo e o processo saúde-doença, e conscientes da impossibilidade de significá-la na totalidade, os autores optaram em trabalhar a realidade do município de Jaguaribe-CE, reportando-se até o lixão, local onde é feita a disposição final dos resíduos sólidos - urbano e hospitalar - localizado a 8 km da zona urbana do município.

Objetivou-se analisar o processo saúde-doença dos catadores de lixo do município de Jaguaribe-Ceará, na perspectiva das ações de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador, tendo como ponto de partida o conhecimento das condições sócio-econômicas desta população; o processo de trabalho dos catadores de lixo e os riscos ocupacionais a que estão expostos; a relação entre o processo de trabalho e os fatores determinantes do processo saúde-doença, na tentativa de ser uma contribuição para a reorganização das ações da Vigilância Sanitária no Município.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com caráter descritivo-analítico, tendo trabalhado valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões dos sujeitos, procurando incorporar, no dizer de Minayo¹¹, a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas.

O estudo foi composto por uma amostra de onze catadores de lixo. Utilizaram-se como critério de inclusão da pesquisa todos os catadores de lixo que foram localizados no período do estudo e que aceitaram voluntariamente dele participar.

A população estudada representa 55% do universo dos catadores de lixo de um total de vinte catadores de lixo, que irregularmente freqüentam o lixão, caracterizando uma população flutuante que passa um período de até seis meses sem comparecer ao local de trabalho. Esse dado pôde ser ratificado pelo cadastro existente no serviço social vinculado à empresa responsável pela construção do Aterro Sanitário.

O estudo realizou-se no lixão do município de Jaguaribe, no mês de dezembro de 2005, precedido por consultas de material para a construção do referencial teórico e visita ao cenário da pesquisa, onde se buscou uma primeira aproximação com os catadores de lixo, ao passo que serviu para divulgação da pesquisa.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados:

- Um roteiro de entrevista semi-estruturado com questões agrupadas em seis partes principais:

- Dados de identificação;
- Formas de trabalho;
- Segurança no trabalho;
- Formas de vida;
- Acesso a serviços de saúde; e,
- Conhecimento sobre Vigilância Sanitária. A entrevista visava caracterizar as variáveis do estudo e permitir que os sujeitos discorressem livremente sobre o tema, já que se tratava de um instrumento que permitia obter informações contidas nas falas dos sujeitos, dando uma idéia da diversificação das situações por eles vivenciadas;

- Dados secundários, coletados nos Sistemas de Informação Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação em Vigilância da Qualidade da Água (SISAGUA) e da Secretaria Municipal de Saúde, e Secretaria de Infra-Estrutura com a finalidade de ratificar a fala dos sujeitos da pesquisa;
- Entrevistas com os informantes-chave: três técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (destes um é o Coordenador da VISA e um também está lotado na Secretária de Ação Social), o secretário de Infra-Estrutura e dois técnicos da empresa responsável pela construção do aterro sanitário que forneceram informações necessárias à compreensão do funcionamento desses seguimentos.

As entrevistas foram realizadas individualmente, conduzidas pelo pesquisador principal, no lixão ou nas residências dos entrevistados, com um tempo médio de duração de quarenta minutos. Utilizou-se o auxílio de gravador para registrar as falas e respeitar a fidedignidade do discurso dos sujeitos. As entrevistas foram transcritas em sua íntegra pelo próprio pesquisador. Os dados foram agrupados por temas escolhidos a partir de categorias de análise concernente ao referencial teórico:

Gerenciamento Integrado de Resíduos Sólidos; Processo Saúde-Doença; Fator de Risco; Qualidade de Vida (QV); Vigilância Sanitária (VISA) e Saúde do Trabalhador.

O modelo de entrevista não foi previamente testado considerando o número limitado da amostra. Entretanto, após as duas primeiras entrevistas realizadas com catadores de lixo que no período da pesquisa segregavam lixo nas ruas da cidade de Jaguaribe, foi possível avaliar a clareza e objetividade das questões, assim como perceber a necessidade de se acrescentar questões sobre a atuação da VISA ao roteiro. Em razão do número reduzido de entrevistas, optou-se por não descartar do estudo essas duas primeiras entrevistas.

Os dados secundários foram copiados e armazenados em disquete. Já nas entrevistas com informantes-chave, as informações de maior interesse no entendimento do entrevistador e pesquisador principal foram registradas de próprio punho. As entrevistas foram obtidas mediante agendamento prévio, acompanhado de solicitação formal entregue o cada entrevistado e assinadas em duas vias, a primeira de propriedade do entrevistado e a segunda dos pesquisadores.

Foram prestados esclarecimentos acerca da finalidade do estudo e garantida a manutenção do anonimato aos que participaram da pesquisa. Cada entrevistado firmou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos moldes da Portaria 196/96 que trata dessa matéria.

Resultados

Procurou-se agrupar os dados considerando as variáveis e os objetivos do estudo, na tentativa de evidenciar as percepções dos sujeitos sobre o universo pesquisado e obter uma idéia da totalidade.

Num primeiro momento, os dados

mostraram a prevalência da população masculina representada por sete sujeitos, com idade que variava de 19 anos aos 53 anos; conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 1. Distribuição dos catadores de lixo por faixa etária no Município de Jaguaribe-Ceará, 2005.

Faixa Etária	Frequência
19 anos	01
20 a 30 anos	03
31 a 40 anos	03
41 a 50 anos	03
51 a 53 anos	01
Total	11

Quanto à escolaridade, oito são analfabetos, sendo que um deles encontra-se em processo de alfabetização para adultos. Os demais, em número de dois, iniciaram e não concluíram o ensino fundamental.

No que diz respeito ao estado civil oito sujeitos vivem relação consensual, dois são solteiros e um é casado. Todos os sujeitos entrevistados moravam com suas famílias (vide quantidade de pessoas/tamanho da família em Tabela 3 abaixo). A maioria afirmou ser o chefe da família, ao passo que duas são esposas e um é enteado do chefe.

Tabela 2. Composição dos grupos familiares por número de pessoas que residem com os catadores de lixo no município de Jaguaribe - Ceará convivem em seus lares, 2005.

Nº de pessoas	Frequência
Duas	03
Três	03
Quatro	02
Seis	01
Sete	01
Oito	01
Total	11

Dez dos sujeitos moram em casas de

alvenaria e um em casa de taipa. As moradias encontram-se de “2 km e pouco a 8 km” do lixão. A maioria em área vinculada ao sistema de abastecimento de água e esgoto; sendo que uma usa água de poço e duas lançam seus dejetos direto “no mato”. Quase toda a população entrevistada tem energia em suas casas e somente um não possui esse bem; sendo, portanto, o único a não dispor de eletrodoméstico.

Com relação à exposição a riscos no lar, quase 3/4 consideram o ambiente em que vivem livres de riscos, enquanto três sujeitos apresentaram argumentos como riscos da casa cair (dois deles) e um, exposição ao barbeiro, pois mora em casa de taipa.

Aos poucos, as estórias de vida desnudavam uma realidade marcada por conformismo, falta de oportunidade, de alternativa; enfim, pela necessidade. Esta, reforçada por suas concepções de trabalho. A maioria dos sujeitos (oito deles) eleva o trabalho à condição de sobrevivência: “Então a gente se obriga a ter que trabalhar aqui, pra garantir o dia a dia sem faltá o nosso alimento, né?” (Cravo). O tempo médio de permanência de trabalho no lixão oscilou de menos de um ano para sete anos, conforme se vê na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos catadores segundo tempo de trabalho no lixão de Jaguaribe - Ceará, 2005.

Tempo de Trabalho	Frequência
< 1 ano	02
1 ano	01
< 2 anos	02
> 2 anos	02
5 anos	02
7 anos	02
Total	11

Em seguida, é feito o recorte na fala de um dos sujeitos que afirmou trabalhar mais de dois anos no lixão de Jaguaribe, exemplificando a profissão de catador como

uma atividade aprendida e possível de repetição noutro cenário de trabalho: “antes eu trabaivava na rampa em Juazeiro, trabaiei dois ano lá, aí eu vim embora!” (Girassol).

Os entrevistados têm uma jornada de trabalho que varia de 28 horas a 70 horas semanais. Quase 3/4 dos sujeitos vão ao lixão diariamente, no período da manhã. Dois trabalham dois turnos, pois há cerca de um mês estão catando lixo nas ruas. E um afirmou, “[...] atualmente eu tô indo pouco né? Três a quatro vez por semana, né? Porque lá tem muita gente, aí eu, pra dá um lugarzinho pra outro né? [...] É pouco, né?, aí pra muita gente, aí não dá pra cada cá fazer seu tanto!” (Lírio). A fala é um manifesto de ato solidário para com o grupo. Ressalte-se que todos os sujeitos afirmaram não fazer parte de nenhum tipo de associação. Todavia, três informaram ter dado nome para a cooperativa de catadores de lixo.

Os catadores apontaram o alumínio como o reciclável de maior interesse no lixão. Os resíduos sólidos são vendidos para uma microempresa existente no município que comercializa lixo para reciclagem. Segundo Lisianthus, o preço de venda varia em função do material segregado, por exemplo, “o ferro é a dez, o plástico é a quinze (centavos), [...], o alumínio uma parte é a dois outra é a um e cinquenta (o preço do quilo)”.

O salário do grupo variou de R\$ 20,00 mensais a R\$ 180,00 por mês. Em relação à renda familiar, a média é de R\$ 150,00/mês. Citaram a agricultura, o artesanato, “galão” (que é linha para pescar), o trabalho de servente e o de “lavadeira” como “bico”, atividades extras ao trabalho no lixão e complementares à renda familiar. Duas pessoas informaram receber benefício do governo- bolsa família, e duas têm renda de R\$ 400,00, uma das quais associa a renda ao “auxílio de acidente” que passou a receber após sofrer acidente de trabalho em uma forrageira, em decorrência do que teve

amputado parte do membro superior direito.

No que diz respeito à ocorrência de acidente de trabalho, sete sujeitos afirmaram nunca ter sofrido acidente, chegando até a atribuir o fato a graça divina. Os demais referiram acidentes oriundos de cortes com vidro, “estrepada” com prego ou com resíduos de serviços de saúde (RSS), mais especificamente, com “agulha de injeção”.

“[...] Toda vida vem de dois, três, quatro, cinco, até de vinte saco vem, né? [...] E quando passa aquele tempo que tá muito misturado, que você vai catar uma latra, um alumínio daquela parte mais queimada sempre, daqui, acolá, você leva uma furadinha de agulha, porque sempre tá ... mexido no meio do lixo, né?” (Calla).

Todos os sujeitos enfaticamente confirmaram que o lixo traz riscos para a saúde. “Traz doença, né? [...] foi nome de lixo, né?, a gente tá se arriscando” (Gérbera). Associam o risco maior à presença de RSS e de porcos na área do lixão. A fala de Lírio é clara quanto a este aspecto: “[...], é sujeito de pegá um ... num sei é furado todo mundo, [...] o caba pisa em cima e direto pode levar uns desacerto, né?”. Este “desacerto” foi identificado pelos demais como doenças transmissíveis, tétano, gripe, contaminação por micróbios e vermes.

Quando se indagou a cerca de segurança no trabalho relacionada ao uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), mais da metade verbalizou que recorria ao uso de luvas e botas. As primeiras são compradas e as segundas, utilizadas quando encontradas no lixão. Na transcrição da fala de Cravo: “Porque pra gente comprá um sapato pra botar aqui, não tem condições. Luva por causa dos ... micróbios, né; e as máscara por causa do mal cheiro”. Três sujeitos referiram comprar sapatos e dois

afirmaram trabalhar sem EPI.

Todos os entrevistados informaram ter feito uso de pelo menos uma dose de vacina contra o tétano, porém ninguém apresentou cartão de vacina para comprovar a situação vacinal. Conforme orientação do Programa Nacional de Imunização a afirmativa dos sujeitos não pode ser considerada, uma vez que vacina não registrada é vacina não ‘tomada’.

Ressalte-se que a percepção da totalidade dos sujeitos sobre o processo saúde-doença (PSD) é fortemente arraigada à concepção que relaciona saúde a ausência de doenças. Mesmo quando conseguem incluir algum fator determinante do PSD aos seus conceitos (um quarto da amostra), o resultado final do “processo” é a ausência de doenças. “Saúde é a gente tá de bem consigo e com, ..., em paz com o próximo. [...] Porque se a gente está bem, não tando enfermo com nenhum tipo de doença aí tá com saúde. Num tando doente, tá com saúde!” (Cravo, grifo nosso).

Quando foi indagada a frequência com que adoeciam, sete sujeitos responderam “algumas vezes”, dois “freqüentemente” e dois “raramente”.

Tabela 4. Distribuição dos agravos que mais acometem os catadores de lixo do município de Jaguaribe-Ceará e/ou presença de doenças crônicas, 2005.

Tempo de Trabalho	Frequência
Gripe	04
Dor de cabeça	03
Dor nas costas	02
Febre ou tontura quando bebe	02
Gastrite	02
História de dengue no passado	01
Hipertensão arterial	01
Faz uso de remédio controlado para Epilepsia	01
Total	16

Quando se sentem doentes, quase a metade da população entrevistada procura a atenção secundária, o serviço de urgência/emergência do hospital, enquanto que apenas dois sujeitos revelaram procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS). Uma justificativa apontada para a não procura da UBS é a oferta insuficiente de fichas para consulta médica e/ou em virtude da necessidade de agendar essas consultas conforme rotina de algumas UBS. A população restante se automedica. Segundo estes, a escolha entre o “remédio de farmácia” ou inócuo, depende da gravidade da doença.

Todos revelaram sentir-se acolhidos quando da procura ao serviço de saúde, embora o trabalho no lixão não seja considerado como determinante de seus PSD. “O pessoal sabe que eu cato lixo mais nunca fez relação dos problemas de saúde com o lixão” (Fresia).

Com relação ao conhecimento sobre a VISA, todos os sujeitos mostraram-se desconhecedores das ações da VISA. Três afirmaram um contato com a equipe de VISA no passado. “Foi uma vez lá. Só [...] falaram assim, que a gente tivesse cuidado pra num se cortá cum vrido, quando se furasse procurasse logo o SESP (hospital), porque faz tempo, foi logo no começo. E que o prefeito ia dá o fardamento do pessoal, bota e as luva, mais inté agora num chegou nada disso lá. Tá cum mais ou menos seis mês que eles foram lá” (Fresia). Tal desconhecimento ratifica a inexistência de uma atuação de VISA neste campo, ao mesmo tempo em que revela uma valorização do modelo que historicamente tem pautado as ações de VISA, fortemente preso às teias do ‘poder de polícia’.

Discussão

No plano teórico, a VISA constitui ferramenta indispensável à melhoria da QV

da população, em especial após o advento do SUS que além de adotar um conceito positivado de saúde que a igualada a QV dos sujeitos, cujos pré-requisitos a seu alcance fogem ao controle das ações restritas ao campo da saúde; incorporou mudanças representativas no universo de atuação da VISA, dentre elas a inclusão da ST no rol de suas ações.

Considerando que o momento de produção reserva potenciais de risco específicos ao PSD dos indivíduos, a ST passa a aspirar atenção especial, principalmente quando os trabalhadores compõem o mercado informal de trabalho, como são os catadores de lixo, categoria oculta das estatísticas de saúde, esquecida pelo aparato legal no que se refere à garantia de seus direitos trabalhista, e marginalizada socialmente.

Quando se acrescentou a discussão a inexistência de gerenciamento integrado de RS e as conseqüências que a má gestão do lixo acarreta à saúde humana e ambiental, o problema, mais especificamente dos catadores, ganha contornos mais graves, pois imbuídos pela necessidade, a maioria dos sujeitos entrevistados tem o lixão como único “meio de sobrevivência”, exercendo suas atividades laborais em ambiente reconhecido como insalubre e sem uso de EPI, em meio a condições de trabalho e vida desumanas.

A pesquisa revelou ainda, que a percepção dos sujeitos sobre o PSD é fortemente arraigada à concepção que relaciona saúde a ausência de doenças. Quando se sentem doentes mostraram preferência à atenção secundária em detrimento a APS, procura justificada por uma oferta insuficiente de consultas médicas nas Unidades Básicas de Saúde. Os serviços de saúde segundo eles, não têm considerado o trabalho como um determinante do PSD. No que se refere a VISA, todos os sujeitos

mostraram-se desconhecedores de suas ações e uma minoria fez referência a um contato com a equipe da VISA no passado.

Na prática, o caminhar do SUS revela avanços e retrocessos. Avanços quando da busca de estratégias de proteção da saúde, quando inclui a participação da comunidade na tomada de decisões, ou quando espera que o resultado das políticas públicas de saúde seja a QV dos indivíduos e coletividade. Retrocessos quando carrega traços de um modelo de saúde curativo, aquém do alcance da integralidade e equidade nas ações, e da tão almejada vigilância à saúde.

Na tentativa de aproximar o contexto geral do particular desse estudo, pode-se sentir ou observar esses avanços no município de Jaguaribe, ainda que de forma morosa. No entanto, quando vislumbramos as ações de VISA neste contexto, encontram-se a descoberto

Quando se vislumbra as ações de VISA

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderno de Saúde do Trabalhador: legislação. Brasília: DF, 2001. 142 p.
2. Farias MHC, Nobrega PP, Martins JAS. Manual para normalização bibliográfica de trabalhos acadêmicos. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2004. 49 p. (Série Desenvolvimento Institucional).
3. Faschini LA. Agravos à saúde do trabalhador. In: Anais do 46. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1994; Porto Alegre, 1994. p. 55-57.
4. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 269 p.
5. Monteiro JHP et al. Manual de gerenciamento integrado de resíduos sólidos. Rio de Janeiro: IBAM, 2001. 200 p.
6. Rodriguez Neto ER. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e

local, encontram-se a descoberto todas as práticas relacionadas a ST; e mesmo quando a tentativa é fazer acontecer essas ações, os catadores são esquecidos das propostas, à medida que as discussões giram em torno dos trabalhadores respaldados por lei.

Nesse sentido, a ausência de ações da VISA em ST tem deixado brechas que podem trazer marcas irreversíveis à saúde dos catadores de lixo. O reconhecimento dessa realidade poderá contribuir para se repensar tais ações de VISA, e que poderiam levar à minoração ou correção de situações que permitam devolver aos trabalhadores condições de trabalho mais digno e meio-ambiente saudável.

O grande desafio para a superação desses limites parece repousar na adoção da proposta de vigilância à saúde, enquanto eixo de reorientação do modelo vigente. Esta reorganização das práticas supõe identificar novas formas de fazer saúde, onde se faça jus ao direito à saúde como parte integrante do direito à vida.

- suas perspectivas. In: Ministério da Saúde (BR). Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS. Brasília, DF, 1994. p. 7 – 17. (Textos técnicos para Conselheiros de Saúde).
7. Nunes AS. Cooperação e competição numa cooperativa de catadores: um estudo de caso. Salvador: 2004. [acesso em 29 de maio 2006]. Disponível em: http://www.cefetba.br/ensino/superior/downloads/2004/Monografia_Angela.pdf.
 8. Siqueira JCM. Gestão em vigilância sanitária. In: Campos FE, Werneck GAF, Tonon LM organizadores. Vigilância sanitária. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. 129 P. p. 55 – 62. (Cadernos de Saúde – 4).

Endereço para correspondência

MARIA CRISTINA DE MELO F. MAGALHÃES
 Travessa Nelson Maia, 155/Altos - Centro
 63.475-00 Jaguaribe - Ce
 E-mail: crismagalhaes3000@yahoo.com.br