



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE ESPECIALIZAÇÃO
POLO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – EAD
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**PERFIL SOCIAL E RISCO OCUPACIONAL DOS
TRABALHADORES DO MATADOURO PÚBLICO DE SAPÉ/PB**

DOMINGOS FERNANDES LUGO NETO

JOÃO PESSOA/PB
2012

DOMINGOS FERNANDES LUGO NETO

**PERFIL SOCIAL E RISCO OCUPACIONAL DOS
TRABALHADORES DO MATADOURO PÚBLICO DE SAPÉ/PB**

Trabalho de Conclusão da Especialização de Gestão em Saúde apresentado como pré-requisito parcial para obtenção do título de Especialista, pelo Curso de Pós-Graduação da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) do Polo João Pessoa/PB.

Orientadora: Prof^a. Msc. Adriana Carneiro Tavares

JOÃO PESSOA/PB
2012

DOMINGOS FERNANDES LUGO NETO

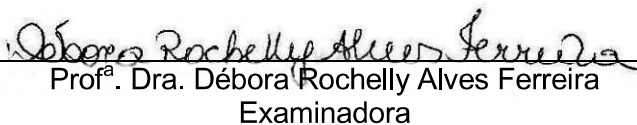
**PERFIL SOCIAL E RISCO OCUPACIONAL DOS
TRABALHADORES DO MATADOURO PÚBLICO DE SAPÉ/PB**

Aprovado em: 30 / 07 / 2012

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Msc. Adriana Carneiro Tavares
Orientadora



Prof^a. Dra. Débora Rochelly Alves Ferreira
Examinadora



Prof^a. Msc. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa
Examinadora

Dedico este trabalho a minha família,
sempre presente, que me apoiou
nesta jornada rumo ao conhecimento
da ciência com amor e dedicação.

AGRADECIMENTOS

À professora Adriana Tavares, por aceitar a orientação deste trabalho.

À todos os funcionários da Prefeitura Municipal de Sapé, em especial, aos trabalhadores que participaram da pesquisa, sem os quais não seria possível sua realização.

À Lenilda Leôncio, secretária de agricultura do Município de Sapé e demais colaboradores que auxiliaram este estudo.

**“Cada vez que a faca corta o couro do boi,
corta o fio da camisa do magarefe”.**

Josemar Costa Moura

RESUMO

A presente monografia centrou-se na análise do perfil social e risco ocupacional dos trabalhadores do Matadouro Público de Sapé/PB. Para tanto, realizamos uma pesquisa do tipo descritiva, de caráter quanti-qualitativa, cuja amostra adotada foi por conveniência. A coleta de dados se deu através de entrevista semi-estruturada direta e consensual, bem como, recorreu-se a observações assistemáticas, junto a 50% dos trabalhadores em contato direto com risco ocupacional na sala de matança, correspondendo a 32 entrevistas, realizada em 2012. Mediante os resultados, constatamos que 78,12% dos entrevistados são do sexo masculino e 21,88% do feminino. Da totalidade dos entrevistados, 59% são analfabetos; 84% sobrevivem com até um salário mínimo e com este mesmo percentual de trabalhadores que estão no matadouro a mais de 11 anos. No que refere-se a frequência médica, constatamos que 53% não buscam os serviços de saúde, mesmo estando expostos a risco sanitário elevado, enfatizado na política de saúde do trabalhador. Assim, podemos concluir que a realidade social e sanitária evidenciada no matadouro público de Sapé/PB retrata as péssimas condições de trabalho e de vida destes trabalhadores, frente as zoonoses presentes neste tipo de estabelecimento, que apenas representa um meio insuficiente de sobrevivência e promoção do sustento das famílias destes trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Risco ocupacional. Matadouro. Zoonoses.

ABSTRACT

This thesis focused on the analysis of the social profile and occupational risk of workers in the Public Slaughterhouse of Sapé/PB. We made a survey descriptive, quantitative and qualitative character, whose sample was taken for convenience. Data collection occurred through semi-structured direct and consensual, and appealed to unsystematic observations, with 50% of workers in direct contact with occupational risk in the slaughter room, corresponding to 32 interviews, conducted in 2012. From the results, we found that 78.12% of respondents are male and 21.88% female. Of all respondents, 59% are illiterate, 84% survive up to a minimum wage and the same percentage of workers in the slaughterhouse are more than 11 years. In terms of frequency medical, found that 53% do not seek health services, even when exposed to high health risk, emphasized the policy of worker's health. Thus, we conclude that the health and social reality evidenced in the public slaughterhouse of Sapé/PB portrays the terrible working conditions and lives of these workers, front zoonosis in this type of establishment, which only represents a means of survival and insufficient promotion of livelihood of the families of these workers.

Keywords: Worker's Health. Occupational Risk. Slaughterhouse. Zoonosis.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Queixas relatadas pelos trabalhadores no Matadouro Público de Sapé/PB	41
Gráfico 2 Hábito alimentar dos trabalhadores do Matadouro	42
Gráfico 3 EPI nos trabalhadores do Matadouro Público de Sapé/PB	43
Gráfico 4 Presença de Animais Domésticos	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Perfil da amostra conforme gênero e faixa etária	38
Tabela 2 Descrição da amostra conforme variáveis de renda econômica	39
Tabela 3 Descrição da amostra conforme variáveis de visita ao médico	40

LISTA DE SIGLAS

CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DNSP	Diretoria Geral de Saúde
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DTA	Doenças Transmissíveis por Alimentos
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NR	Norma Reguladora
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PGA	Programa de Gestão Ambiental
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PSF	Programa Saúde da Família
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	A POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL.....	14
3	SAÚDE DO TRABALHADOR.....	25
4	RISCO SANITÁRIO EM PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL.....	30
	4.1 Matadouro público.....	32
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
	5.1 Tipo e natureza da pesquisa.....	33
	5.2 Local da pesquisa.....	34
	5.3 Universo e amostra da pesquisa.....	35
	5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	35
	5.5 Instrumentos de coleta de dados.....	35
	5.6 Procedimentos de coleta de dados.....	36
	5.7 Análise e discussão dos dados coletados.....	37
	5.8 Aspectos éticos.....	37
6	ANÁLISES E DISCUSSÕES DOS DADOS DA PESQUISA.....	37
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
8	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICES.	52

1 INTRODUÇÃO

Mais de 2,9 bilhões de trabalhadores no globo estão expostos a algum risco nos seus locais de trabalho (Concha-Barrientos et al. 2005). Muitos adultos e também crianças doam sua mão-de-obra pelo trabalho desde cedo. Ao mesmo tempo, as pessoas em seu trabalho estão expostas a muitos tipos de riscos diferentes, como químicos, agentes biológicos, fatores físicos, condições ergonômicas adversas, alergias e numerosos fatores psicossociais.

Mais de 100 doenças ocupacionais são classificadas segundo a revisão de tratado da Classificação Internacional de Doenças Relacionada a Problemas de Saúde (ICD-10). Estão incluindo neste rol de problemas: desordens psicológicas, respiratórias, musculoesqueléticas, cardiovasculares, reprodutivos, neurotóxicos, dermatológicos, perda auditiva e neoplasias.

Na atualidade é grande o número de famílias que sobrevivem as custas do trabalho informal ou mesmo ligado a alguma instituição pública que funciona como abrigo para o trabalho autônomo, porém as condições de trabalho, às vezes, não são adequadas ao exercício das atividades referidas, como por exemplo as coletas seletivas de resíduos sólidos, os matadouros públicos, as hortas comunitárias e mesmo a pecuária de subsistência que se mantêm nas áreas peri-urbanas.

Na nossa cultura a medicina preventiva e o risco a zoonoses não são observados na política de saúde do trabalhador, sem o cumprimento das exigências da lei trabalhista por parte do Estado, porém para as empresas privadas a fiscalização do Ministério do trabalho faz-se presente e possibilita a segurança necessária para realização de um serviço que muitas vezes é insalubre e perigoso.

A formação dos profissionais de saúde do Brasil ainda é predominantemente baseada em medicina curativa, atendendo a demanda de pacientes que procuram os postos de saúde e hospitais na maioria das vezes para atendimentos de enfermidades de caráter agudo, esquecendo que zona de risco sanitário pode minimizar os gastos de serviço especializado em observância aos achados na medicina preventiva.

Os matadouros públicos abrigam um contingente enorme de famílias que sobrevivem direta ou indiretamente dos produtos cárnicos e de seus subprodutos, podendo ainda possuir indiretamente famílias que sobrevivem da venda de lanches e outros artigos pelo grande número de pessoas que circulam nas dependências da instituição. Segundo Campos(2008), parte considerável dos trabalhadores de um abatedouro desconhece a dimensão dos riscos envolvidos em suas funções.

Os animais são utilizados para alimentação desde os primórdios da vida em sociedade. O processo de criação e domesticação destes animais leva a uma estrutura pecuária de exploração, que possibilita ao acesso a uma proteína nobre e de certa forma barata, mas para garantir a qualidade deste produto, altamente consumido por todas as faixas etárias, é preciso uma estrutura de abate e monitoramento da saúde do rebanho e inspeção dos animais que servirão para prover esta demanda.

Os matadouros são uma instalação industrial destinada ao abate, processamento e armazenamento de produtos de origem animal, com caráter fundamental para melhoria na qualidade dos produtos destinado ao consumo, uma das figuras mais importante e fundamental para o processo de abate é o magarefe que realiza o abate, sangria, esfolia, evisceração, esquartejamento e transporte da carcaça do animal abatido.

A saúde do trabalhador nessas unidades é uma das ferramentas para assegurar um produto de boa qualidade, mas a noção de saúde deste profissional ainda é pouco referenciada, principalmente quando o mesmo é autônomo e ligado a uma instituição pública sem vínculo com esta empresa.

As condições dos abatedouros públicos no Brasil tem apresentado uma melhora gradativa na condição sanitária das instalações e equipamentos para realizar a função particular a esta instituição, e isso se deu pela privatização do setor, que possibilitou uma cobrança mais profunda por parte do poder público com a qualidade de inspeção e melhoria de condição de trabalho para o magarefe, por outro lado, a situação dos matadouros públicos da Paraíba estão longe dos modelos privados que encontramos neste Estado. Ressalta-se que nas pequenas cidades do interior, o trabalho do magarefe é realizado por trabalhadores autônomos que não possuem vínculo empregatício com o Estado,

não possuindo direitos trabalhistas e conseqüentemente sanitário pelo exercício desta profissão.

A profissão foi regulamentada por portaria ministerial e outorga direito a recolhimento como profissional autônomo para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), mas dentro dos estabelecimentos públicos não há cobrança sobre a necessidade de assegurar condições dignas de trabalho a este profissional.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil social e o risco ocupacional dos trabalhadores do Matadouro Público do município de Sapé/PB.

Para tanto, o estudo encontra-se dividido em etapas: na primeira tecemos uma breve discussão acerca da trajetória da Política da Saúde no Brasil; em seguida contextualizamos sobre saúde do trabalhador. No item 4 discutimos o risco sanitário em produtos de origem animal, do qual destacamos o Matadouro Público. Posteriormente temos os procedimentos metodológicos e as análises e discussões dos dados da pesquisa, seguida das considerações finais e das referências que subsidiaram a construção do conhecimento em torno da temática.

2 A POLITICA DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil as primeiras intervenções na área da saúde, remontam à chegada da família real ao país, no ano de 1808. Tal fato contribuiu para o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no país, assim como, se teve a inauguração da primeira faculdade de medicina em Salvador na Bahia, que tinha como objetivo normalizar a prática médica segundo os moldes europeus.

Segundo Baptista (2005) a população brasileira era formada por portugueses e principalmente por índios e negros que eram escravos e como a saúde era uma prática desregulamentada, a assistência à saúde era tratada conforme sua própria cultura, costumes e tradições.

Com a proclamação da República em 1889, as políticas de saúde sofreram uma ampliação, vez que a produção cafeeira estava em ascendência, havendo o aumento da massa trabalhadora, que vivia em péssimas condições de saneamento e expostas a uma série de epidemias, fazendo-se necessários investimentos na área da saúde pública.

Com isso verifica-se as iniciativas no âmbito a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas, sendo estas limitadas. Dessa forma, em 1897, foi criada a Diretoria Geral de Saúde (DNSP) e o Instituto Soroterápico Federal, passando a ser chamado no ano de 1900 de Instituto Oswaldo Cruz (BAPTISTA, 2005).

Para Carneiro (2008), é a partir de 1903 que ocorre as mudanças significativas na saúde, quando o médico Oswaldo Cruz assume a chefia da Diretoria Geral de Saúde Pública. Nesse sentido, Oswaldo teve inicialmente como prioridade a erradicação da febre amarela, e para tanto dividiu o município do Rio de Janeiro em 10 distritos sanitários, visando um melhor controle das endemias, tendo como objetivo a melhoria nas condições de vida da população a longo prazo, não reduzindo a uma ação paliativa.

As práticas desenvolvidas a partir de Oswaldo Cruz assinalaram, portanto, a criação de um padrão de serviço que ocupará um espaço próprio na estrutura estatal voltada para o problema saúde. Através das ações de saúde pública, o Estado passou a viabilizar condições sanitárias adequadas às novas relações sociais e ao desenvolvimento da capacidade de produção do país (CARNEIRO, 2008).

Foi Oswaldo Cruz que também propôs o primeiro código sanitário e as campanhas de vacinação obrigatória, destinadas a combater as epidemias urbanas e, posteriormente, as endemias rurais. No entanto, houveram muitas críticas e oposição a forma como estas campanhas eram desenvolvidas, tendo em vista a retirada à força da população dos ambientes que deveriam ser saneados.

No século XIX, mais precisamente na década de 1920, a questão da saúde pública alcança um novo patamar no tocante ao discurso estatal. Em 1923, sob o decreto lei nº 4682/23, através da Lei Elói Chaves, emergiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os empregados de cada empresa ferroviária, as quais recebiam financiamento da União, empresas empregadoras e dos próprios empregados, sendo os benefícios proporcionais as contribuições, mas bastante limitados, já que se estendiam apenas aos trabalhadores urbanos que estivessem ligados com as empresas (BRAVO, 2001).

As primeiras categorias que foram inseridas nas CAPs foram os ferroviários, os estivadores e os marítimos. Os demais trabalhadores só foram enquadrados nas prerrogativas das CAPs após 1930 (BRAVO, 2006).

Segundo Bravo (2006) a conjuntura de 1930, caracterizada pelos visíveis indicadores do processo de industrialização e a redefinição do papel do Estado, a saúde ganha destaque, passando a ser concebida como questão política e por isso, marcada pela interferência do Estado, que propiciou respostas para o enfrentamento das questões sociais em geral, em especial nos aspectos referentes à situação de higiene e doenças.

Nesse momento, a política de saúde passou a ser organizada basicamente em dois sub-setores: o de saúde previdenciária e saúde pública, este último coordenado pelo Ministério da Saúde e desenvolvendo ações de caráter coletivo, com ênfase na prevenção e controle de endemias, este setor era responsável pelas condições sanitárias mínimas para a população urbana, estando a população rural relegada a segundo plano. Enquanto o setor de saúde previdenciária foi marcado pelo âmbito de seguro, com caráter mais empresarial, com destaque para a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que tinham como finalidade a expansão para um número maior de categorias de assalariados, ou seja, consistia em prestar assistência unicamente aos trabalhadores que contribuíssem com a previdência. “Com os IAPs inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social mantendo ainda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício” (BAPTISTA, 2005, p. 18).

Nesse período, também é implementada a Lei nº. 378 de 1937 que institui as Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Esta lei tinha como propósito: “possibilitar ao Estado, por meio de espaços de discussão e debate, condições para equacionar as políticas de saúde no Brasil” (BETTIOL, 2006).

Um novo perfil sócio-econômico fora sendo delineado no Brasil entre as décadas de 1940 – governo Vargas – até a década de 1960 (ROCHA, 2005).

A consolidação da Política Nacional de Saúde que vinha sendo esboçada desde 1930 se deu no período entre os anos 1945-1950, onde a Saúde foi posta como uma das finalidades principais do chamado Plano Salte, criado pelo governo Dutra em 1948, sendo o primeiro a incluir setores sociais, previa

investimentos tanto na Saúde, quanto na área da alimentação, transporte e energia. Muito embora tenha sido criado, o Plano Salte não chegou a ser de fato implementado (BRAVO, 2006).

O Ministério da Saúde, criado em 1953, atuou de maneira ineficiente na redução dos índices de mortalidade e morbidade das doenças, que continuavam altos, deixando incapacitadas várias pessoas para o trabalho. Na verdade, seu objetivo de combater as doenças não foi concretizado, vez que não se conseguiu organizar uma política que fosse de fato eficiente. Assim, diante de todas as dificuldades em saúde pública, mais um dilema se coloca: a dicotomia da saúde pública versus a atenção médica individual.

A década de 1950 é marcada pelo discurso internacionalista, pela prioridade econômica em detrimento das políticas sociais, e pelo desenvolvimentismo, sendo um período de grandes investimentos na saúde, todavia não significou necessariamente melhorias nas condições reais de saúde da população (ROCHA, 2005).

Bravo (2006) relata três variações quanto à situação da Saúde que se deram nos anos 1950, 1956 e 1963, anos em que se investiram grandes somas na saúde pública, melhorando assim as condições sanitárias da população. Momento onde se construíram grandes hospitais, com tecnologias de última geração e incorporados a uma lógica de especialização dos recursos humanos, tornando, entretanto, a assistência mais cara e centralizada nos hospitais.

A instauração da ditadura militar no pós-64 leva ao Estado intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência, burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime. Os grandes problemas estruturais não foram solucionados, ao contrário, se ampliaram e tornaram-se mais complexos. Fazendo, inclusive, com que se questionasse a tendência de desenvolvimento adotada pela Ditadura Militar (NETTO, 2005).

Os reflexos sobre a saúde pública foram negativos, como percebemos nas palavras de Bettiol (2006, p.45): “A saúde pública foi sucateada, impulsionando a valorização da saúde privada”. Observa-se que à Saúde Pública, passou a

assumir características ainda mais capitalistas, onde foram criados hospitais privados com financiamento a fundo perdido, em detrimento do setor público. Sem mais atenta fiscalização, foram cobrados dos usuários os leitos destinados ao atendimento público (BETTIOL, 2006).

Enquanto isso ocorre uma significativa expansão no sistema previdenciário brasileiro com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a unificação dos IAPs, em 1966.

Conforme Nunes e Santos (2003).

O INPS surgiu então para favorecer a mercantilização da assistência médica a produtores privados, constituindo-se para o trabalhador um mínimo de serviços assistenciais e estabelecendo condições mínimas de reprodução da força de trabalho, maior possibilidade da manutenção do mercado consumidor e a hegemonia do capital (NUNES; SANTOS, 2003, p.40).

O INPS manteve a estrutura funcional antiga, proposta pelos IAPs, onde se oferecia serviços apenas aos que comprovassem sua inclusão no sistema.

A criação do INPS configurou-se como um protótipo do que Mendes(1994) define como modelo médico-assistencial privatista, caracterizando-se por ampliar a cobertura previdenciária a ponto de abranger quase toda a totalidade da população urbana e rural, ainda que privilegiando a prática médica curativa, individual e assistencialista.

Para Bravo (2006), essa mudança no sistema previdenciário deu-se para atender a duas características marcantes do governo militar: um Estado mais interventivo na sociedade e o afastamento dos trabalhadores do cenário político.

A política da saúde no período de 1964 a 1974 desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento aos usuários.

A partir de 1974, o bloco de poder, por não ter conseguido consolidar sua hegemonia ao longo de dez anos, modificou gradualmente sua relação com a

sociedade civil. A política de saúde, neste período, enfrentou permanente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário. Nesta contradição, algumas medidas de saúde pública foram retomadas, embora de forma limitada.

Em 1975, emergiu a Lei que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, que se tornou hegemônico. Este modelo, segundo Mendes (1994), centra-se num tripé constituído pelo: Estado como o maior financiador do sistema através da Previdência Social; Setor privado nacional participando na condição de maior prestador de assistência médica; O setor privado internacional como o maior produtor de mercadorias, principalmente de equipamentos biomédicos e medicamentos.

No entanto, no decorrer dos anos de 1970, este modelo apresenta-se inadequado à realidade sanitária, sobretudo, por excluir uma significativa parcela da população brasileira.

Assim, o esgotamento desse modelo configurou-se como objeto de amplos debates na sociedade, no seio do qual nascem às idéias da Reforma Sanitária brasileira, introduzindo na discussão os princípios fundamentais que vinculam a questão da saúde à cidadania.

Conforme Cohn (2002), O movimento de Reforma Sanitária contava com a participação de lideranças e intelectuais da área de saúde pública e da medicina social, além de profissionais do setor público dos serviços de saúde. A Reforma Sanitária foi legitimada pela Constituição de 1988, exatamente no período em que o país viveu o processo de redemocratização, entendida como o momento de encerramento da experiência ditatorial militar, vivida pela sociedade brasileira.

No final dos anos de 1970, com a derrocada do regime militar, o Brasil inicia um período de abertura política em que os movimentos sociais organizados ganham visibilidade, com destaque para a Reforma Sanitária, que diante das péssimas condições de saúde da população da época, reuniu profissionais da área na defesa de uma saúde pública e de qualidade.

A Reforma Sanitária configurou-se como o mais importante avanço na construção de um projeto de política de Saúde de caráter universalizante. Tal projeto imprimiu no seio da sociedade civil um amplo debate com a defesa de uma política pública de saúde para o país, caracterizada por uma postura definida

a partir de princípios éticos e conceituais, que tinham como objetivos a universalidade, que parte do pressuposto de que todos têm igual direito à atenção a saúde; a equidade correspondendo ao fato de que todos têm direito de ser atendidos igualmente e a integralidade consistindo em atender todas as demandas dos usuários de forma integral.

Toda a efervescência do movimento sanitário ganha força na década de 1980, vez que nesse momento o país se encontrava em processo de redemocratização e os movimentos sociais organizados, tão perseguidos pela Ditadura, renascem com grande força.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2001, p. 8).

Esse novo cenário político e social constitui-se como fator marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil, dando subsídios para que em 1986, ocorresse a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, no mês de março, contando, de acordo com BRAVO (2006), com a participação de pouco mais de quatro mil pessoas, dentre as quais, mil delegados, numa articulação bem distinta das anteriores, e cujo temário central versou sobre: I) A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II) A Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e por fim; III) Financiamento setorial. Tal conferência é considerada um divisor, pois pela primeira vez, a comunidade participou efetivamente, em conjunto com os profissionais da área da saúde na construção de uma política de saúde dirigida a todos os cidadãos.

A VIII Conferência Nacional de Saúde [...], passa por uma doutrina, a constituir-se num instrumento político-ideológico que viria influir de forma muito significativa em dois processos que se iniciam, concomitantemente, no ano de 1987: um no executivo, a

implantação do SUDS e, outro, no poder legislativo, a elaboração da nova constituição brasileira (MENDES, 1994, p. 43).

Destarte, foi a partir dos debates ocorridos na 8ª CNS e somando-se também a grande influência que os movimentos sociais exerciam no cenário sócio-político brasileiro, que se ampliou o conceito de saúde no país, o qual foi incorporada pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), sendo compreendido como resultado de condicionantes sociais, como condição de trabalho, moradia, alimentação, enfim, viabilizar condições de vida com qualidade¹.

Foi na 8ª Conferência onde se aprovou um relatório, o qual levava propostas a serem debatidas na Assembléia Nacional Constituinte sobre o que deveria posteriormente ser inscrito na Constituição Federal de 1988 a respeito da saúde, como também continha princípios que subsidiaram o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A Constituinte marcou um dos momentos mais significativos do processo de transição, pois se tratava da definição dos princípios políticos que dariam forma à organização do poder do Estado e às relações entre Estado e sociedade civil. O que estava por trás do processo constituinte era a construção da legitimidade institucional-política do país (BRAVO, 1996, p. 66).

Dentro desse contexto, em 20 de Julho de 1987, emerge o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), representando a transição entre a estrutura do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS), que deixava de ser prestador de serviços, para o SUS, onde os estados e municípios passariam a assumir este papel (ROCHA, 2005).

O SUDS afirma-se como proposta da Reforma Sanitária, buscando descentralizar as ações da saúde, antes de restrita responsabilidade do Estado nacional dentro de uma proposta de municipalização. Este sistema deveria

¹ Para BARROS(1993, p. 20) seguindo os princípios da Organização Mundial de Saúde: "Ter saúde exige alimentação, condições dignas de trabalho e moradia, saneamento básico eficiente, meio-ambiente protegido e bem conservado, possibilidade de lazer, informação.É, portanto, resultado de um conjunto de determinantes[...]".

construir uma rede hierarquizada e regionalizada, na qual a população participasse da administração.

É a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (conhecida como Constituição Cidadã) que no plano jurídico, ocorre a promessa tanto de afirmação quanto de extensão dos direitos sociais em nosso país, introduzindo avanços que buscaram reparar as históricas injustiças sociais que vinham sendo acumuladas durante séculos (BRAVO, 2006).

A saúde é abordada na referida Constituição dos Artigos 196 a 200, trazendo uma questão inovadora, que é o fato dela trazer a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado.

Foi diante dessa influência no processo constitucional que o movimento de reforma sanitária, configurou-se como um momento de conquista da sociedade por ter assegurado, em tese a responsabilidade do Estado na garantia da promoção e assistência à saúde para todos, através de um Sistema Único de Saúde.

É também a partir da Constituição Federal de 1988 que se configurou a proposta de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo em vista o fato de que a saúde, a partir de então, é um direito do cidadão e dever do Estado, o SUS é norteado por princípios básicos que visam sua implementação respeitando as diferenças regionais do país, sendo eles: Universalização, Integralidade, Descentralização e Participação popular (BAPTISTA, 2005).

Na verdade, podemos dizer que o SUS faz parte de um sistema mais amplo, que é o da Seguridade Social, de acordo com o artigo 194 da Constituição Federal de 1988.

É importante destacar que a construção do SUS se deu na contramão das políticas econômicas, configurando, juntamente com a atuação do Ministério Público, alguns dos mais significativos resultados dos preceitos democráticos inscritos na Constituição de 1988, sendo também uma peça-chave no processo de luta e construção do modelo protetor do país (BAPTISTA, 2005).

O projeto original de implementação do SUS veio ser regulamentado pela Lei 8.080/90 – a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), que trata da promoção, recuperação, administração e funcionamento. Logo em seguida, criou-se a Lei

8.142/90, regulamentando a participação popular na gerência do SUS por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde (ROSA; LABATE, 2005). No ano seguinte, o governo começou a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB's), criadas com a finalidade de disciplinar e padronizar os fluxos financeiros entre as esferas de governo e de combater a propalada ineficiência das redes públicas federal, estadual e municipal.

A Lei Orgânica da Saúde² (LOS) nº8.080/90 em seu artigo 7º considera a saúde como um direito fundamental do ser humano frente ao qual o Estado deve ser responsável por viabilizar condições para a sua promoção.

Segundo Corrêa e Costa (1998) as ações e os serviços públicos de saúde, bem como os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos conforme previsto no artigo 198 da C/F de 1988.

Na verdade, tais serviços deveriam ser desenvolvidos de fato de acordo com os parâmetros estabelecidos na Constituição, porém o que vem se observando na atualidade é uma precária e distanciada tentativa de aproximação dos princípios inscritos, vez que observa-se à crescente adoção do projeto neoliberal nas mais diversas partes do mundo. Essencialmente, o neoliberalismo traz a idéia de que o Estado deve reduzir ao máximo os gastos com políticas públicas em detrimento da expansão econômica.

Aqui no Brasil, os ideais neoliberais começaram a ser adotados a partir dos anos 1990. E, seus rebatimentos na área de saúde significaram a desconstrução de boa parte daquilo que se conseguiu avançar na década anterior. Para Bravo, seguindo os princípios neoliberais, a saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 2006, p. 100).

² “A LOS é o conjunto de duas leis editadas (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8142/90). A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) enfatiza a municipalização dos serviços e ações de saúde, e a Lei nº8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Estas são leis nacionais que contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem - em seus respectivos territórios o direito à saúde para seus povos” (TEIXEIRA, 2003, p. 13).

É nesse contexto que, em agosto de 1992, ocorre a 9ª CNS. Nela, apesar de haver maior participação popular, os debates giraram em torno do não-cumprimento da LOS. Já que o governo, de forte traço neoliberal, descumpria os regulamentos expressos nas leis nº8.080/90 e 8.142/90.

No entanto, o desdobramento mais importante da 9ª CNS foi a elaboração da Norma Operacional Básica 01/93 (NOB/93), realizada às vésperas do *impeachment* de Fernando Collor e com o lema “Municipalização é o caminho”, fato que representou a base política e técnica para a nova NOB.

É nesse cenário sócio-político e econômico que, em 1994, o governo brasileiro cria o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como finalidade a reorientação a assistência a saúde.

O PSF, de acordo com o Ministério da Saúde, se expressa como uma estratégia para reorganização da atenção básica, na perspectiva da vigilância à saúde, mediante uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Este modelo não se trata de uma assistência precária para os pobres, mas sim da intenção de construir um novo modelo de assistência no país, a partir do investimento na atenção primária, na prevenção e promoção à saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade.

Sem dúvidas o fato de se ter criado um sistema baseado na perspectiva da universalização, em que toda a população passa a dispor de direito a todos os serviços de saúde oferecidos pelo setor público, inclusive ao setor antes ligado a Previdência Social, já pode ser considerado um grande avanço. Todavia, apenas isso não é suficiente para o seu pleno funcionamento, pois, são necessárias condições, que de fato, garantam a aplicabilidade dessa universalidade. Porém, verifica-se que o Estado não propiciou, na íntegra, a perspectiva da universalização, uma vez que a inclusão de diversos setores da sociedade na esfera dos serviços públicos não foi acompanhada de investimentos, mas de racionamento de gastos e precarização dos serviços.

Assim, diante dos preceitos destacados se pode evidenciar, que a saúde é uma condição básica e imprescindível ao ser humano, contudo alcançá-la em sua plenitude representa algo extremamente difícil, diante do fato de que uma parcela

significativa da população brasileira sobrevive em uma condição que se situa abaixo da linha de pobreza, justamente por não dispor de políticas públicas capazes de atender efetivamente ao nível de complexidade das suas necessidades.

E nesse contexto, encontra-se os diversos direitos que foram “assegurados” legalmente pela Constituição Federal de 1988, a exemplo da Saúde do Trabalhador, do qual detalharemos no ítem a seguir.

3 SAÚDE DO TRABALHADOR

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n. 6.229/75), na Lei n. 8.212/91 e 8.213/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na Lei Orgânica da Saúde, Lei No. 8080/90.

Buscando uma análise mais profunda podemos citar a alínea I, do artigo 22, da CF que define como prerrogativa exclusiva da União legislar sobre o Direito do Trabalho e a obrigação de organizar, manter e executar a inspeção do trabalho.

Na portaria Nº. 1339/GM em 18 de novembro de 1999, foi elencado a lista de doenças relacionadas com o trabalho do Ministério da Saúde (elaborada em cumprimento da Lei 8.080/90 - inciso VII, parágrafo 3º do artigo 6º - disposta segundo a taxonomia, nomenclatura e codificação da CID-10), citado no seu corpo: doenças infecciosas e parasitárias relacionadas com o trabalho (grupo I da cid-10), com ressalva para **Tuberculose**: exposição ocupacional ao *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch) ou *Mycobacterium bovis*, em atividades em laboratórios de biologia e atividades realizadas por pessoal de saúde, que propiciam contato direto com produtos contaminados ou com doentes

cujos exames bacteriológicos são positivos. **Brucelose:** zoonose causada pela exposição ocupacional a *Brucella melitensis*, *B. abortus*, *B. suis*, *B. canis*, etc., em atividades em abatedouros, frigoríficos, manipulação de produtos de carne; ordenha e fabricação de laticínios e atividades assemelhadas. E **Leptospirose:** exposição ocupacional a *Leptospira icterohaemorrhagiae* (e outras espécies), pelo contato direto com águas sujas, ou efetuado em locais suscetíveis de serem sujos por dejetos de animais portadores da *leptospira*; trabalhos efetuados dentro de minas, túneis, galerias, esgotos em locais subterrâneos; trabalhos em cursos d'água; trabalhos de drenagem; contato com roedores; trabalhos com animais domésticos, e com gado; preparação de alimentos de origem animal, de peixes, de laticínios, etc.

Os trabalhadores têm o direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis não condicionado à existência de vínculo trabalhista, ao caráter e natureza do trabalho. Fato este que não retira a responsabilidade da empresa pública diante dos serviços prestados por autônomos dentro de uma unidade pública. Segundo esta ótica, deveriam ser minimizadas as barreiras para a contratação e demissão de trabalhadores, bem como o ajuste de salários, em função da produtividade e das flutuações do mercado (CAMARGO, 1996; PASTORE, 1997).

O segmento pouco estruturado implica uma grande variedade de ocupações, especialmente nos setores de comércio e serviços, e também na agricultura, exercidas por trabalhadores de baixa qualificação, não sindicalizados, que disputam severamente empregos instáveis e sem perspectivas de ascensão. Sensibilizado por uma formação educacional precária, o trabalhador que ingressa muito cedo na profissão às vezes levado por uma questão familiar, até mesmo para promover a sobrevivência de sua família no acréscimo de recursos oportunos para assegurar o alimento para sobrevivência, comprometendo o seu futuro como um profissional qualificado.

Estes trabalhadores que se constituem na grande base do mercado de trabalho brasileiro apresentam-se em número bastante expressivo, superando até a quantidade de pessoas inseridas no segmento estruturado. Cabe destacarmos ainda que a grande concentração de renda se dá no grupo de 1% dos mais ricos da população, os quais se apropriam de cerca de 13% da renda nacional,

percentual semelhante ao que é apropriado pelos 50% mais pobres (ROCHA, 2008).

A industrialização e a urbanização do Centro-Sul brasileiro, no início do século XX, ao se fazerem por meio de mão de obra estrangeira, introduziram, por sua vez, as desigualdades de cunho regional no nosso nascente mercado de trabalho. Nos Estados do Nordeste, onde a estagnação econômica se instalara desde meados do século XIX, havia poucas alternativas de trabalho assalariado para ex-escravos. Nas cidades daquela região, que eram poucas e pequenas, havia apenas serviços instáveis e precários. No campo, onde vivia cerca de 90% da população, a saída era a agricultura de subsistência e o trabalho mal remunerado nas fazendas dos “coronéis”, seja como assalariados, meeiros ou parceiros.

Em 1987, o *Bureau of Labor Statistics*, dos Estados Unidos, classificou a atuação na indústria de carnes como trabalho perigoso. A maior causa de hospitalização relacionada a problemas ocupacionais são as lesões de membros superiores, e a maior taxa de hospitalização decorre de acidentes de trabalho em abatedouros (TAVOLARO, 2007). Na área de frigoríficos, a incidência de lesões por esforço repetitivo e distúrbio osteomuscular (LER/DORT) relacionado ao trabalho é muito maior do que em outras áreas da cadeia alimentícia. Tavolaro (2007) descreve problemas que podem afetar trabalhadores de abatedouros, segundo artigos publicados de 1984 a 2004. As empresas públicas ou privadas devem atender as seguintes normatizações: Norma Reguladora (NR) 06, que trata do uso de equipamentos de proteção individual (EPI); NR17 que regulariza as condições ergonômicas no trabalho; NR 15, em seu anexo 09 referente a atividades e operações insalubres. Ressaltando ainda o Artigo 253 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a Lei 6. 514 de 22 de Dezembro de 1997 que definem as condições de trabalho para atividade em câmaras frias, bem como os intervalos para descanso.

Há uma preocupação com a seguridade dos trabalhadores de um modo geral, além de toda regulamentação citada acima, o governo elaborou um documento onde propõe uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), buscando a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência

Social, Saúde e Meio Ambiente. Para fins desta Política são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego.

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares.

Segundo Campos *et al.*(2008) o principal perigo no processo de abates é o de lesão nas articulações incluindo a ele os processos degenerativos das vértebras lombar pela postura ergonômica e insalubre da função.

Quanto aos riscos, o manual de Segurança e Saúde no Trabalho em 1995 emitido pela Fiocruz, classificou-os em cinco, quais sejam: **Risco de acidente**, qualquer fator que coloque o trabalhador em situação vulnerável e possa afetar sua integridade e seu bem-estar físico e psíquico. São exemplos de risco de acidente: as máquinas e equipamentos sem proteção, probabilidade de incêndio e explosão, arranjo físico inadequado, armazenamento inadequado, etc. **Risco ergonômico**, qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. São exemplos de risco ergonômico: levantamento de peso, ritmo de trabalho excessivo, monotonia, repetitividade, postura inadequada, etc. **Risco físico**, considerados as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, calor, frio, pressão, umidade, radiações ionizantes e não-ionizantes, vibração, etc. **Risco químico**, consideram-se

agentes de risco químico as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo do trabalhador pela via respiratória, na forma de poeiras, fumos, gases, neblinas, névoas ou vapores, ou que sejam, pela natureza da atividade, de exposição, possam ter contato com o organismo ou ser absorvidos por ele através da pele ou por ingestão; e por último o **Risco biológico**, caracterizado por agentes como bactérias, vírus, fungos, parasitos, entre outros.

Podemos salientar algumas doenças de importância singular para matadouros, como a Leptospirose, por sua distribuição cosmopolita e caracterizada, que segundo Carvalho *et al.*(1985), está ligada a profissões de baixa renda, podendo ser instalada por contato com urina, sangue e órgãos infectados de animais. A Brucelose que ocorre de forma acidental para o homem, com uma alta morbidade e baixa mortalidade caracterizada por uma doença de caráter crônico, transmitida pelo contato com carcaças e vísceras de animais ou pela formação de aerossóis presentes na sala de matança (Freitas *et al.* 2001). E a Toxoplasmose classificada como zoonose que afeta homens e animais, sendo uma das doenças de maior interesse na saúde pública, cuja forma de transmissão se dá pela carcaça e vísceras contaminadas ou pela mão do operador(Tenter *et al.* 2000).

Em pesquisa realizada por Gonçalves *et al.*(2006)identificou-se que dentre 150 trabalhadores de unidades frigoríficas, 6 (4%) apresentaram positivos para leptospirose, 1 (0,66%) positivos para brucelose e 105 (70%) para toxoplasmose, concluindo que das 150pessoas 112 (74,66%) apresentaram positivas para alguns destes patógenos.

No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, média de 3.059 óbitos/ano, entre os trabalhadores formais (média de 22,9 milhões em 2002). O coeficiente médio de mortalidade, no período considerado, foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores (MPS, 2003).

A comparação deste coeficiente com o de outros países, tais como Finlândia 2,1 (2001); França de 4,4 (2000); Canadá 7,2 (2002) e Espanha 8,3 (2003), nos leva a crer que o Brasil se distâncie dos outros países na aplicabilidade da legislação vigente, vez eu de acordo com Takala (1999) o risco de morrer por acidente de trabalho no Brasil é cerca de duas a cinco vezes maior.

Segundo Pastore (1998), para cada real gasto com o pagamento de benefícios previdenciários, a sociedade paga quatro reais, incluindo gastos com saúde, horas de trabalho perdidas, reabilitação profissional, custos administrativos etc. Esse cálculo eleva a um custo total para o país de aproximadamente 33 bilhões de reais por ano.

Nesse contexto, no Brasil, nos últimos vinte anos, considerando-se apenas os casos registrados de doenças e acidentes de trabalho, com os trabalhadores segurados pela Previdência Social, houve mais de meio milhão de mortes ou incapacidade permanente para o trabalho. No total, considerando-se os acidentes de trabalho oficialmente notificados (com emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho), sem considerar os trabalhadores acidentados, que não são sob a cobertura da Consolidação das Leis do Trabalho, e apesar da conhecida subnotificação dos acidentes (Possas, 1989), nos últimos 20 (vinte) anos ocorreram em torno de trinta milhões de eventos.

4 RISCO SANITÁRIO EM PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL

Conforme Pardi *et al.* (1995), a carne é definida como sendo constituída pelos tecidos animais (via de regra o tecido muscular) utilizados como alimento. Em termos gerais, as carnes no Brasil podem ser subdivididas em carnes “vermelhas” e “brancas”, sendo as primeiras originadas principalmente do abate de bovinos, bubalinos, suínos, ovinos e caprinos; as brancas são originadas do abate de aves e peixes.

Sendo um segmento de grande importância na economia brasileira, o setor da carne bovina vem sendo desenvolvido em quase todos os municípios. De acordo com a Estatística da produção pecuária do IBGE (2011), o país tem a segunda maior produção mundial com cerca de 8,9 milhões de toneladas em equivalente carcaça. No 2º trimestre de 2011 foram abatidas 7,065 milhões de cabeças de bovinos. Já a Paraíba conta com 17950 cabeças abatidas, sendo a menor produção de animais abatidos no País.

Quanto ao tipo de inspeção, 80,1% do total de animais foram abatido sob inspeção federal, 13,3% sob estadual e 6,6% sob municipal, sendo que o volume abatido voltou a níveis do primeiro trimestre de 2006, segundo dados do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística e do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (IBGE, 2008).

Conforme dados obtidos do Balanço da Pecuária Bovídea (CNPQ, 2008) o Brasil possui uma população de 190,2 milhões de habitantes e um rebanho bovino de 191,2 milhões. Exportou US\$ 4,70 bilhões em carne bovina, segundo padrões e normas de certificações de rebanho, o que permite garantia de segurança e rastreabilidade do rebanho.

Os estabelecimentos de abate dos animais podem ser do tipo público ou privado, prevalecendo no Brasil o segundo (SILVEIRA, 1999). A indústria de carnes é composta por estabelecimento onde se procede à matança dos animais e ao preparo de carcaças e vísceras (abatedouro ou matadouro), locais de venda *in natura*, chegando até os estabelecimentos de industrialização de produtos cárneos (salsicharias ou fabricação de embutidos).

O consumo de carne de baixa qualidade pode representar riscos ao consumidor, tais como zoonoses, toxinfecções e intoxicações alimentares por microorganismos. Deve-se avaliar a importância da Inspeção Veterinária antes, durante e após o abate dos animais como condição impositiva para reduzir ao mínimo as ocorrências que influem na qualidade e na sanidade da carne (PARDI *et al.* 2001).

Em relação ao contato com carne, 57,2% das pessoas encontrava-se sob este risco, embora se saiba que é de menor magnitude, quer o contato ou a ingestão de carnes, pela menor quantidade de brucelas encontradas nos linfonodos que pode estar impregnados na musculatura, além das temperaturas elevadas que as carnes são submetidas quando utilizadas na culinária tradicional (MARTINS, 1994).

Os perigos (físico, químico e microbiológico) mais comumente encontrados são os microbiológicos, devido à contaminação por Coliformes a 45°, *Staphylococcus aureus*, bactérias mesófilas e bolores e leveduras, nesta conjuntura podemos ressaltar a contaminação por proveniente de limpeza e higienização instrumental dos utensílios comumente utilizados no processo de abate e toailete da carcaça dos animais, as mãos são o principal veículo de contaminação dos gêneros alimentícios e a utilização de luvas deve ser primordial para manipuladores de alimentos "*in natura*".

4.1 Matadouro Público

O matadouro ou abatedouro é um estabelecimento dotado de instalação adequada para a matança de quaisquer das espécies de açougue, visando o fornecimento de carne “*in natura*” ao comércio interno, com ou sem dependências para a industrialização; devendo dispor, obrigatoriamente, de instalação e aparelhagem para o aproveitamento completo e perfeito de todas as matérias-primas e preparo de subprodutos não comestíveis (BRASIL, 2008).

De acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (2003), a maior parte dos municípios brasileiros não desenvolve ações de inspeção dos produtos de origem animal, nem dispõe de condições adequadas de abate. Além dos riscos de veiculação de doenças transmissíveis por alimentos (DTA's), há risco de outros agravos relacionados com resíduos tóxicos, fármacos, anabolizantes e hormônios nos alimentos que não são detectados nas inspeções e análises comuns.

Os alimentos de origem animal consumidos pelo homem podem ser contaminados por micro-organismos patogênicos durante qualquer uma das etapas de produção, manipulação, armazenamento, distribuição e transporte, ressaltando que, além do risco atribuído ao processo de industrialização, as precárias condições físicas dos locais de abate dos animais e a falta de fiscalização da comercialização dos produtos podem afetar ainda mais a qualidade destes alimentos.

Os matadouros municipais, principalmente os de pequeno porte, em sua maioria não atendem aos requisitos mínimos de higiene ao longo do fluxograma de abate, não oferecem segurança para os manipuladores na produção e, principalmente, não garantem um alimento cárneo livre e protegido de contaminações física, química e biológica, proveniente do homem, dos animais e do meio ambiente.

Prova disso foi o ocorrido na cidade de Patos, na Paraíba, onde um defeito na serra elétrica ocasionou a morte de um rapaz de 36 anos de idade e funcionário da instituição que não pode ser socorrido pelo choque elétrico seguido de pancada em 2011 (publicado no site patosonline.com), fatos como este

confirma o descaso das prefeituras com as normas de segurança impostas aos abatedouros privados onde a manutenção dos equipamentos são mais rotineiros e promove a seguridade ao trabalhador por pertencer a uma instituição ligado ao Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), garantindo os direitos legais aos familiares.

Também em 2011 o Ministério Público notificou a cidade de São José da Tapera/AL a implementar normas regulamentadoras de saúde e segurança em seu matadouro público, onde fixou compromisso para instalação de programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO) e do programa de prevenção de riscos ambientais (PPRA). Com direito a criação de comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA), distribuindo equipamento de proteção individual (EPI), tudo isso para garantir o que a legislação trabalhista obriga nas empresas privadas do gênero.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo e natureza da pesquisa

Realizamos uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, que para Gil (1996), um trabalho é de natureza exploratória quando envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas acerca do problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Este tipo de pesquisa possui ainda, a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores.

Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um conhecimento mais aprofundado para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. Assim, “as pesquisas exploratórias, visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo” (GIL, 1996, p. 43).

Por sua vez, a pesquisa descritiva de acordo com Gil (2002), tem como objetivo a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos.

Quanto à abordagem da pesquisa, teve caráter quanti-qualitativo, visto que, considera o objeto das ciências sociais como um processo complexo, contraditório, inacabado e em constante transformação, além de focar os aspectos qualitativos, os quais consideram o sujeito social como um ser pertinente a uma determinada classe social, com suas crenças, valores e significados.

De acordo com Minayo e Sanches (1993, p.247):

[...] a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um *continuum*, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e viceversa (Minayo; Sanches, 1993, p.247).

Dessa forma, ao utilizarmos da abordagem quanti-qualitativo, podemos explicitar os passos da pesquisa e nos é dada a oportunidade de prevenir a interferência de sua subjetividade nas conclusões obtidas. Assim, podemos dizer que tal abordagem permitiu o estudo entre palavras e números.

5.2 Local da pesquisa

Foi realizada no matadouro público de Sapé, localizado na cidade de Sapé/PB, instituição pública ligada a prefeitura cedida aos trabalhadores para realizar o abate de animais domésticos (bovinos e suínos), com direito a água potável para limpeza dos animais e higiene do matadouro, médico veterinário para inspeção sanitária dos animais e administração própria com três funcionários, sendo um administrativo, um na limpeza do ambiente e outro na função de chopador ou abatedor.

O ambiente fica aberto à entrada de qualquer pessoa sem vigia ou policial constituído de duas salas de matança interligadas, uma para abate de bovinos e outra para abate de suínos, esta última com tina de água quente para limpeza da pele do suíno. Ainda possui na área externa local para limpeza de vísceras intestinal dos bovinos, comumente chamado de fataria (foto 1), com água corrente e muito dejetos fecais proveniente do conteúdo ruminal e intestinal dos animais abatidos.

5.3 Universo e amostra da pesquisa

Dentre os trabalhadores foram eleitos como sujeitos de nossa pesquisa aqueles que estavam em contato direto com agentes biológicos, tendo risco sanitário de nível moderado a alto, correspondendo a um universo de 64 trabalhadores. No entanto, nossa amostra foi realizada com 50% desses trabalhadores, totalizando 32.

Foi criterizada as funções de maior importância na sala de matança: magarefes (profissional que abate, sangra, esfolia e eviscera); auxiliares e fateiros (profissional que realiza a limpeza das vísceras). A amostra foi composta de um total de 12 magarefes (37,50%), 10 auxiliares (31,25%) e 10 fateiros (31,25%).

Para tanto, utilizamos uma amostra não probabilística, do tipo descritiva e por conveniência, sendo abordado consensualmente aqueles que gostariam de participar da pesquisa e que estavam presentes no dia da realização da entrevista.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Participaram deste estudo os trabalhadores diretos do Matadouro Público de Sapé, comprovado pelo administrador do mesmo no acompanhamento das entrevistas. Para participar da pesquisa os trabalhadores receberam esclarecimentos acerca do objetivo da mesma e em seguida assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 3).

5.5 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados utilizados no presente trabalho dividem-se em duas categorias: a pesquisa bibliográfica (livros, artigos publicados em periódicos, dissertações e teses) e a entrevista semi-estruturada, contendo perguntas objetivas e subjetivas (apêndice 2).

Referindo-se a este tipo de entrevista, Minayo (2004, p. 121), considera que:

[...] suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível às questões onde o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação.

A partir das entrevistas o pesquisador teve a possibilidade de analisar as problemáticas dos usuários, pois as informações são fornecidas de maneira espontânea, dessa forma, traduzem as representações dos trabalhadores sobre o trabalho desenvolvido no Matadouro Público de Sapé. Ressaltando ainda, que as referidas entrevistas foram desenvolvidas e aplicadas apenas por um único pesquisador.

Recorreu-se também à observações assistemáticas, “[...] que consiste em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas” (MARCONI; LAKATOS, 1996, p.81). Contudo, o pesquisador definiu previamente os aspectos que precisavam ser observados.

5.6 Procedimentos de Coleta de Dados

O processo de coleta de dados foi realizado através das seguintes etapas: a fase inicial do trabalho centrada na pesquisa bibliográfica. Na pesquisa foram elencadas categorias de análise: saúde do trabalhador, matadouro público, zoonoses, assim delimitando o campo principal de nossa investigação. Os locais apropriados para essa pesquisa são: bibliotecas, núcleos de pesquisa e internet, através de sites científicos de busca como: wikipedia; bibliotecas digitais (CAPES, SCIELO, biblioteca digital brasileira de teses e dissertações (BDTD), entre outras).

A segunda parte foi realizada através da entrevista semi-estruturada. Para tanto, foi elencado um dia de grande ocorrência de abates (sexta-feira), com duração de cerca de 15 minutos para cada entrevista, que foi aplicada na sala de matança durante a execução do trabalho rotineiro.

5.7 Análise e discussão dos dados coletados

Miles e Huberman, (1984) recomendam que a análise de dados qualitativos se ampare em representações visuais, como gráficos ou esquemas, em lugar de modos narrativos. Tendo em vista esta categorização buscamos elencar métodos de análise visuais como fotos para assegurar o melhor entendimento dos resultados e promover uma rapidez nas análises deles.

Neste contexto, este estudo possui um caráter quanti-qualitativo, pois além da quantificação dos dados de identificação, enfatizou risco ocupacional dos trabalhadores do matadouro e o impacto deste na vida e cotidiano. Na abordagem quantitativa, através de tabelas e gráficos para a demonstração dos dados coletados. Com relação à abordagem qualitativa, utilizamos para a análise das respostas obtidas na entrevista semi-estrutura com apoio da visualização dos itens necessários para execução de sua função, as respostas foram anotadas e tabuladas, gerando os resultados desta pesquisa.

5.8 Aspectos éticos

O presente estudo foi desenvolvido de forma a proteger a privacidade dos indivíduos, garantindo a participação anônima e voluntária. Para tanto, obedeceu às normas, diretrizes e os critérios definidos na Resolução Lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no país. Dessa forma, a observação dos procedimentos éticos na pesquisa envolve os seguintes princípios: consentimento livre e esclarecido dos indivíduos (respeitando à dignidade da pessoa humana); beneficência (ponderação entre riscos e benefícios); não maleficência (garantindo que danos previsíveis serão evitados); e justiça e equidade (demonstrando a relevância social da pesquisa e garantias iguais aos participantes da mesma).

6 ANÁLISES E DISCUSSÕES DOS DADOS DA PESQUISA

Foram entrevistados 32 trabalhadores do Matadouro Público de Sapé, o que corresponde a 50% do valor total do número de pessoas que exercem atividade direta nas instalações do setor, ainda existindo um número de pessoas que vive indiretamente dos abates e sub-produtos lá produzidos.

Portanto, os resultados da pesquisa quanto aos dados de identificação conformaram-se da seguinte forma: 78,12% (25/32) são do sexo masculino e 21,88% (7/32) do feminino. A faixa etária desses trabalhadores está entre 18 e 64 anos, onde a maioria, correspondendo a 40,63% (13/32) está na faixa etária de 41 a 50 anos, seguido pela faixa de 21 a 30 anos com 21,88% (7/32), seguindo a tendência familiar tendo algum parente presente ou mesmo familiar direto (pai ou mãe), como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 Perfil da amostra conforme gênero e faixa etária

Parâmetros	Variáveis	Número	%
Sexo	Masculino	25	78,12
	Feminino	7	21,88
Faixa Etária	Até 20	1	3,13
	21-30	7	21,88
	31-40	5	15,63
	41-50	13	40,63
	Acima 51	6	18,75

Fonte Primária de pesquisa realizada no Matadouro Público de Sapé/PB, 2012.

Com relação ao grau de escolaridade verifica-se que os trabalhadores entrevistados possuem baixo nível de escolaridade, em que 59,4% (19/32) são analfabetos e 40,6% (13/32) são alfabetizados. Tal fato, decorre da verificação de que a grande maioria trabalha desde cedo na instituição, seguindo os passos da família, caracterizado por tradição local.

Evidencia-se na Tabela 2, a descrição da amostra conforme variáveis de renda econômica e tempo de trabalho na instituição, em que se observa que a maioria dos trabalhadores possuem renda familiar abaixo de um salário mínimo e até 2 salários mínimos no máximo.

Tabela 2 Descrição da amostra conforme variáveis de renda econômica

Parâmetros	Variáveis	Número	%
Renda Familiar Mensal	1/2 Salário Mínimo	15	46,87
	1 Salário Mínimo	12	37,50
	2 Salários Mínimos	5	15,62
Tempo de Trabalho na Instituição Pública	Menos de 1 ano	2	6,25
	2 a 5 anos	2	6,25
	6 a 10 anos	1	3,12
	Acima de 11 anos	27	84,37

Fonte Primária de pesquisa realizada no Matadouro Público de Sapé/PB, 2012.

Dos trabalhadores entrevistados, 84% (27/32) trabalham a mais de 11 anos na unidade, o que pode inferir que a condição de renda imposta ao trabalho no matadouro não possibilita a melhoria na condição de renda dos trabalhadores, tratando-se apenas de um mecanismo de sobrevivência para o grupo familiar (tabela 2).

Tendo em vista a constatação da renda tão baixa, foi perguntado a respeito da família ser beneficiária de algum programa de assistência social do governo e na maioria dos casos, ou seja, 59,38% (19/32) não recebe nenhum tipo de benefício; outros 34,38% (11/32) recebe do programa bolsa família; 3,13% (1/32) recebe Benefício de Prestação Continuada; enquanto 3,13% (1/32) recebe do programa da pesca.

Com renda tão baixa e escolaridade precária leva-os ao desconhecimento com relação aos cuidados com a sua saúde e diminuição dos riscos ocupacionais, sendo necessários diagnósticos suplementares para confirmar a real prevalência de doenças na população estudada.

A quantidade de trabalhadores acima de 60 anos não aposentados mostra que não há o recolhimento da previdência social como autônomo e a aposentadoria só é apresentada quando atinge a idade mínima de 80 anos sem contribuição.

Segundo a Norma regulamentadora (NR) nº 07, os Exames Médicos Periódicos são realizados respeitando-se a periodicidade especificada, isto é, anualmente para servidores menores de 18 e maiores de 45 anos de idade; bianualmente para servidores maiores de 18 e menores de 45 anos de idade e intervalos menores: a critério do Médico Examinador e/ou Coordenador.

Mediante os resultados, constatamos que não ocorre o cumprimento da norma, vez que 53% dos trabalhadores entrevistados não tem periodicidade em ir ao médico, mesmo estando sujeito a risco biológico constante. Em empresa privada a exigência admissional e demissional, bem como o seguimento da legislação leva a um grau de proteção maior ao funcionário com carteira assinada, no entanto, como a ligação do trabalhador com a unidade pública não caracteriza vínculo trabalhista promove uma desregulamentação da legislação e a falta de segurança trabalhista. O desconhecimento dos riscos exposto e a falta de assistência médica aumentam a possibilidade na elevação dos números de acidentes e agravos ocasionados pela função exercida.

Tabela 3 Descrição da amostra conforme variáveis de visita ao médico

Parâmetros	Variáveis	Número	%
Visita ao Médico	Menos 1 ano	15	46,87
	1 a 4 anos	4	12,50
	5 a 10 anos	8	25,00
	Acima de 11 anos	5	15,63

Fonte Primária de pesquisa realizada no Matadouro Público de Sapé/PB, 2012.

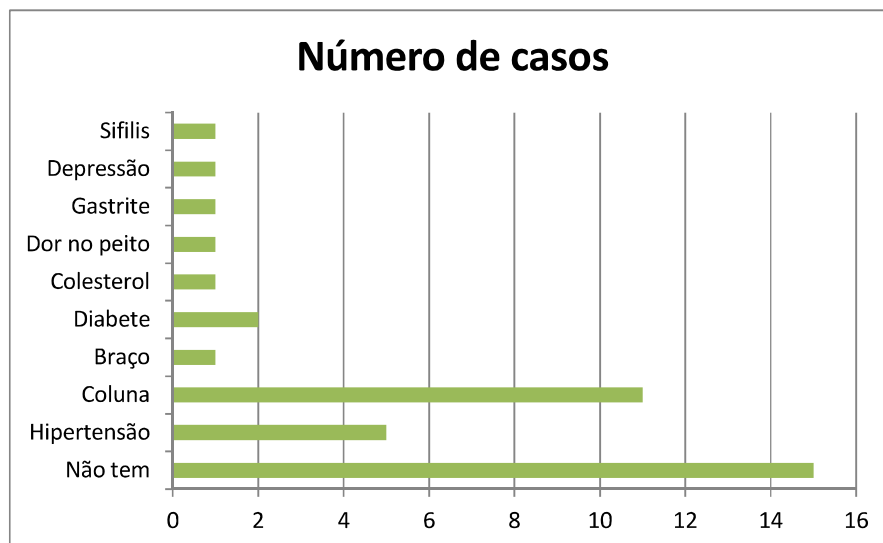
Tais problemáticas são agravadas ao fato de não existir fiscalização trabalhista na unidade pública estudada, fato que concorre para o descaso completo da realidade funcional dos trabalhadores, onde a maioria não contribui para a Previdência Social, não realizam exames periódicos e encontramos muitos

agravos na condição sanitária por queixas relatadas pelos próprios trabalhadores (Gráfico 1).

Segundo Henzel *et al.*(2009) enquanto outros matadouros estão não só preocupados com seu trabalhadores, mas identificando medidas em que se possibilite a implantação de um Programa de Gestão Ambiental (PGA), assegurando não só qualidade dos produtos comercializados, mas evidenciando a preocupação com as condições ambientais para novas gerações, os matadouros públicos encontram-se na contramão deste fluxo, ainda não poluem consideravelmente o meio ambiente, mas oferecem o descaso com seus trabalhadores.

Dos trabalhadores entrevistados 46% (15/32) não relatam nenhum tipo de queixa relacionada a saúde, não buscam consulta médica e apenas iriam a um hospital em caso de urgência ou acidente, porém, 37,50% (12/32) deles reclamam de dores na coluna e braço, o que compromete o risco ergonômico por trabalho pesado e de mal postura para exercer sua função, que é agachado e com sobrecarga de peso constante. Além disso, foi descoberto uma pessoa que faz uso de medicação psicoativa, sendo a mesma tratada e acompanhada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da mesma cidade e uma trabalhadora revelou está com sífilis por contágio na unidade hospitalar do município no período de seu parto.

Gráfico 1 Queixas relatadas pelos trabalhadores entrevistados

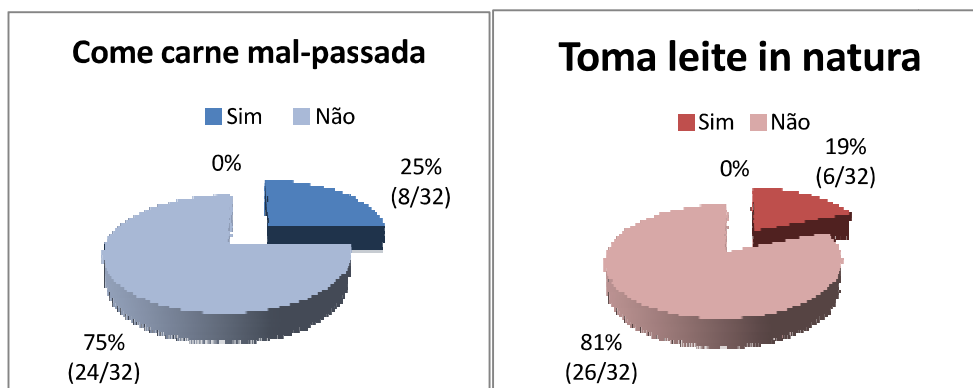


Fonte: Primária de pesquisa realizada no Matadouro Público de Sapé/PB, abril/2012.

Quanto ao hábito alimentar dos trabalhadores (Gráfico 2) todos relataram que lavam as mãos antes de se alimentar e sempre lavam as facas após o uso dentro da instituição, no entanto, a partir de nossas observações percebemos que muitos se alimentam dentro da unidade sem lavar as mãos e utilizam as facas em bainha de couro com limpeza comprometida, sendo contrário aos pressupostos da norma técnica, em que as facas devem ser utilizadas com esterilização em água quente de caldeira com mínimo de 85°C por um tempo mínimo de 3 minutos.

Os trabalhadores do matadouro tem o hábito de alimentar-se de carne mal passada, evidenciado por 25% (8/32) dos entrevistados, fato que corrobora ao risco de contaminação com *toxoplasma sp.* Outros 19% (6/32) afirmaram ter o hábito de beber leite in natura, o qual oferece um risco de contaminação de *brucela sp.* Devemos ressaltar a possível existência destas duas zoonoses dentro de matadouros, agravado por ser uma área de caráter endêmico para estas duas doenças, o risco nestes indivíduos torna-se de duas vias de transmissão, comprometendo a saúde dos trabalhadores e qualidade dos alimentos que são provenientes da unidade em estudo.

Gráfico 2 Hábito alimentar dos trabalhadores entrevistados

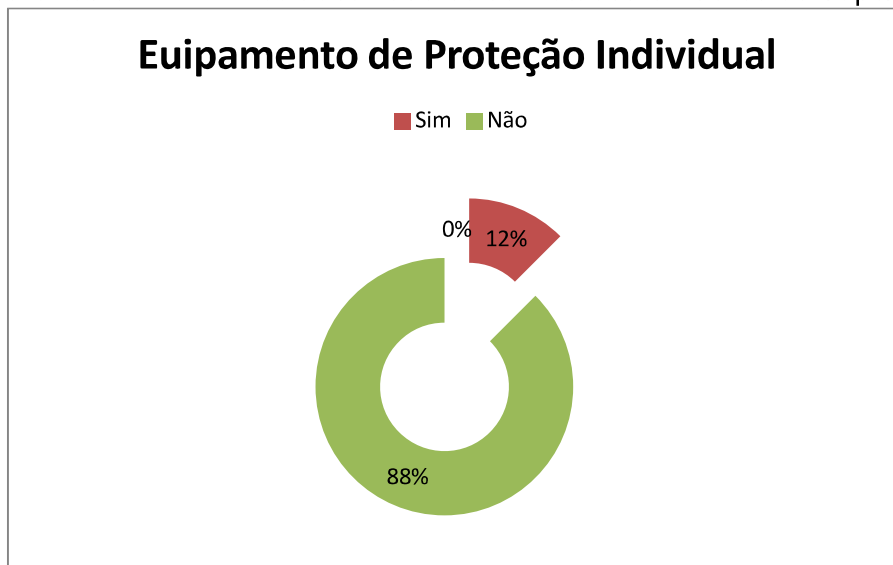


Fonte Primária de pesquisa realizada no Matadouro Público de Sapé/PB, 2012.

Quanto a segurança no trabalho, apenas 12,5% (4/32) faziam uso de algum Equipamento de Proteção Individual (EPI), sendo mais utilizado botas de borracha e avental, nenhum deles utilizava luvas de borracha e a grande maioria estava sem nenhum tipo de sapato (Gráfico 3). A grande quantidade de sangue no chão e as demais sujidades como bile, fezes, urina, coloca em risco direto todas as pessoas que circulam dentro da sala de matança sem a devida proteção necessária, a grande maioria utiliza calçados abertos e após estar em contato com o ambiente externo entram diretamente em contato com a sala de matança, até mesmo os carregadores não utilizam botas de segurança, contudo não foram alvo de nossa pesquisa.

A leptospirose bovina é endêmica no Brasil e muito freqüente no rebanho bovino (LILENBAUM, 1995 e MOREIRA, 1994). Praticamente, todos os rebanhos pesquisados possuíam ao menos um integrante soropositivo, indicando que já tiveram contato com a *Leptospira sp.* (HOMEM, 2001). Neste contexto, podemos concluir que com sorologia positiva em outras localidades, o devido estudo deve caminhar para realização de soroprevalência dos trabalhadores do matadouro público para em novo estudo mostrar o risco e possivelmente confirmar o motivo para tanta preocupação com os cidadãos ligados a unidades de abate.

Não sendo ainda a única preocupação, vez que existe o fato de estarem expostos a riscos biológicos, colocando também a segurança do alimento que chega a população, tornando não só um problema de ordem local, mas questão de saúde pública.

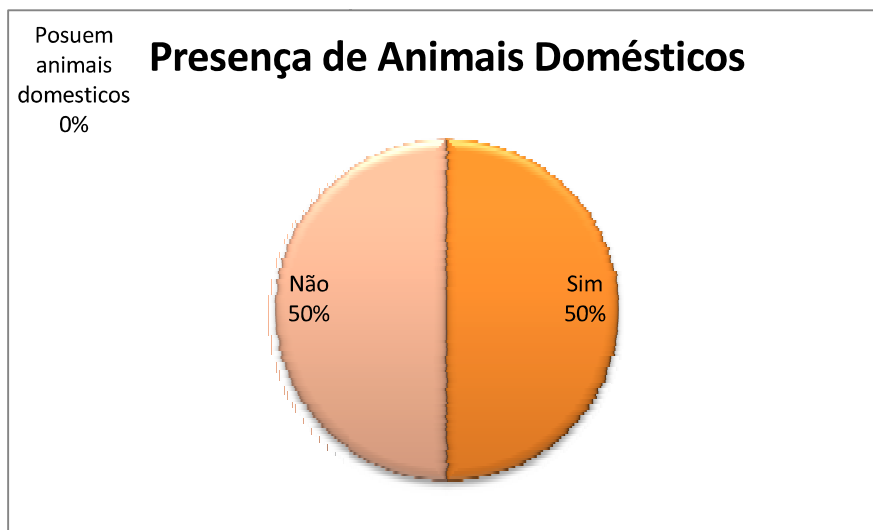
Gráfico 3 EPI nos trabalhadores do Matadouro Público de Sapé/PB

Fonte Primária de pesquisa realizada no Matadouro Público de Sapé/PB, 2012.

A falta de EPI foi justificada pela direção da instituição por uma questão cultural de população na sua utilização e apesar de doado aos trabalhadores não é utilizado, bem como, as vezes é vendido para gerar renda. Portanto a comprovação de risco foi feita pela observação direta (foto 2), onde aparece a falta completa de EPI e exposição direta por contato com material ruminal com as mãos e os pés do trabalhador da área de fateria, esta relação intrínseca de material com potencial contaminante e trabalhador, foi evidenciado em muitos momentos como na sangria do animal, na esfola e na evisceração, além do fato de utilizar faca afiada, podendo provocar lesão cortante e contaminação da carcaça pelo trabalhador.

Para finalizar foi indagado acerca da existência de animal doméstico na residência dos trabalhadores e obtivemos o seguinte resultado: 50% possuíam algum animal, sendo o mais comum cão e gato, mas foi relatado entre eles cavalo e galinha e uma usuário levava seus cães ao matadouro para alimentá-lo com os restos da matança e gostava dele sempre perto para não ter que alimentá-lo em casa (Gráfico 4).

Gráfico 4 Presença de Animais Domésticos, segundo os trabalhadores entrevistados.



Fonte: Primária de pesquisa realizada no Matadouro Público de Sapé/PB.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo revelaram que a realidade encontrada no matadouro público de Sapé e sua conjuntura social e sanitária é perpassada por péssimas condições de trabalho e de vida dos trabalhadores.

Lembrando que mesmo na contramão da política de privatizações que afeta ao setor, tendo em vista que mais de 80% dos matadouros já são particulares, as cidades do interior e principalmente na Paraíba estes são lotados na esfera pública(LEITE, 2009).

O custo em manter uma unidade de abate provavelmente não oferece lucro e passa a ter a finalidade de albergar famílias que lutam pela sobrevivência no mundo capitalista e desigual de oportunidades, fundamentalmente pelo fato de que os trabalhadores entrevistados apresentam baixo nível de instrução/escolaridade, somado a salários baixos, não oferecendo sustento satisfatório para o atendimento das necessidades básicas dos mesmos e de sua família.

A perspectiva de melhoria das condições humanas nestas instituições não traz certeza de dias melhores, sob a cruel evidência de “fechamento” por não cumprir as normas de segurança e proteção dos trabalhadores, além da demanda

dos consumidores que se tornam mais exigentes para com o alimento que colocam a mesa de suas famílias.

No que refere-se às responsabilidades de melhorias físicas, o seu não cumprimento é justificado por promessas políticas e de entraves jurídicos, que por outro lado, provoca medo dos trabalhadores de verem a sua única possibilidade de fonte de renda e sustento necessário para manutenção da família, ser fechado.

De todas as histórias escutadas no matadouro ao longo do percurso da pesquisa, com evidências de fatos lastimosos, fica o relato de seu Josemar Costa Moura (epígrafe deste trabalho), onde assegura a tese constatada no referido trabalho, de que o magarefe de nada possui, a não ser a camisa que lhe veste e mesmo assim a cada animal abatido, menos se soma aos poucos recursos que têm. Fato evidenciado com os resultados da pesquisa, pois quem mais trabalha e padece nos riscos ocupacionais da função continua sendo mal remunerado e pouco reconhecido pela sociedade.

Na contramão de todas as abordagens vimos poucos jovens no labor “pesado” da função de fiteiro e magarefe, na eminência de presenciar uma profissão dos rejeitados e dos corajosos, que sonham em ter seu lugar reconhecido e ter assegurado seus direitos constitucionais e trabalhistas para garantir a continuidade de uma função que exerce fundamental importância para manutenção da base alimentar da comunidade de Sapé e de outras cidades do interior paraibano.

Trata-se de um retrato fiel do matadouro público de Sapé e a realidade de dezenas de trabalhadores autônomos que carecem de conhecimento e ignoram os perigos a que são expostos todos os dias na sua jornada de trabalho.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **O direito à saúde no Brasil**: sobre como chegamos ao sistema de único de saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. (Org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARROS, Elizabeth. Ministério da Saúde. NESP - Núcleo de Estudos em Saúde Pública. **Incentivando a participação popular e controle**. SL, 1993.

BETTIOL, Líria Maria. **Saúde e participação popular em questão**: o Programa Saúde da Família. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília, 1988.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico e Manejo das Doenças Relacionadas com o Trabalho**: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde – OPS. Portaria N°. 1339/GM em 18 de novembro de 1999.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guias para o gerenciamento dos riscos sanitários em alimentos**. Rio de Janeiro: Área de Vigilância Sanitária, Prevenção e Controle de Doenças - OPAS/OMS, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Orgânica da Saúde de nº. 8080/90 e Lei complementar de nº. 8142/90**. 2 ed. MS – Assessoria de Comunicação Social. Brasília, 1991.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Panorâmico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Relatório da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**, Brasília. 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete; (et al) orgs. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Políticas Sociais, Setoriais e por segmento**. As políticas brasileiras de seguridade social. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 3- Brasília; UnB. Centro de Educação Aberta Continuada a Distância, 2000. ISBN: 85-86290-22-X.

_____. **A Política de Saúde no Brasil**: trajetória histórica. In: capacitação para conselheiros de saúde. Textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEX/NAPE, 2001.

CAMARGO, J. M. A. G. de. **Flexibilidade e Produtividade no Mercado de Trabalho Brasileiro**. In: CAMARGO, José Márcio Antônio Guimarães de (Org.). *Flexibilidade do Mercado de Trabalho no Brasil*, Rio de Janeiro: FGV, 1996.

CAMPOS, R.D.; SEO, E.M. **Adaptação da ferramenta do Sistema de qualidade:** Análise de perigos e pontos críticos de controle para gerenciamento de perigos relacionados à saúde e segurança do trabalho e meio ambiente. **Associação Brasileira dos Produtores e Exportadores de Frangos.** São Paulo. Disponível em: <<http://www.ABEF.com.br/>>. Acesso em: 04 novembro 2008.

CARNEIRO, Thaísa Simplício; VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal. **Só se faz Saúde da Família com médico e enfermeiro?** Considerações sobre a composição da equipes básicas. Trabalho apresentado na 19ª Conferência Mundial de Serviço Social. 16 à 19 de ago. de 2008. Salvador-BA, Brasil.

CARVALHO, A.C.F.B.; ÁVILA, F.A. & GÍRIO, R.J.S. **Infecção leptospírica em manipuladores de carne na região de Ribeirão Preto, São Paulo.** Arq. vet., 1:77-81, 1985.

COHN, Amélia (org), NUNES, Edison, JACOBI, Pedro et al. **A Saúde como direito e como serviço.** 3ª ed - São Paulo: Cortez, 2002.

CONCHA-BARRIENTOS, M., DRISCOLL, D. I. T., STEENLAND, N. K. L. P., FINGERHUT, M. A., PRÜSS-ÜSTÜN, A., LEIGH, J., TAK S. and CORVALAN, C. **Comparative Quantification of Health Risks,** Chapter 21. Selected occupational risk factors. 2005, p-1652-1801, 2005.

CORRÊA, Ana Lair, COSTA, Ironi Catarina da. **Práticas do Serviço Social na Área de Saúde.** In: Práticas do Serviço Social. Porto Alegre: DA Casa, 1998.

DALLARI, Sueli Godolfi. **A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde:** Aspectos legais do SUS. In: Capacitação para conselheiros de saúde, 1998.

FREITAS, J.A.; GALINDO, G.A.R.; SANTOS, E.J.C.; SARRAF, K.A. & OLIVEIRA, J.P. **Risco de brucelose zoonótica associado a suínos de abate clandestino.** Rev. Saúde públ. (S. Paulo), 35: 101-102, 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 4º ed. São Paulo: Atlas, 1996.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, D.D.; TELES, P.S.; REIS, C.R.; LOPES, F.M.R.; FREIRE, R.L.; NAVARRO, I.T.; ALVES, L.A.; MULLER, E.E. & FREITAS, J.C. **Seroepidemiology and occupational and environmental variables for leptospirosis, brucellosis and toxoplasmosis in slaughterhouse workers in the Paraná State, Brazil.** Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, 48 (3):135-140, 2006.

HENZEL, M. E.; SILVEIRA, D. D. da. **Análise de resíduos como mecanismo de auxílio à redução de impactos ambientais:** um estudo de caso em abatedouro. 2009.

HOMEM, V. S. F., HEINEMANN, M. B., MORAES, Z. M., VASCONCELLOS, S. A., FERREIRA, F. e NETO, J. S. F. **Estudo epidemiológico da leptospirose bovina e humana na Amazônia oriental brasileira.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 34: 173-180, mar-abr, 2001.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores agropecuários.** Brasil, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/agropecuaria/producaoagrop/producaoagrop/abate-leite-couro-ovos_200803comentarios.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2009

LEITE, A.I.; QUEIROZ, A.R.A. de.; MOREIRA, J.O.; BATISTA, J.S. et al. **Condições físicas e higiênico-sanitárias dos matadouros municipais da região oeste do Rio Grande do Norte, Brasil** *Arq. Inst. Biol.*, São Paulo, v.76, n.3, p.335-340, jul./set., 2009

LILENBAUM W., SANTOS M.R.C., BARBOSA A.A.V.. **Leptospirose em reprodução animal: II.** Bovinos do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Revista Brasileira de Ciência Veterinária 2:1-6, 1995.

MACHADO, J. M. H. **Violência no Trabalho e na Cidade - Epidemiologia da Mortalidade por Acidente de Trabalho registrada no Município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988**, Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 1991.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3º ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINS, M.V.F.A. **Brucella e os produtos alimentares de origem animal.** Veterinária Técnica, n.2, p.20-23, 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça (org). **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.** In: Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 1994.

MILES, M. B. & HUBERMAN, A. M. **Qualitative Data Analysis: A sourcebook of new methods.** Beverly Hills, Sage Publ., 1984.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 21ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

_____. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

_____. & SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, v. 9, n. 3, p.239-262, 1993.

MOREIRA E.C. **Avaliação de métodos para erradicação de leptospiroses em bovinos leiteiros**. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 1994.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2005.

NUNES, Edneide de Oliveira; SANTOS, Adriane Isabel da Silva. **O Público e o Privado na Política de Saúde**. In: MENDONÇA, Ana Maria Ávila; ARAÚJO, Josimeire de Omena (Orgs.). **O Público e o Privado**. Maceió: UFAL/PROEST, 2003.

PARDI, M. C. [et al]. **Ciência, higiene e tecnologia da carne**. Goiânia: EDUFF-EFG. 1995.

PARDI, M.C.; SANTOS, I.F.; SOUZA, E.R. et al. **Ciência, higiene e tecnologia da carne**. 2.ed. Goiânia: Centro Editoriale Gráfico Universidade de Goiás, 2001. 623p.

PASTORE, J. **A agonia do emprego**. São Paulo, LTr Editora, 1997.

_____. **O desemprego tem cura?** São Paulo: Makron Books do Brasil Editora. 1998.

POSSAS, C. A. **Saúde e Trabalho - A Crise da Previdência Social**, São Paulo: Hucitec. 1989

RAMOS, T. R. R.; JÚNIOR, J. W. P.; SOBRINHO, P. A. M.; SANTANA, V. L. de A.; GUERRA, N. R.; [MELO, L. E. H.](#); [MOTA, R. A.](#); **Epidemiological Aspects of an Infection by Brucella abortus in Risk Occupational Groups in the Microregion of Araguaína, Tocantins**. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 12, p. 133-138, 2008.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil**. Afinal, do que se trata? 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

ROCHA, S. F. **Gestão da municipalização da saúde em João Pessoa: um processo inacabado**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, 2005.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência**. Disponível em:

<www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 08 de setembro de 2009.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.708p.

SANTOS, N. R. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos**. In: Revista Saúde em debate, Rio de Janeiro, nº 81, jn/abr de 2009.

SILVEIRA, D. D. da. **Modelo para seleção de sistemas de tratamento de efluentes de indústria de carnes**. 1999. 286f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 1999. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/2964.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2007.

TAKALA, JUKKA. **Global Estimates of Fatal Occupational Accidents**. Epidemiology, Vol. 10, No. 5, September, 1999.

TAVOLARO, P.; PEREIRA, I. M. T. B.; PELICIONI, M. C. F.; OLIVEIRA, C. A. F. de. **Empowerment como forma de prevenção de problemas de saúde em trabalhadores de abatedouros**. Rev. Saúde Pública v.41 n.2 SãoPauloabr.2007.

TEIXEIRA, Carmem. **SUS e a Vigilância em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo, jaruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003. 60p: il – (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde).

TENTER, A.M.; HECKEROTH, A.R. & WEISS, L.M. - **Toxoplasma gondii: from animals to humans**. Int. J. Parasit., 30: 1217-1258, 2000.

APÊNDICE 1**QUESTINÁRIO APLICADO AO MATADOURO PÚBLICO DE SAPÉ**

Data: ___/___/___ ESTADO: ___

Tipo do Abate: () Aéreo () Chão () Misto

1. Fonte de água do Matadouro:
() Caixa de água () Comp. de Água e esgotos () Poço () Misto
2. Destino do lixo: coleta pública () depositado em terreno baldio ()
3. O lixo é armazenado em: saco de lixo () lata aberta()
4. Observa presença de roedores na área do matadouro? () Sim () Não
5. Qual a freqüência de detetizaçãodo Matadouro?
() Mensal () Trimestral () Semestral () Anual
6. Qual a procedência dos animais do Matadouro?

7. Quantos Magarefes trabalham na sala de matança? _____
8. Quantas Fateiras utilizam o Matadouro? _____
9. Quantos Funcionários da prefeitura? _____
10. Quantos Auxiliares trabalham no matadouro? _____
11. Quantos transportadores de carcaça trabalham? _____
12. Quantos trabalham com couro e sub-produtos não citados? _____
13. Quantos animais são abatidos por mês? _____
14. Observações: _____

APÊNDICE 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa "**PERFIL SOCIAL E RISCO OCUPACIONAL DOS TRABALHADORES DO MATADOURO PÚBLICO DE SAPÉ/PB**".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho Perfil Social e Sanitário dos Usuários do Matadouro Público de Sapé terá como objetivo geral: Avaliar e Analisar as condições sociais e sanitárias dos usuários do Matadouro Público de Sapé.

Ao voluntário só caberá a autorização para Entrevista Estruturada e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 30457557, (083) 8815-0888 com Alecsonia Pereira Araújo.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Domingos Fernandes Lugo Neto

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa

APÊNDICE 4

Foto 1 – Área externa de fateria.



Foto 2 – Exposição a Risco Biológico sem uso de EPI.

