

# SUBSÍDIOS PARA DIRETRIZES

PARA ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE DOS TRABALHADORES E  
TRABALHADORAS DA FUMICULTURA





# SUBSÍDIOS PARA DIRETRIZES

PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES  
E TRABALHADORAS DA FUMICULTURA

## **Ministério da Saúde**

### **Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz**

#### **Presidente**

Nísia Trindade Lima

#### **Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP**

Marco Menezes

#### **Coordenador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – Cesteh/ENSP**

Luiz Claudio Meirelles

#### **Coordenadora do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde – Cetab/ENSP**

Silvana Rubano Turci

#### **Projeto Desenvolvimento de Estratégias para a Vigilância da Saúde de Trabalhadores da Fumicultura**

##### **Coordenador**

Marcelo Moreno dos Reis

Este documento foi produzido com apoio financeiro da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador, do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), por meio da Carta-Acordo n. SCON2019-00106.

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde

# SUBSÍDIOS PARA DIRETRIZES

PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES  
E TRABALHADORAS DA FUMICULTURA

Rio de Janeiro – RJ  
2022



© 2022 Fundação Oswaldo Cruz

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

*Coordenação técnica geral*  
Marcelo Moreno dos Reis

*Elaboração de texto e organização*  
Marcelo Moreno dos Reis  
Alfredo Assunção Matos  
Valéria Santos Pinto da Silva  
Dayana Pimentel da Silva  
Maria Claudia Franco  
Tahyna da Rosa Silva

*Revisão técnica*  
Adriana Skamvetsakis  
Neice Müller Xavier Faria

*Colaboração*  
Akemi Kamimura  
Alexandre Octavio  
Alci Léia Dalmônico Padilha  
Ana Paula Natividade de Oliveira  
Anne Caroline Luz Grudtner da Silva  
Aureni Desplanches  
Carmen Maria Raymundo  
Diogo Alves  
Erica Cavalcanti Rangel  
Fátima Cristina Rangel Sant'Anna  
Giselle Goulart de Oliveira Matos  
Guillierme Chervenski Figueira  
Janyne Araújo  
Jaqueline Camargo  
Luciana Nussbaumer  
Mariana Pinho

Nadja Fernanda de Andrade Franco  
Nathalie Alves Agripino  
Olga Rios  
Priscila Campos Bueno  
Rafael Junqueira Buralli  
Renato Maciel Dantas  
Rita Surita  
Silvana Rubano Turci  
Silvia Mara Woiciechowski  
Tânia Cavalcante  
Ubirani Otero  
Valéria Rocha Pedro  
Vania Mara Moreira dos Santos  
Vilmar Sergiki  
Virginia Dapper  
Yumie Murakami

*Copidesque e revisão*  
Christiane Abbade  
Maria Auxiliadora Nogueira  
Simone Teles  
Sonia Kritz

*Projeto gráfico*  
Daniela Knorr

*Ilustrações*  
Christian Monnerat  
• Logo do Conselho tutelar (pág.22)  
Matheus Pereira FB, CC BY-SA 4.0,  
via Wikimedia Commons

#### **Catálogo na fonte**

Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

F981s Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde. Subsídios para diretrizes para atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura / Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde. — Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, ENSP, CETAB, 2022. 82 p. : il. color.

ISBN: 978-65-89501-11-4

1. Indústria do Tabaco. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Tabaco – efeitos adversos. 4. Trabalho Infantil. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Vigilância em Saúde Pública. 7. Promoção da Saúde. 8. Transtornos Mentais. 9. Envenenamento – epidemiologia. 10. Doenças Profissionais. 11. Fumicultura. I. Título.

CDD - 23.ed. - 363.11

#### **Agradecimentos:**

Agradecemos a colaboração das equipes da atenção básica dos municípios de Arapiraca/AL, Rio do Oeste/SC, Santa Cruz do Sul/RS, Candelária/RS e Palmeira/PR; do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Blumenau/SC; do Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná; do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Palmeira/PR; da 3ª Regional de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná; da Unidade Municipal de Saúde do Trabalhador de Santa Cruz do Sul; da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT/DSASTE/SVS/MS); da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

# SUMÁRIO

## Apresentação 11

## 1. Introdução 19

- 1.1 Fumicultura no mundo e no Brasil 19
- 1.2 Ambientes e processos de trabalho e sua relação com a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras 20
- 1.3 Trabalho infantil na fumicultura 22
- 1.4 Principais doenças relacionadas ao trabalho na fumicultura 25

## 2. Atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura 33

- 2.1 Organização da rede de atenção para os trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura 34
  - 2.1.1 Atenção Primária à Saúde 36
  - 2.1.2 Média e alta complexidade 40
  - 2.1.3 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) 41
  - 2.1.4 Manejo dos agravos e doenças relacionadas à fumicultura na APS 42
- 2.2 Vigilância em saúde 42
  - 2.2.1 Vigilância em saúde dos agravos e doenças relacionados ao trabalho na fumicultura 44
  - 2.2.2 Vigilância em saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura 47
  - 2.2.3 Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) em áreas cultivadas com tabaco 49
- 2.3 Promoção da saúde 50

## Referências 53

## Apêndices 61

- Doença da folha verde do tabaco (DFVT) 63
- Transtornos mentais e comportamentais relacionados à fumicultura 68

## LISTA DE SIGLAS

---

Afubra	Associação dos Fumicultores do Brasil
APS	Atenção Primária à Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
Cerest	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	Classificação Nacional da Atividade Econômica
CQCT-OMS	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde
DFVT	Doença da Folha Verde do Tabaco
Dort	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
eAB	Equipe de Atenção Básica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MPT	Ministério Público do Trabalho
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
RAS	Rede de Atenção em Saúde
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIP	Piores Formas de Trabalho Infantil
TMRT	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
TPM	Transtornos Psiquiátricos Menores
UBS	Unidade Básica de Saúde
UV	Ultravioleta
VIGIAR	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos
Visat	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VSA	Vigilância em Saúde Ambiental
VSPEA	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos



## LISTA DE QUADROS

---

Quadro 1 - Acidentes de trabalho, incluindo os graves e fatais, envolvendo crianças, adolescentes, adultos e idosos .....	26
Quadro 2 - Câncer de pele .....	27
Quadro 3 - Doença da folha verde do tabaco (DFVT).....	28
Quadro 4 - Intoxicação exógena por agrotóxicos .....	29
Quadro 5 - Lesões por esforços repetitivos (LER) / Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort).....	31
Quadro 6 - Principais transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho na fumicultura .....	32
Quadro 7 - Atribuições dos serviços de média e alta complexidade direcionadas aos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura.....	40
Quadro 8 - Definições das vigilâncias segundo a Política Nacional de Vigilância em Saúde .....	44
Quadro 9 - Descrição da ocupação e atividade econômica que deverá ser utilizada nas notificações de agravos doenças relacionadas à fumicultura .....	46



# APRESENTAÇÃO

No mundo, aproximadamente 1,1 bilhão de pessoas consomem produtos do tabaco em todas as suas formas: fumado, aspirado ou mascado. Três países são responsáveis por plantar mais de 60% da matéria prima para a fabricação desses produtos, entre os quais o Brasil que atende a mais de 11% dessa gigantesca demanda global. Aproximadamente 140 mil famílias brasileiras estão envolvidas na produção de folhas de fumo, a maior parte na Região Sul do País. A publicação *Subsídios para Diretrizes para Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Fumicultura* elaborada pelo Centro de Estudos Sobre Tabaco e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Cetab/ENSP/Fiocruz) visa apoiar profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde e ampliar a articulação da Rede de Atenção à Saúde na oferta de atenção integral e efetiva para os principais problemas de saúde de famílias produtoras de fumo. Foi elaborada com apoio técnico e financeiro da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador, do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGSAT/Dsaste/SVS/MS), e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). É motivo de orgulho do Cetab que a elaboração desta publicação tenha contado com a contribuição ampla de setores do Sistema Único de Saúde e da Sociedade Civil Organizada envolvidos desde o início na sua elaboração através de oficinas e discussões, presenciais e virtuais, entre os quais destacamos os profissionais de saúde da Atenção Básica e da Saúde do Trabalhador dos estados do Rio Grande do Sul, Alagoas, Paraná e Santa Catarina e dos municípios plantadores (Arapiraca, Santa Cruz do Sul, Palmeira e Rio do Oeste), bem como da equipe da CGSAT/Dsaste/SVS/MS e da OPAS. Em julho de 2021, foi realizada Oficina virtual ampliada que contou com a participação de 40 pessoas, representantes de instituições e entidades diretamente envolvidas com a saúde e vida desses trabalhadores e trabalhadoras e com as políticas de controle do tabaco.

Os *Subsídios para Diretrizes* situam-se na interface de duas importantes políticas do governo brasileiro: a Política Nacional de Controle do Tabaco e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Para responder aos desafios impostos pela expansão da epidemia do tabagismo diante da globalização e com objetivo de “proteger gerações presentes e futuras das consequências à saúde bem como sociais, ambientais e econômicas devastadoras do consumo de tabaco”, em 2003 a Assembleia Mundial da Saúde promulgou a Convenção-Quadro Para o Controle do Tabaco (CQCT), primeiro e único tratado de saúde pública do mundo. O Estado brasileiro, ao ratificar a CQCT, em 2005, comprometeu-se diante das Nações Unidas, comunidade internacional e toda a população brasileira, a cumprir os artigos do tratado. Entre estes, os Artigos 17 e 18 que versam, respectivamente sobre a diversificação de culturas

em áreas com plantio de fumo e sobre a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da cadeia produtiva do fumo e proteção do ambiente. O Artigo 17 determina que as Partes do tratado deverão, em cooperação entre si e com instituições internacionais e regionais, bem como organizações intergovernamentais e sociedade civil organizada, promover alternativas economicamente viáveis para famílias produtoras de tabaco. Com este compromisso, o Brasil lançou em 2005 o Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco que tem por objetivo reduzir a dependência econômica dos produtores de tabaco da cadeia produtiva do fumo e prestar assistência técnica para viabilizar a diversificação criando novas oportunidades de geração de renda. O Artigo 18 convoca as Partes a se comprometerem em proteger o ambiente e saúde de pessoas que trabalham na cadeia produtiva do fumo, reconhecendo a importância desta atividade laboral em seu processo de saúde e doença. Esses dois artigos estão alinhados às metas de redução da pobreza (1), saúde e bem-estar (3), trabalho decente e emprego (8), consumo e produção responsável (12) e vida na terra (15) da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável a qual o Brasil aderiu.

Em 2015, a Organização Internacional do Trabalho lançou um relatório global que, pela primeira vez, sistematizou e evidenciou a extrema desvantagem das populações do campo, em relação ao urbano, quanto à cobertura e acesso à atenção à saúde e proteção social. Falta de investimentos e consequente déficit de profissionais, de oferta e qualidade dos serviços de saúde foram as principais causas apontadas. As pessoas que se dedicam ao cultivo de fumo, além das desvantagens de acesso e males que acometem com elevada prevalência os trabalhadores e trabalhadoras do campo em geral - tais como infecções, doenças de pele, intoxicação por agrotóxicos e outros acidentes e violências, afecções respiratórias devido a exposição à poeira, doenças musculoesqueléticas associadas às posturas forçadas durante o trabalho - estão expostos a males específicos de sua atividade com destaque para a doença da folha verde do tabaco e transtornos mentais provocados pela dependência econômica e pobreza. Esse grupo vulnerável pelas próprias características de trabalho, sobrevivência e vida, é alvo da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que, como dissemos previamente está intimamente ligada à concepção dos *Subsídios para Diretrizes*. Pautada nos princípios doutrinários do SUS - universalidade, equidade e integralidade - a publicação foi concebida para ser um instrumento de apoio aos profissionais de saúde para garantir o cuidado integral da saúde dessa população, reduzindo assim, as desvantagens históricas de acesso a bens de saúde. O papel do profissional de saúde na atenção integral à saúde destes trabalhadores e trabalhadoras é essencialmente técnico, no sentido de avaliar os riscos oriundos desta atividade produtiva, provendo orientações sobre medidas de proteção visando reduzir os impactos à saúde humana e ao ambiente, oferecer tratamento adequado, realizar ações de vigilância em saúde, bem como orientá-los quanto aos direitos trabalhistas e previdenciários, de acordo com a inserção do trabalhador no mercado de trabalho, fornecendo laudos e emitindo pareceres, quando necessários. A Rede de Atenção à Saúde, em articulação com outros setores, deve orientar os trabalhadores, que assim desejarem, onde buscar assistência técnica para a adoção de processos de trabalho mais seguros ou para mudança de cultura.

Apesar do considerável progresso em nível mundial e no Brasil, segundo o Relatório Global de Progresso da Implementação da CQCT 2016-2018, apenas 1/3 dos países produtores desenvolveram medidas relacionadas aos Artigos 17 e 18 e, no período coberto, nenhum progresso notável foi observado. Para dar subsídios às Partes na condução destes artigos, em 2020, o Cetab/ENSP/Fiocruz foi designado pelo Secretariado da CQCT da Organização Mundial da Saúde como Centro de Conhecimento sobre os Artigos 17 e 18 da Convenção-Quadro. Os *Subsídios para Diretrizes* são uma ferramenta inovadora de apoio à implementação do Artigo 18 no Brasil preenchendo uma importante lacuna no campo das políticas de saúde pública e de controle do tabagismo, alinhando-se à missão do Centro de Conhecimento. A equipe do CETAB se orgulha de fazer parte desse processo de construção compartilhada esperando que Os *Subsídios para Diretrizes* sejam adotadas pelos estados e municípios brasileiros produtores de fumo e mais uma experiência de inspiração a outras Partes do tratado, colocando o Brasil na vanguarda do Artigo 18 da CQCT no mundo.

**Valeska Carvalho Figueiredo**

*Coordenadora do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde  
(Cetab) - Gestão 2016-2021  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)  
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)*

**Marcelo Moreno dos Reis**

*Tecnologista Sênior em Saúde Pública do Centro de Estudos da Saúde  
do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/ENSP/Fiocruz)  
Coordenador do Centro de Conhecimento sobre os Artigos 17 e 18 da  
Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CS WHO-FCTC & Fiocruz)*

**Silvana Rubano Turci**

*Tecnologista Sênior em Saúde Pública, Coordenadora do  
Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (Cetab/ENSP/Fiocruz) -  
Gestão 2022 - atual*

O processo de produção de fumo, realizado predominantemente pela agricultura familiar, pode contribuir a depender da maneira que é realizado, para o adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras. Essas condições dos ambientes e processos de trabalho fazem parte dos determinantes de saúde, podendo influenciar positivamente ou negativamente na saúde da população trabalhadora. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) busca fortalecer as ações em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde e contempla todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

A operacionalização desta Política ocorre por meio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) em articulação com as demais Redes do SUS e outras instituições. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) são pólos irradiadores de ações de saúde do trabalhador em um território, sendo responsáveis por realizar ações e prestar apoio institucional, técnico e pedagógico em Vigilância em Saúde do Trabalhador e, portanto, são estratégicos para a atuação da Renast, fortalecendo o reconhecimento do trabalho como categoria determinante do processo saúde doença em todos os pontos da rede.

Para que a Política alcance todos os trabalhadores e trabalhadoras, é necessário conhecer as particularidades de cada processo produtivo e de cada território, com o objetivo de oferecer atenção integral, considerando suas reais necessidades. Os Subsídios para Diretrizes para Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Fumicultura colaboram com essa necessidade ao trazerem a realidade dos processos de trabalho e possíveis fatores ou situações de risco de adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura.

Os profissionais de saúde, dos diferentes níveis de atenção, ao conhecerem as características do cultivo do tabaco, os principais riscos para a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras dessa cultura e as doenças relacionadas a essa atividade, podem oferecer uma atenção integral à essa população trabalhadora, incluindo ações de promoção de saúde, prevenção e vigilância de agravos. Dessa forma, o documento apresenta importantes informações para que os profissionais da saúde organizem e qualifiquem o atendimento e acompanhamento dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura de acordo com a realidade da sua região.

A Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador espera que este documento auxilie na organização da atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura, fortalecendo as ações em Saúde do Trabalhador nas regiões de plantio do tabaco, promovendo a saúde dos envolvidos nas diferentes etapas desta cultura.

***Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa***

*Coordenadora-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)*

*Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e em Emergências em Saúde Públicas (DSASTE)*

*Secretaria de Vigilância a Saúde (SVS)*

*Ministério da Saúde (MS)*

**A** Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco (Conicq/INCA) dá as boas-vindas e aplaude os Subsídios para Diretrizes para Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Fumicultura, fruto de um esforço coordenado pelo Centro de Estudos sobre Tabaco da Fiocruz em parceria com a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT/DSASTE/SVS/MS).

Trata-se de mais um grande passo do Brasil para o cumprimento das obrigações previstas na CQCT-OMS, especialmente em seu artigo 18 que trata da prevenção e mitigação dos danos sanitários, sociais e ambientais relacionados à produção do tabaco.

Importante recordar que a adesão do Brasil à CQCT-OMS foi ratificada pelo Congresso Nacional em outubro de 2005 e promulgada pela Presidência da República em janeiro de 2006, o que torna a internalização de suas medidas uma Política de Estado: a Política Nacional de Controle do Tabaco.

Se por um lado a significativa redução do tabagismo e suas consequências no Brasil vêm conferindo reconhecimento nacional e internacional à Política Nacional de Controle do Tabaco, por outro, na qualidade de grande produtor e exportador de tabaco, nosso país ainda precisa muito avançar no cumprimento das pautas da CQCT-OMS que tratam de alternativas economicamente viáveis à produção de tabaco, previstas no seu artigo 17, e das que tratam de prevenção e mitigação dos danos sanitários, sociais, e ambientais relacionados à produção de tabaco, previstas no seu artigo 18.

Importante registrar ainda que ao aprovar a ratificação da adesão do Brasil à CQCT-OMS, em 2005, o Senado Federal demandou ao Executivo um programa para propiciar alternativas econômicas aos produtores de tabaco. Nessa ocasião, foi lançado o Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco para atender quase 200 mil fumicultores que, no longo prazo, poderiam ser afetados com a esperada retração global da demanda por tabaco. Esse condicionante para a ratificação foi motivado por grandes embates entre a saúde pública e representantes da indústria do tabaco que buscavam impedir a adesão do Brasil à CQCT-OMS argumentando que esse tratado geraria graves impactos econômicos nas regiões produtoras e prejudicaria os meios de vida dos agricultores dependentes da cadeia produtiva do cigarro, cadeia essa coordenada por grandes empresas transnacionais.

Se por um lado esse processo retardou em dois anos a adesão do Brasil à Convenção, por outro, as audiências públicas realizadas pelo Senado Federal em municípios produtores deram grande visibilidade ao drama vivenciado pelas famílias fumicultoras por meio das falas de representantes de várias organizações como: Projeto Esperança liderado pela Diocese de Santa Maria no Rio Grande do Sul, Centro de Apoio ao Pequeno Agricultor (CAPA), Departamento de Estudos Sócio-econômicos Rurais (Deser), a Federação de Trabalhadores da Agricultura Familiar do Sul (Fetraf-Sul), Ministério Público do Trabalho do Paraná entre outras. Algumas dessas organizações já se dedicavam ao desenvolvimento de alternativas à produção de fumo e suas experiências passaram a agregar valor ao Programa Nacional de Diversificação.

Sob a responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) entre 2005 e 2016, o Programa de Diversificação foi desenvolvido de forma integrada ao Programa Nacional de Agricultura Familiar e

agregou experiências exitosas, demonstrando ser possível obter renda igual ou maior do que a gerada pelo tabaco e com melhor qualidade de vida para os agricultores. Com a extinção do MDA em 2016, o Programa passou para a responsabilidade do Ministério da Agricultura (MAPA).

Importante registrar que a intersetorialidade da Política Nacional de Controle do Tabaco institucionalizada por meio da Comissão Nacional para Implementação da CQCT-OMS (Conicq) favoreceu o entendimento de que as pautas dos artigos 17 e 18 da CQCT-OMS precisavam andar juntas. Essa comissão criada por Decreto Presidencial em 2003, presidida pelo Ministro da Saúde e secretariada pelo Instituto Nacional de Câncer é integrada por diferentes setores do governo federal. Do potencial articulador dessa Comissão nasceram vários frutos.

Cresceu o número de pesquisas no Brasil buscando melhor compreender os danos decorrentes da produção de tabaco. Instituições como Fiocruz, INCA, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e várias outras ampliaram seus esforços com esse intuito. O tema passou a ganhar notoriedade por meio de dissertações, teses, artigos em revistas científicas aumentando a visibilidade nacional dos graves problemas de saúde relacionados à fumicultura, durante muito tempo ocultos sob uma espessa cortina de fumaça, econômica e política das empresas fumageiras

Um importante marco catalizador do processo de implementação do artigo 18 da CQCT-OMS foi o estudo realizado em 2009 em Arapiraca sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o primeiro a documentar epidemiológica e laboratorialmente a doença da folha verde do tabaco entre fumicultores no Brasil. O estudo registrou que a idade de sua ocorrência variou de 8 a 58 anos, trazendo grandes repercussões nacionais em especial para os riscos do trabalho infantil na lavoura de tabaco.

Na esteira do conhecimento, foram se agregando várias iniciativas governamentais para promover a adesão dos governos dos estados e municípios produtores aos artigos 17 e 18 da CQCT-OMS. Algumas dessas iniciativas tiveram como tônica a busca de aproximação de profissionais dos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), da Atenção Básica e de profissionais que atuavam na Assistência Técnica e Extensão Rural do Programa de Diversificação, a exemplo de uma oficina realizada em maio de 2010 em Santa Maria no Rio Grande do Sul. Uma outra experiência foi o projeto-piloto de Ações Integradas na Área de Saúde no município de Dom Feliciano/RS, iniciado em 2010, tendo como eixo a integração de ações do Programa de Diversificação com diferentes abordagens de promoção da saúde.

Em 2017, o Ministério da Saúde passou a incluir estados com maior produção de tabaco (RS, PR, SC e AL) como parte de sua “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio 2017 a 2020”.

Os esforços nacionais de articulação integrada dos artigos 17 e 18 da CQCT-OMS se refletiram na construção das “Opções de políticas e recomendações sobre alternativas economicamente sustentáveis para o cultivo do tabaco (com relação aos artigos 17 e 18)”, aprovadas em 2014 pela 6ª Sessão da Conferência das Partes da CQCT-OMS, com o objetivo de orientar os países produtores no enfrentamento desses desafios. Esse documento reforçou o entendimento de que a forma mais definitiva de



mitigar os graves danos sanitários, sociais, ambientais e econômicos gerados pela produção de tabaco seria propiciar aos fumicultores condições para que possam obter renda, autonomia econômica e qualidade de vida a partir da diversificação de suas atividades. Importante registrar que essa experiência nacional fez com que o Brasil liderasse o grupo de trabalho internacional que elaborou essas opções de políticas e recomendações.

Nesse contexto, os Subsídios para Diretrizes para Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Fumicultura representam uma nova e importante etapa no processo de fortalecimento da implementação nacional das “Opções de políticas e recomendações sobre alternativas economicamente sustentáveis para o cultivo do tabaco (com relação aos artigos 17 e 18 da CQCT-OMS)”.

Porém é preciso compreender que da mesma forma que acontece com os demais artigos da CQCT-OMS, a implementação dos seus artigos 17 e 18 esbarram em muitos obstáculos econômicos e políticos colocados pela cadeia produtiva do cigarro. Mas isso não tem impedido o seu progresso de forma consistente como parte da Política Nacional de Controle do Tabaco, uma verdadeira engrenagem que converge saberes, competências, diferentes atores e organizações governamentais e não governamentais, que unidas em torno dos objetivos da CQCT-OMS têm garantido a implementação simultânea de medidas educativas, de atenção à saúde, econômicas, legislativas, regulatórias, judiciais, fiscalizatórias, de vigilância e de cooperação.

Muitos profissionais da atenção básica já atuam na atenção ao fumante para a cessação de fumar (artigo 14 da CQCT-OMS) um importante componente da PNCT. Porém é essencial que, nas regiões produtoras, conheçam, adotem os Subsídios para Diretrizes para Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Fumicultura, e busquem identificar e apoiar iniciativas locais para prover alternativas à essa atividade econômica.

A implementação dos artigos 17 e 18 representa grande contribuição para cessação da dependência econômica dos fumicultores e suas famílias de uma cadeia produtiva que os exploram para garantir o baixo custo do cigarro, produto que mata 8 milhões de pessoas ao ano e 162 mil no Brasil. Trata-se de uma estatística que certamente seria mais grave ainda se nela fossem computados os impactos sanitários, sociais e ambientais que essa cadeia produtiva gera entre os fumicultores.

***Tânia Cavalcante***

*Secretária Executiva da Comissão Nacional para Implementação da  
Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco (Conicq)  
(Gestão 2003-2022)/Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde*



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 FUMICULTURA NO MUNDO E NO BRASIL

O tabaco (*Nicotiana tabacum*) é cultivado em 124 países. Os dez principais países produtores de fumo concentraram 80% do volume total produzido em 2019<sup>1</sup>. Ao longo dos últimos anos, China, Brasil e Índia vêm se destacando como principais produtores de fumo em folhas, sendo o Brasil o segundo maior produtor e principal exportador<sup>1,2</sup>.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), houve redução de 4% da quantidade de tabaco produzida no mundo, em 2019, quando comparada com 2010<sup>1</sup>. A retração da produção dessa substância pode estar associada às políticas de controle do tabaco implementadas em todo o mundo, em decorrência da adoção das medidas preconizadas na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS).

No Brasil, foram produzidas 769.801 toneladas de tabaco em 2019. Nesse ano, a Região Sul concentrou a quase totalidade da produção nacional de fumo (96,0%), enquanto a Região Nordeste respondeu por 3,9%. O tabaco foi cultivado em 635 municípios, a maioria (88%) localizada no Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina<sup>5</sup>.

A agricultura familiar é o modelo de produção agrícola predominante em áreas cultivadas com tabaco. As lavouras de fumo estão localizadas em pequenas propriedades e geralmente os membros da família, inclusive crianças, adolescentes e pessoas idosas, são envolvidos nas diferentes etapas da produção, que, quase sempre, configura a principal fonte de sustento das famílias. De acordo com a Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra), 159.320 famílias se dedicaram ao cultivo de fumo no Brasil na safra 2018-2019. Na Região Sul houve a participação de 149.060 famílias, enquanto na Região Nordeste 997 famílias se dedicaram à atividade<sup>6</sup>. Considerando esse quantitativo de famílias, estima-se que, somente na Região Sul brasileira, cerca de 600 mil pessoas estejam envolvidas na produção de fumo e, conseqüentemente, expostas aos fatores de risco da atividade.

O Sistema Integrado de Produção do Tabaco regula as relações entre os produtores e as empresas fumageiras, por meio de contratos que estabelecem a compra e venda integral da produção<sup>7</sup>. Os contratos garantem às empresas a governança das atividades, com fornecimento de insumos (agrotóxicos, fertilizantes etc.), prestação de assistência técnica e decisão final sobre a classificação do produto para pagamento da produção, entre outras obrigações. Entre os deveres das famílias produtoras figuram a venda integral e exclusiva da produção para as empresas, o cumprimento dos dispositivos legais vigentes relacionados à proteção ambiental e à saúde dos trabalhadores<sup>8</sup>. De forma geral, as empresas fumageiras



### A CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

(CQCT-OMS) é o primeiro tratado internacional de saúde pública. De acordo com seu artigo 3º, objetiva proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco. Em 2020, contava com 191 estados-partes. O Brasil ratificou a CQCT-OMS em 2005<sup>3,4</sup>.

Para saber mais sobre a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, veja o Anexo 3 ou acesse o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco

[Disponível em:  
<https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco>]

fazem a classificação, comercialização, industrialização e exportação do fumo, exercendo controle sobre o cultivo desse produto no Brasil<sup>7,9</sup>. Se por um lado as famílias agricultoras veem no sistema integrado vantagens como uma certa estabilidade de renda, a garantia de comercialização de seu produto e o suporte técnico durante o cultivo, por outro lado podem encontrar-se em uma situação de dependência econômica a esse modelo e sujeitas a grande pressão para cumprir metas, a pagamento de dívidas, a incertezas acerca da classificação e do preço final do produto<sup>8</sup>.

## 1.2 AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS

O processo de produção de fumo envolve várias etapas, que vão desde o preparo da terra e sementeira, passando pelo manejo da plantação, colheita, processo de secar, até a pré-classificação e o enfardamento das folhas para comercialização. Esse processo, comum na Região Sul do país, é realizado manualmente, com auxílio de ferramentas e instrumentos de trabalho usualmente empregados na agricultura. Na Região Nordeste, o processo de produção do fumo em corda é artesanal e compreende desde a preparação da terra até o destalamento das folhas e a preparação da corda.

A lavoura de fumo é do tipo temporária, ou seja, tem um ciclo desde a sementeira e colheita que dura em torno de um ano; assim que finaliza o cultivo de uma safra é iniciada a próxima. O período do ano em que são realizadas as etapas varia conforme o local da produção – na Região Sul, ocorre, usualmente, entre abril e março do ano seguinte. Na Região Nordeste, costuma ocorrer entre abril e outubro.

Na Região Sul o principal tipo é o fumo Virgínia (85%), que tem maior concentração de nicotina. Usa processo de secagem artificial, que dura de 5 a 7 dias e ocorre em estufas tradicionais ou, mais recentemente, também em estufas elétricas. Existem também outros tipos – o Burley e o Galpão Comum – cujo processo de cura ocorre em galpões abertos de forma natural, durando cerca de 40 dias<sup>10</sup>. Embora o Virgínia tenha maior valor de mercado, exige mais esforço físico dos trabalhadores, tem maior demanda de trabalho e o contato mais frequente da folha verde aumenta risco de intoxicação por nicotina<sup>11</sup>.


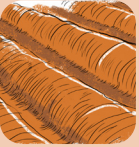





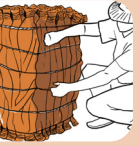
Considerando as condições e os ambientes de trabalho, as pessoas que se dedicam à produção de fumo são submetidas a cargas de trabalho que podem resultar em agravos e doenças relacionados ao trabalho, já evidenciados por estudos conduzidos no Brasil, como a doença da folha verde do tabaco<sup>12,13,14,15,16,17</sup>, distúrbios osteomusculares (dor na região cervical, lombar, membros superiores e inferiores)<sup>18,19,20,21</sup>, intoxicações por agrotóxicos<sup>22,23,24,25,26</sup>, transtornos mentais e comportamentais<sup>22,23,25,26</sup>, entre outros agravos à saúde<sup>27</sup>.

Na figura 1, são descritas as etapas do processo de produção de fumo em folhas, da forma como são desenvolvidas nos municípios da Região Sul do Brasil, e os fatores de risco à saúde humana identificados em cada etapa.

Além dos possíveis agravos aos trabalhadores e trabalhadoras, as atividades da fumicultura afetam negativamente o ambiente, uma vez que contribuem para o desflorestamento, empobrecimento do solo, contaminação da água, do ar e do solo<sup>28,29</sup>.

É importante reconhecer que a cultura do fumo tem um forte componente histórico que passa de geração em geração, contribuindo inclusive para a permanência das famílias no campo. Mas, como qualquer atividade econômica, a agricultura gera impactos à saúde dos trabalhadores, das trabalhadoras e da população residente próxima às áreas cultivadas e ao ambiente. É fundamental que gestores e trabalhadores da saúde conheçam esses impactos para então ofertar acesso a ações e serviços para a promoção da saúde, tratamento e recuperação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Figura 1 – Etapas do processo de cultivo do fumo e fatores de risco à saúde huma

Etapas do processo	 PRODUÇÃO DAS MUDAS	 PREPARO DO SOLO	 TRANSPLANTE DAS MUDAS	 TRATOS CULTURAIS	 COLHEITA	 CURA / SECAGEM	  PRÉ-CLASSIFICAÇÃO    ENFARDAMENTO
<b>Breve descrição das etapas do processo</b>	A sementeira é feita em bandejas para cultivo de mudas.  Com o início do desenvolvimento das plantas, são realizados os tratos culturais (repicagem e poda das mudas, adubação, controle de pragas e plantas invasoras).  Todas as atividades são realizadas manualmente.	Consiste no preparo convencional do solo (aração, gradeação, preparo de sulcos, adubação) e/ou conservacionista (cultivo de cobertura, camalhões altos e largos, entre outros).  Nesta etapa, geralmente são utilizados tratores ou equipamentos movidos a tração a animal.	Nesta etapa, são feitas marcações dos pontos que receberão as mudas.  Cada muda é transplantada manualmente ou com o auxílio de uma plantadeira.	Os principais tratos culturais são: adubação, controle de pragas, capação (quebra manual da parte superior de cada planta – botão floral), aplicação de antibrotante, capina.	Esta fase do processo é realizada manualmente em etapas, de acordo com a maturação das folhas de fumo (começando pelas folhas inferiores e terminando pelas superiores, com intervalo de 7 ou 8 dias).  Depois da colheita o fumo é levado manualmente para os veículos (motorizados ou a tração animal).	A cura/secagem das folhas é feita em estufas. Durante esta etapa, a temperatura da estufa precisa ser rigorosamente controlada para não gerar prejuízo ao processo.  A duração média de cada estufada é de 7 a 8 dias.	Uma primeira classificação das folhas é feita pelos produtores, levando em consideração sua qualidade e posição no caule (são possíveis 48 classes). A classificação é realizada manualmente em galpão ou área adjacente à estufa.  Depois da classificação das folhas, são feitas manocas delas para seu enfardamento e armazenagem até o transporte para as empresas.
<b>Principais fatores de riscos à saúde humana</b>	Exposição a agrotóxicos de diferentes grupos químicos e classificações toxicológicas variadas (desde pouco tóxicas até extremamente tóxicas).  Realização de trabalho com adoção de posturas forçadas, com movimentos repetitivos.	Exposição a agrotóxicos.  Exposição às condições climáticas da região (calor, frio, radiação solar, chuva) devido ao trabalho a céu aberto.  Realização de trabalho com esforço físico, adoção de posturas forçadas e movimentos repetitivos.  Realização de trabalho com esforço físico, adoção de posturas forçadas.	Exposição a agrotóxicos.  Exposição às folhas de fumo.  Realização de trabalho com esforço físico, adoção de posturas forçadas e movimentos repetitivos.  Exposição às condições climáticas da região (calor, frio, radiação solar, chuva) devido ao trabalho a céu aberto.	Exposição a agrotóxicos.  Exposição à seiva das folhas de fumo.  Realização de trabalho com esforço físico, adoção de posturas forçadas e movimentos repetitivos.  Exposição às condições climáticas da região (calor, frio, radiação solar, chuva) devido ao trabalho a céu aberto.	Exposição à nicotina presente nas folhas de fumo.  Exposição às condições climáticas da região (calor, frio, radiação solar, chuva) devido ao trabalho a céu aberto.  Adoção de posturas forçadas, movimentos repetitivos e esforço físico intenso para a realização da atividade.  Longas jornadas de trabalho.  Levantamento e transporte de peso.	Exposição à poeira das folhas do fumo.  Longas jornadas de trabalho.  Trabalho diurno e noturno.	Adoção de posturas forçadas e movimentos repetitivos.  Exposição à poeira das folhas de fumo.  Longas jornadas de trabalho.  Trabalho sob pressão.

Fonte: Adaptado de Reis et al.<sup>9</sup>

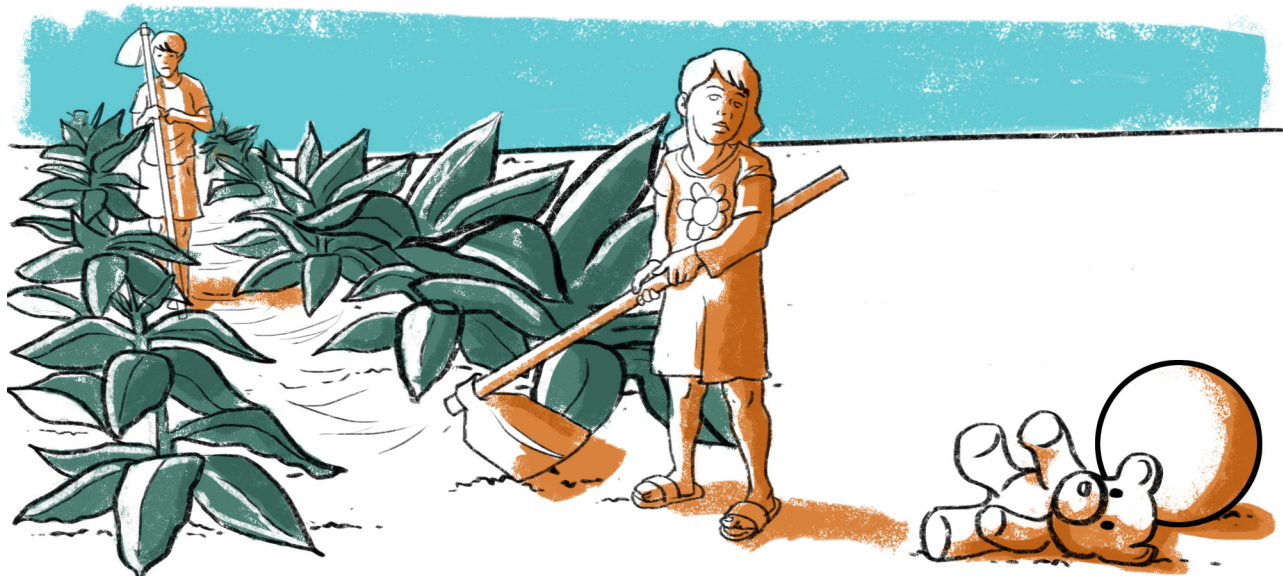


### 1.3 TRABALHO INFANTIL NA FUMICULTURA

Outra situação muito delicada e que precisa ser enfrentada em áreas cultivadas com tabaco, bem como em outros cultivos sob o modelo da agricultura familiar, refere-se à existência de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil. Fatores culturais, políticos e econômicos contribuem para o emprego da força de trabalho infantojuvenil na agricultura, situação diretamente atrelada ao nível de pobreza das famílias e ao discurso dignificante do trabalho, que culmina com a exploração desenfreada da força desse tipo de mão de obra<sup>30</sup>.

Os contextos de vida e trabalho de crianças e adolescentes em situação de trabalho impõem uma multiplicidade de aspectos de grande complexidade e relevância para sua socialização. Um dos aspectos mais preocupantes dessa problemática é a ocorrência de agravos à saúde, comprometendo o mais importante direito humano: o direito à vida. Convém ressaltar, como apontam diversos autores<sup>31,32,33,34,35,36,37</sup>, que o processo saúde, doença e trabalho infantojuvenil refere-se tanto à vulnerabilidade desse grupo populacional à exposição a ambientes de trabalho insalubres, perigosos e penosos, quanto às relações estabelecidas entre essa experiência e seu crescimento e desenvolvimento, a construção da subjetividade, a convivência com suas famílias, seus pares, a inserção escolar, bem como diante da necessidade de tempo livre.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), entende-se como trabalho infantil, aquele que tolhe as crianças de viverem plenamente sua infância, retira seu potencial e sua dignidade e prejudica seu desenvolvimento físico e mental. Pode ser identificado nos casos de privação ao acesso à escola e/ou nos casos em que exceda um período longo e pesado de trabalho combinado com a frequência escolar. Segundo as convenções da OIT n. 138 e n. 182, para compreender e identificar a presença do trabalho infantil, é importante que sejam considerados diversos fatores, como: idade, tipo de atividade, horas e condições de trabalho às quais a criança está submetida. Também se considera trabalho infantil aquele que permeia adolescentes abaixo da idade mínima estabelecida em cada país.



De acordo com a legislação brasileira, o trabalho infantil refere-se às atividades de sobrevivência e econômicas, com ou sem lucratividade, remuneradas ou não, executadas por crianças ou adolescentes em idade inferior a 16 anos, com exceção da condição de aprendiz a partir dos 14 (quatorze) anos<sup>38</sup>.

Embora no Brasil haja uma legislação bastante avançada do ponto de vista da defesa dos direitos da criança e do adolescente, como a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), o Código Penal e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ainda há muito por fazer para que esses dispositivos sejam realmente cumpridos, exigindo que muitos setores da sociedade se manifestem.

Os dispositivos legais em vigor refletem o posicionamento contrário em relação ao trabalho infantil ao passo que impõem restrições para o seu desenvolvimento e subsidiam a criação de programas que visem à sua extinção. O trabalho precoce impacta diretamente na saúde física, mental, emocional e na vida social dos menores. O comprometimento à saúde tem a ver com a exposição a situações de risco, que geram lesões, deformidades físicas e doenças, muitas vezes, superiores à capacidade de defesa de seus organismos<sup>39</sup>.

Além dessas consequências, segundo Medeiros e colaboradores<sup>39</sup> o trabalho infantil é ainda prejudicial à vida social dos indivíduos, pois ocasiona a ruptura dos ciclos da vida, fazendo com que crianças e adolescentes não venham a desempenhar atividades condizentes com a idade e seu grau de desenvolvimento; sendo moldadas para agir como adultos, perdem a oportunidade de brincar, estudar, socializar com pessoas de sua faixa etária. Dessa forma, aquilo que está posto no imediato (necessidade de sobrevivência) impede seu desenvolvimento pleno e futuras progressões.

Sobre as principais situações desse tipo de trabalho encontrado no Brasil, o mais complexo de se avaliar é o trabalho infantil que ocorre no seio familiar, pois ele abrange situações em que a criança e o adolescente trabalham diretamente com os pais ou parentes, em função ou a favor deles, seja na própria residência, seja em outro local; é a partir desse contexto que ocorre o trabalho ligado à agricultura, em especial à fumicultura.

Nessa produção, de acordo com Silva e Ferreira<sup>40</sup>, destaca-se o trabalho em regime de economia familiar, pois, como mencionado anteriormente, ele tem sido fonte de renda para milhares de famílias em territórios onde há escassez de mão de obra ou impossibilidade de contratação de trabalhadores e trabalhadoras, dada a necessidade de redução dos custos de produção na tentativa de garantir melhor renda – é nesse contexto que se destaca a presença do trabalho infantil.

Diante dos riscos que todas as tarefas de produção e de processamento do fumo podem causar sobre a saúde e o desenvolvimento físico e emocional das crianças e dos adolescentes, faz-se urgente a adoção de estratégias que ratifiquem a importância da não utilização da mão de obra infantil tanto nessa prática como nas demais que são consideradas as piores formas de trabalho infantil<sup>41</sup>.

As consequências do trabalho dessa mão de obra no regime de economia familiar, no contexto agrícola e, em especial, na fumicultura, nos

deixam em alerta sobre o futuro desses jovens, principalmente em uma conjuntura marcada pela flexibilização da utilização de vários tipos de agrotóxicos, em sua maioria proibidos em outros países.

No Brasil, dentre as ações elaboradas pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador, destacam-se a elegibilidade de crianças e adolescentes acidentados no trabalho, como evento passível de notificação compulsória, segundo a Portaria n. 777 do Ministério da Saúde, de 28 de abril de 2004, revogada em 2011 pela Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011<sup>42</sup>; a publicação das Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos<sup>43</sup>, em julho de 2005; e a notificação do evento “trabalho infantil” por meio da ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais<sup>44</sup>, no ano de 2006.

Ainda no que tange à organização do setor Saúde, acredita-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha um papel fundamental na erradicação do trabalho infantil e na proteção do trabalhador adolescente, especialmente nas ações de:

- identificação do usuário economicamente ativo;
- promoção de ações de educação sobre saúde e segurança no trabalho;
- avaliação da associação entre o trabalho e os problemas de saúde apresentados;
- realização de ações de vigilância em saúde;
- articulação com outros setores governamentais e da sociedade na prevenção do trabalho infantil, bem como na erradicação do trabalho infantil perigoso, conforme a legislação.

Além disso, por estar amplamente distribuído em todo o país e atender a menores de 18 anos, o SUS é um sistema público de grande capilaridade, com potencial para disseminar de forma eficiente uma Política de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes em situação de Trabalho infantil.

Nessa direção, de acordo com Raymundo e colaboradores<sup>45</sup>, a Atenção Primária em Saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, apresentam-se como possibilidades de intervenção em saúde de fundamental importância para as iniciativas voltadas às ações de prevenção e de erradicação do trabalho infantil e proteção do trabalhador adolescente. A natureza dessas abordagens pode propiciar o aprofundamento do conhecimento sobre a dinâmica das famílias nos territórios, sobre o ambiente no qual estão inseridas, sobre os processos produtivos existentes. Além disso, pode proporcionar a identificação e o fomento da rede intra e intersetorial local, fornecendo instrumentos para o alcance e a proteção das crianças e dos adolescentes inseridos no trabalho.

Não obstante, no caso do trabalho infantil, por suas características de múltiplas entradas e saídas dos problemas gerados, a intersetorialidade ostensiva e permanente é a única forma de lidar com o problema. Os conselhos tutelares, as escolas, as instituições de assistência social e as redes sociais de apoio no nível local devem acompanhar os acontecimentos por intermédio de canais permanentes de comunicação e posterior encaminhamento para as providências cabíveis e avaliação do impacto das ações.





A situação de trabalho infantil deve ser notificada na Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências do Sinan. Uma cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada aos conselhos tutelares e/ou autoridades competentes (Ministério Público, Juizado da Infância e Juventude do município ou similares)<sup>44</sup>.

#### LISTA DAS PIORES FORMAS DE TRABALHO INFANTIL (Lista TIP)

O Decreto n. 6.481, de 12 de junho de 2008, aprovou a Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP), de acordo com a Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Nessa lista, estão contidas as atividades em que crianças e adolescentes estão proibidos de exercer qualquer função. Dentre as mais de 90 atividades de risco, figura o cultivo de tabaco.

**Descrição do trabalho:** processo produtivo do fumo.

**Prováveis riscos ocupacionais:** esforço físico e posturas viciosas; exposição a poeiras orgânicas e seus contaminantes, como fungos e agrotóxicos; contato com substâncias tóxicas da própria planta (nicotina); acidentes com animais peçonhentos; exposição, sem proteção adequada, a radiação solar, calor, umidade, chuva e frio; acidentes com instrumentos perfurocortantes.

**Prováveis repercussões à saúde:** afecções musculoesqueléticas (bursites, tendinites, dorsalgias, sinovites, tenossinovites); intoxicações exógenas (intoxicações por agrotóxicos e doença da folha verde do tabaco); câncer, envenenamentos; intermações; queimaduras na pele; envelhecimento precoce; câncer de pele; desidratação; doenças respiratórias; ferimentos e mutilações<sup>41</sup>.



## 1.4 PRINCIPAIS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO NA FUMICULTURA

O processo de produção de fumo, seja em folhas ou em corda, contribui para o adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras envolvidos. Os agravos e doenças relacionados ao trabalho na fumicultura podem acometer outros grupos de trabalhadores e trabalhadoras dedicados às atividades agrícolas, exceto a doença da folha verde do tabaco, que está relacionada diretamente ao contato com essa planta.

Há protocolos e diretrizes disponíveis aos serviços de atenção à saúde voltados ao manejo dos principais problemas de saúde decorrentes do trabalho na fumicultura. Nos quadros 1 a 6, são apresentadas as principais características desses agravos e doenças, bem como a indicação dos documentos relacionados disponíveis. Todos possuem ficha de investigação específica no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), cabendo lembrar que todos os acidentes de trabalho devem ser registrados na Ficha de Acidente de Trabalho, independentemente da gravidade da lesão ou do desfecho, em crianças, adolescentes e adultos. O Sinan dispõe de outras fichas de investigação que podem ser utilizadas em caso de suspeita ou confirmação de outras doenças relacionadas ao trabalho na fumicultura, tais como: dermatoses ocupacionais, pneumoconioses e perda auditiva relacionada ao trabalho.

Nos anexos 1 e 2, são descritos de forma mais detalhada a doença da folha verde do tabaco e os principais transtornos mentais e comportamentais que podem acometer os trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura.

**Quadro 1 - Acidentes de trabalho, incluindo os graves e fatais, envolvendo crianças, adolescentes, adultos e idosos**

Doença <sup>1</sup> ou agravo <sup>2</sup> relacionado ao trabalho	Descrição	Algumas doenças associadas (CID-10 - doença)	Documentos disponíveis
Acidentes do trabalho, incluindo os graves e fatais, envolvendo crianças, adolescentes e demais fomicultores	<p>“Acidente de trabalho é o evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta danos à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente (concausa) a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Inclui-se ainda o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa”<sup>46</sup>.</p> <p>“<u>Acidente de trabalho fatal</u> é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.</p> <p><u>Acidente de trabalho grave</u> é aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva à lesão cuja natureza implique comprometimento extremamente sério, preocupante, que pode ter consequências nefastas ou fatais.</p> <p><u>Acidente de trabalho com crianças e adolescentes</u> é aquele que acomete trabalhadores com menos de 18 anos de idade, na data de sua ocorrência”<sup>46</sup>.</p>	A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) variará de acordo com a lesão decorrente do acidente de trabalho.	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Notificação de acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <a href="http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/protocolo-notificacao-acidentes-trabalho-fatais-graves-criancas-adolescentes">http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/protocolo-notificacao-acidentes-trabalho-fatais-graves-criancas-adolescentes</a></p> <p>Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho do Sinan<sup>3</sup>, disponível no Anexo 3 e em: <a href="http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Grave.pdf">http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Grave.pdf</a></p>



<sup>1</sup> Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos<sup>42</sup>.

<sup>2</sup> Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos, provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas<sup>42</sup>.

<sup>3</sup> Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Aqui, refere-se à Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho (nova denominação).

## Quadro 2 – Câncer de pele

Doença ou agravo relacionado ao trabalho	Descrição	Algumas doenças associadas (CID-10 – doença)	Documentos disponíveis
Câncer de pele	<p>“O câncer da pele compreende neoplasias que podem apresentar diferentes linhagens. Os mais frequentes são o carcinoma basocelular, responsável por 70% dos diagnósticos de câncer da pele, o carcinoma epidermoide, com 25% dos casos, e o melanoma, detectado em 4% dos pacientes. O carcinoma basocelular, mais frequente, é também o menos agressivo. Este e o carcinoma epidermoide são também chamados de câncer da pele não melanoma, enquanto o melanoma e outros tipos, com origem nos melanócitos (células responsáveis pelos pigmentos), são denominados de câncer da pele melanoma. O câncer da pele é o tipo mais frequente entre os tumores malignos registrados no Brasil, correspondendo a cerca de 25% dos casos, contudo, quando detectado precocemente, apresenta alto percentual de cura”<sup>47</sup>.</p> <p>“A reação mais comum da pele após exposição aos raios solares é o eritema (vermelhidão), também chamado de queimadura solar. O bronzeamento é outra forma de reação à exposição aos raios UV. Ambos refletem um dano às células da pele e em geral é provocado pela radiação UVB (KESMINIENE; SCHÜZ, 2014)<sup>48</sup>.</p> <p>A pele e os olhos são as principais áreas de risco à saúde decorrentes da exposição à radiação UV, dado que a penetração dessa radiação é muito curta. Em trabalhadores expostos sem proteção adequada ou medidas de controle dos níveis de radiação solar UV, os limites de exposição geralmente aceitáveis podem ser excedidos. Superexposição à radiação UV pode causar queimaduras, doenças e câncer de pele. Uma pessoa com exposição cumulativa à radiação UV, com um número de queimaduras graves recebidas especialmente durante a infância, tem o risco aumentado de desenvolver câncer de pele. A exposição ao sol faz com que as camadas exteriores da pele engrossem e, em longo prazo, pode causar enrugamento e enrijecimento da pele. Nos olhos, pode causar ceratites, conjuntivites e cataratas (AUSTRALIAN RADIATION PROTECTION AND NUCLEAR SAFETY AGENCY, 2004a)<sup>48</sup>.</p> <p>“Trabalhadores que se expõem a trabalhos ao ar livre estão sob risco de ter um câncer de pele pela exposição à radiação solar. O dano à pele é permanente e aumenta com a frequência e intensidade da exposição”<sup>48</sup>.</p> <p>As ocupações com especial risco em função da natureza do trabalho são: trabalhadores da construção civil, agricultores, salva-vidas, policiais de trânsito, carteiros, jardineiros, treinadores e educadores físicos de atividades ao ar livre, motoristas de transportes coletivos ou de carga, pescadores e outras ocupações com atividades ao ar livre”<sup>48</sup>.</p>	<p>C43 - Melanoma maligno da pele</p> <p>C44 - Outras neoplasias malignas da pele</p>	<p>RIBEIRO, Fátima Sueli Neto; OTERO, Ubirani Barros (org.). Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <a href="https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-vigilancia-do-cancer-relacionado-ao-trabalho">https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-vigilancia-do-cancer-relacionado-ao-trabalho</a>. Acesso em: 21 jul. 2021.</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <a href="https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/ambiente-trabalho-e-cancer-aspectos-epidemiologicos-toxicologicos-e-regulatorios">https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/ambiente-trabalho-e-cancer-aspectos-epidemiologicos-toxicologicos-e-regulatorios</a>. Acesso em: 21 jul. 2021.</p>




### Quadro 3 – Doença da folha verde do tabaco (DFVT)

Doença ou agravo relacionado ao trabalho	Descrição	Algumas doenças associadas (CID-10 – doença)	Documentos disponíveis
Doença da folha verde do tabaco	<p>A doença da folha verde do tabaco (DFVT) é uma doença relacionada ao trabalho (DRT), que acomete as pessoas que têm contato direto com a planta de fumo (<i>Nicotiana tabacum</i>) durante o seu cultivo e colheita<sup>12,13,14,49,50,55</sup>.</p> <p>A DFVT é caracterizada como uma intoxicação aguda por nicotina, cujos sintomas precoces e comuns são dor de cabeça ou tontura juntamente com náusea ou vômito, podendo também incluir fraqueza, palidez, aumento de suor e salivação, calafrios, cólica abdominal e diarreia. Outros efeitos relacionados à DFVT são prostração severa, insônia, dificuldade para respirar e, ocasionalmente, alterações na pressão sanguínea e na frequência cardíaca<sup>13,14,49,50,51,55</sup>. Contudo, em casos de vômitos, principalmente se houver exposição simultânea ao calor, os sintomas poderão ser suficientemente severos e evoluir para desidratação da pessoa intoxicada, quando serão necessários cuidados de emergência<sup>51,55</sup>.</p> <p>A DFVT é uma síndrome autolimitada, de curta duração – entre um e três dias após o início dos sintomas –, que geralmente se resolve dentro de um dia<sup>13,50,52,53,54</sup>. Os sintomas costumam aparecer durante e após a exposição às folhas molhadas de fumo, podendo surgir entre 15 minutos e 17 horas após o contato<sup>49</sup>. A duração média de sinais e sintomas foi de 21 horas, variando entre 3 e 80 horas, em estudo conduzido em Candelária/RS<sup>13</sup>.</p> <p>A DFVT pode ocorrer nas diversas etapas do processo de produção que envolvam contato direto com as folhas de fumo, quando molhadas. Contudo, os estudos mostram que a ocorrência do agravo ocorre principalmente no período da colheita. Geralmente, essa etapa do processo de produção ocorre durante o verão, quando há altas temperaturas, que, associadas ao esforço físico empregado na colheita das folhas, contribui para o aumento da transpiração e, conseqüentemente, para maior absorção da nicotina<sup>12</sup>.</p> <p>O diagnóstico da DFVT é baseado no histórico de exposição recente às folhas de fumo, principalmente durante a colheita, e na presença de sintomas característicos da intoxicação. A avaliação clínica é soberana para o diagnóstico. Os sintomas da DFVT são semelhantes aos decorrentes da intoxicação aguda por agrotóxicos e exposição ao calor. Embora em geral no período da colheita não seja esperada a utilização de agrotóxicos nas lavouras de fumo, pode haver áreas da propriedade em diferentes etapas do ciclo de produção ou outros cultivos, gerando exposição simultânea aos agrotóxicos<sup>55</sup>.</p>	T65.2 - Efeito tóxico do tabaco e da nicotina (doença da folha verde do tabaco) <sup>56</sup>	Vide Apêndice



**Quadro 4 - Intoxicação exógena por agrotóxicos**

Doença ou agravo relacionado ao trabalho	Descrição	Algumas doenças associadas (CID-10 - doença)	Documentos disponíveis
<p>Intoxicação exógena por agrotóxicos</p> 	<p>No Brasil, de acordo com a Lei n. 7.802, de 11 de julho de 1989, os agrotóxicos e afins são definidos como:</p> <p>“a) produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou plantadas, e de outros ecossistemas e de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos;</p> <p>b) substâncias e produtos empregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores do crescimento”<sup>57</sup>.</p> <p><b>“Intoxicação aguda:</b> Caracteriza-se por alterações no estado de saúde de um indivíduo ou de um grupo de pessoas resultantes da interação nociva entre uma substância e o corpo humano. Manifesta-se por um conjunto de sinais e sintomas que se apresentam de forma súbita, minutos ou horas após a exposição a um toxicante, no caso os agrotóxicos”<sup>58</sup>.</p> <p>“Conforme a proposta de classificação da OMS, intoxicação aguda por agrotóxicos pode ser qualquer doença ou efeito sobre a saúde resultante de exposição suspeitada ou confirmada, que ocorra até 48 h após exposição aos agrotóxicos (com exceção de raticidas cumarínicos). Os efeitos podem ser locais ou sistêmicos, decorrentes de todos os tipos de circunstâncias. Os efeitos podem ser respiratórios, neurotóxicos, cardiovasculares, endócrinos, gastrointestinais, nefrotóxicos e/ou reações alérgicas. Considerando os sintomas compatíveis com a exposição ao(s) produto(s) químico(s), dois ou mais sintomas indicariam caso possível e três ou mais sintomas indicariam caso provável. Essa proposta também define os critérios de gravidade conforme o órgão ou sistema envolvido”<sup>59</sup>.</p> <p>“Pode ocorrer de forma leve, moderada ou grave, dependendo da quantidade de veneno absorvido, do tempo de absorção, da toxicidade do produto e do tempo decorrido entre a exposição e o atendimento médico”<sup>58</sup>.</p> <p><b>“Intoxicação aguda LEVE:</b></p> <p><b>Sinais e sintomas:</b> cefaleia, acompanhada por irritação da pele e das mucosas, náusea e discreta tontura.</p> <p>Em geral, o(a) trabalhador(a) considera esses sintomas normais e não procura assistência médica. Quando o faz, o(a) médico(a) e/ou a equipe de saúde não investiga tal possibilidade”<sup>58</sup>.</p>	<p>C22 - Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas</p> <p>C34 - Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões</p> <p>C44 - Outras neoplasias malignas da pele</p> <p>C50 - Neoplasia maligna da mama</p> <p>C61 - Neoplasia maligna da próstata</p> <p>C62 - Neoplasia maligna dos testículos</p> <p>C82 - Linfoma não-Hodgkin, folicular (nodular)</p> <p>C83 - Linfoma não-Hodgkin difuso</p> <p>C84 - Linfomas de células T cutâneas e periféricas</p> <p>C85 - Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e de tipo não especificado</p> <p>C91 - Leucemia linfóide</p> <p>C92 - Leucemia mieloide</p> <p>C93 - Leucemia monocítica</p> <p>C94 - Outras leucemias de células de tipo especificado</p> <p>C95 - Leucemia de tipo celular não especificado</p> <p>E03 - Outros hipotireoidismos</p> <p>F32 - Episódios depressivos</p>	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e Tratamento de intoxicação por agrotóxicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <a href="https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/diretrizes-brasileiras-diagnostico-tratamento-intoxicacao-agrotoxicos">https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/diretrizes-brasileiras-diagnostico-tratamento-intoxicacao-agrotoxicos</a>. Acesso em: 21 jul. 2021.</p> <p>PARANÁ. Secretaria de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Centro Estadual de Saúde do Trabalhador. Protocolo de avaliação das intoxicações crônicas por agrotóxicos. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013. Disponível em: <a href="http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/protocolo-avaliacao-intoxicacoes-cronicas-agrotoxicos">http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/protocolo-avaliacao-intoxicacoes-cronicas-agrotoxicos</a>. Acesso em: 21 jul. 2021</p>

Continua

Doença ou agravo relacionado ao trabalho	Descrição	Algumas doenças associadas (CID-10 – doença)	Documentos disponíveis
Intoxicação exógena por agrotóxicos	<p><b>“Intoxicação aguda MODERADA:</b> Sinais e sintomas: cefaleia intensa, náusea, vômitos, cólicas abdominais, tontura mais intensa, fraqueza generalizada, formigamento nas pernas, falta de ar, salivação e sudorese aumentada<sup>58</sup>.</p> <p><b>“Intoxicação aguda GRAVE:</b> Sinais e sintomas: hipotensão, arritmias cardíacas, insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão, pneumonite química, convulsões, alterações da consciência, choque, coma, podendo evoluir para óbito<sup>58</sup>.</p> <p><b>“Intoxicação crônica:</b> caracteriza-se por alterações no estado de saúde de um indivíduo ou de um grupo de pessoas decorrente da interação nociva de uma substância com o corpo humano, no caso os agrotóxicos, que se manifesta por danos à saúde, após exposições repetidas ao toxicante, por períodos prolongados (ALMEIDA, 1986; BRASIL, 2006).</p> <p>Os efeitos tóxicos decorrentes da exposição crônica aos agrotóxicos ainda são pouco conhecidos, devido ao longo tempo de latência (sintomas aparecem meses ou anos após a exposição), às dificuldades de acesso e de capacidade técnica dos serviços de saúde para estabelecer relação entre o adoecimento e a exposição, entre outros fatores. Os agravos podem se manifestar por alterações no sistema nervoso (central e periférico), hematológico, respiratório, cardiovascular, genito-urinário, gastrointestinal, pele e olhos, além de danos genéticos.</p> <p>Os quadros clínicos polimórficos podem se expressar em reflexos diminuídos, polineuropatias, redução da concentração e atenção, diminuição da memória, depressão, ansiedade, irritabilidade, desordens de personalidade e psiquiátricas; parkinsonismo; depressão da medula óssea, anemia aplástica. Muitos produtos são alergênicos potentes, carcinogênicos, teratogênicos ou podem atuar sobre o sistema imunológico como disruptores endócrinos; além de reduzirem a resistência a infecções, inibem a colinesterase e outras serinoproteases.</p> <p>Com frequência os quadros clínicos são indefinidos, de difícil diagnóstico e estabelecimento da relação com o trabalho, principalmente quando envolvem a exposição repetida a múltiplos produtos, situação muito comum na agricultura brasileira<sup>58</sup>.</p>	<p>F33 - Transtorno depressivo recorrente</p> <p>G11.1 - Ataxia cerebelar de início precoce</p> <p>G21.2 - Parkinsonismo secundário devido a outros agentes externos</p> <p>G25.2 - Outras formas especificadas de tremor</p> <p>G62.2 - Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (como organofosforados)</p> <p>H91.0 - Perda de audição ototóxica</p> <p>I49 - Arritmias cardíacas</p> <p>J45 - Asma</p> <p>J68.0 - Bronquite e pneumonite devida a produtos químicos</p> <p>J68.1 - Edema pulmonar devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores</p> <p>L23.5 - Dermatite alérgica de contato devida a outros produtos químicos</p> <p>L25.9 - Dermatite de contato não especificada, de causa não especificada</p> <p>T60 - Efeito tóxico de pesticidas</p> <p>T60.0 - Efeito tóxico de inseticidas organofosforados e carbamatos</p> <p>T60.1 - Efeito tóxico de inseticidas halogenados</p> <p>T60.2 - Efeito tóxico de outros inseticidas</p> <p>T60.3 - Efeito tóxico de herbicidas e fungicidas</p> <p>T60.4 - Efeito tóxico de rodenticidas</p> <p>T60.8 - Efeito tóxico de outros pesticidas</p>	<p>PARANÁ. Secretaria de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Centro Estadual de Saúde do Trabalhador. Intoxicações agudas por agrotóxicos: atendimento inicial do paciente intoxicado: material técnico. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018. Disponível em: <a href="https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/icacoesagudas_agrotoxicos2018.pdf">https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/icacoesagudas_agrotoxicos2018.pdf</a>. Acesso em: 21 jul. 2021.</p> <p>PARANÁ. Secretaria de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia da atenção às populações expostas aos agrotóxicos. Curitiba: SESA, 2018. Disponível em: <a href="https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhauiaagrotoxicos.pdf">https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhauiaagrotoxicos.pdf</a>. Acesso em: 21 jul. 2021.</p> <p>SILVA, J. M.; FARIA, H. P.; SILVA, E. N.; PINHEIRO, T. M. M. Protocolo de atenção à saúde dos trabalhadores expostos a agrotóxicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <a href="http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_atencao_saude_trab_exp_agrotoxicos.pdf">http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_atencao_saude_trab_exp_agrotoxicos.pdf</a>. Acesso em: 21 jul. 2021.</p>

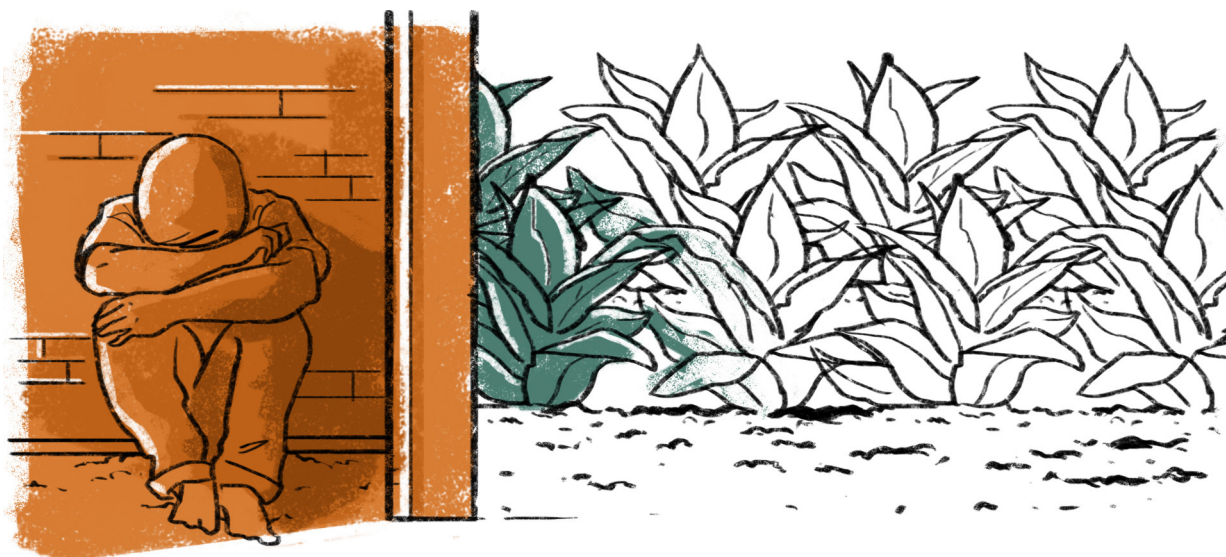
**Quadro 5 - Lesões por esforços repetitivos (LER) / Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**

Doença ou agravo relacionado ao trabalho	Descrição	Algumas doenças associadas (CID-10 - doença)	Documentos disponíveis
<p>Lesões por Esforços Repetitivos (LER) / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)</p>	<p>“Esse grupo de transtornos apresenta como características comuns aparecimento e evolução de caráter insidioso, origem multifatorial complexa, na qual se entrelaçam inúmeros fatores causais, entre eles exigências mecânicas repetidas por períodos prolongados, utilização de ferramentas vibratórias, posições forçadas, fatores da organização do trabalho, como, por exemplo, exigências de produtividade, competitividade, programas de incentivo à produção e de qualidade. Essas utilizam estratégias de intensificação do trabalho e de controle excessivo dos trabalhadores, sem levar em conta as características individuais do trabalhador, os traços de personalidade e sua história de vida.</p> <p>[...]</p> <p>Os sinais e sintomas de LER/DORT são múltiplos e diversificados, destacando-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dor espontânea ou à movimentação passiva, ativa ou contra resistência;</li> <li>• alterações sensitivas de fraqueza, cansaço, peso, dormência, formigamento, sensação de diminuição, perda ou aumento de sensibilidade, agulhadas, choques;</li> <li>• dificuldades para o uso dos membros, particularmente das mãos, e, mais raramente, sinais flogísticos e áreas de hipotrofia ou atrofia<sup>60</sup>.</li> </ul>	<p>K40 - Hérnia inguinal                      K41 - Hérnia femoral                      K42 - Hérnia umbilical                      K43 - Hérnia ventral                      M16 - Coxartrose [artrose do quadril]                      M17 - Gonartrose [artrose do joelho]                      M23.3 - Menisco, outros transtornos                      M47.8 - Outras espondiloses                      M50 - Transtornos dos discos cervicais                      M51 - Outros transtornos de discos intervertebrais                      M53.1 - Síndrome cervicobraquial                      M54 - Dorsalgia                      M54.2 - Cervicalgia                      M54.3 - Ciática                      M54.4 - Lumbago com ciática                      M54.5 - Dor lombar baixa                      M65 - Sinovites e tenossinovites                      M75 - Lesões do ombro                      M77 - Outras entesopatias                      M79.8 - Outros transtornos especificados dos tecidos moles</p>	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <a href="http://renastonline.ensp.fiocruz.br/noticias/cgsat-lanca-protocolo-sobre-dor-relacionada-trabalho">http://renastonline.ensp.fiocruz.br/noticias/cgsat-lanca-protocolo-sobre-dor-relacionada-trabalho</a>. Acesso em: 21 jul. 2021.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <a href="https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/doencas-relacionadas-trabalho-manual-procedimentos-os-servicos-saude">https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/doencas-relacionadas-trabalho-manual-procedimentos-os-servicos-saude</a>. Acesso em: 21 jul. 2021.</p>



## Quadro 6 – Principais transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho na fumicultura

Doença ou agravo relacionado ao trabalho	Descrição	Algumas doenças associadas (CID-10 – doença)	Documentos disponíveis
Transtornos mentais e comportamentais	<p>“Saúde mental refere-se a um bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, consegue lidar com os estresses da vida, trabalha de forma produtiva e encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade”<sup>61</sup>.</p> <p>“Os determinantes da saúde mental e dos transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, como a capacidade de gerenciar pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros, mas também fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como políticas nacionais, proteção social, padrões de vida, condições de trabalho e apoios sociais da comunidade”<sup>61</sup>.</p> <p>Ansiedade, depressão e transtornos de insônia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade: conforme descrito no DSM-5, no quadro de ansiedade há uma sensação de preocupação persistente e excessiva acerca de alguns domínios, como desempenho no trabalho<sup>45</sup>.</li> <li>• Depressão: é caracterizada por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior), envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas.</li> </ul> <p>Pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças. Diversas condições médicas podem estar associadas a fenômenos semelhantes à depressão.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transtorno de insônia: são queixas de insatisfação predominantes relacionadas à quantidade ou à qualidade do sono associadas a um (ou mais) sintoma(s)<sup>62</sup>.</li> </ul>	<p>F32 - Episódios depressivos</p> <p>F32.1 - Episódio depressivo moderado</p> <p>F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos</p> <p>F32.8 - Outros episódios depressivos</p> <p>F41 - Outros transtornos ansiosos</p> <p>F41.0 - Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)</p> <p>F41.1 - Ansiedade generalizada</p> <p>F41.2 - Transtorno misto ansioso e depressivo</p> <p>F41.3 - Outros transtornos ansiosos mistos</p> <p>G47 - Distúrbios do sono</p> <p>G47.1 - Distúrbios do sono por sonolência excessiva (hipersonia)</p> <p>G47.2 - Distúrbios do ciclo vigília-sono</p>	<p>Vide Vide Apêndice ORGANIZACIONAL MUNDIAL DE LA SALUD. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS, 2013. Disponível em: <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021">https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021</a>. Acesso em: 21 jul. 2021.</p> <p>AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.</p> <p>BAHIA. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho. Salvador: DIVAST, 2014.</p>





# 2. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA FUMICULTURA

A Integralidade é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) garantido pela Constituição Federal de 1988 e, também, expresso no inciso II, do Artigo 7.º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, como:

integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema<sup>63</sup>.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde n. 2.866, de 2 de dezembro de 2011, reitera que a integralidade deve considerar

os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde<sup>64</sup>.

A necessidade de inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Rede de Atenção em Saúde (RAS) é expressa na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria do Ministério da Saúde n. 1.823, de 23 de agosto de 2012, que preconiza a garantia da

Integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes:

- a) atenção primária em saúde;
- b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação;
- c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar;
- [...]
- j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador<sup>65</sup>.

Em resumo, considerando o disposto nas legislações supracitadas, a integralidade à atenção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura será alcançada com ações que compreendam:

- abordagem integral do trabalhador e da trabalhadora e da família;
- atenção nos três níveis de complexidade do SUS;
- articulação das ações de promoção, prevenção e assistência;



- priorização das ações de promoção e prevenção da saúde;
- priorização da participação comunitária no planejamento, execução e avaliação das ações de promoção e prevenção.

Mattos<sup>66</sup> reforça que a integralidade não é somente uma diretriz definida constitucionalmente, mas, acima de tudo, deve ser entendida como “um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”<sup>66</sup>. A busca pela integralidade deve considerar que “o modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, onde ele vive”<sup>67</sup>.

Em áreas cultivadas com tabaco, como em outros territórios do campo, é imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam a centralidade do trabalho na determinação do processo saúde-doença das famílias produtoras de fumo e das pessoas envolvidas nessa atividade econômica.

## 2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PARA OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA FUMICULTURA

A integralidade do cuidado às famílias produtoras de fumo pressupõe que a RAS seja organizada de modo a atender às necessidades de saúde dessa população, incluindo aquelas advindas da exposição aos múltiplos fatores de risco existentes nas atividades da fumicultura. A organização da RAS deve promover a integração de ações e serviços, entre os diversos pontos de atenção que a compõem, conforme ilustrado na figura 2, garantindo a continuidade da atenção de forma integral, qualificada e humanizada.

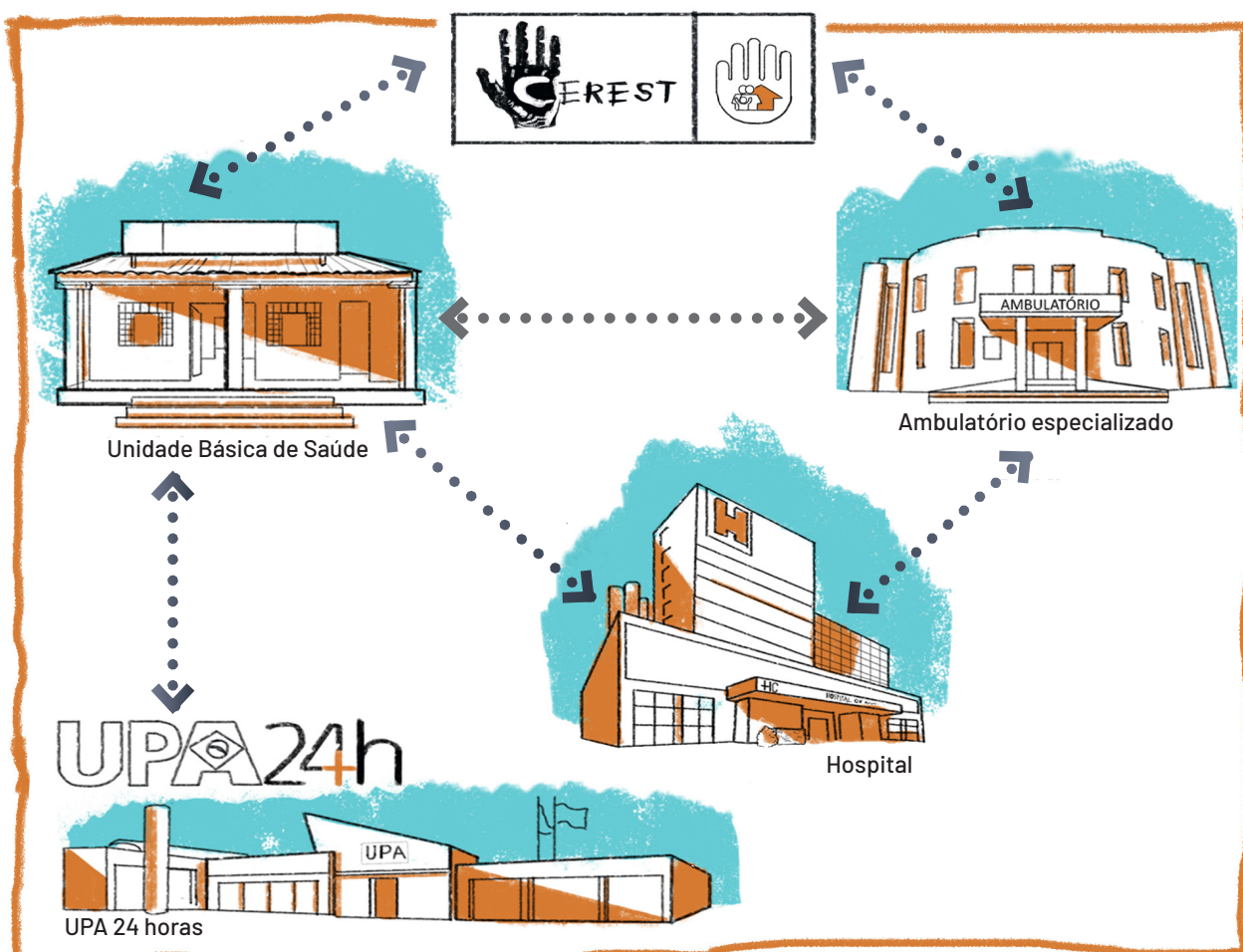
A qualificação da atenção e da gestão da saúde deve permear todos os serviços e ações voltados às famílias produtoras de fumo, como forma de garantir o rompimento de práticas de saúde fragmentadas.

A Portaria do Ministério da Saúde n. 2.728, de 11 de novembro de 2009, dispõe que as ações de Saúde do Trabalhador devem ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, por meio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). As ações devem incluir promoção, assistência e vigilância à saúde do trabalhador e devem integrar todos os níveis de atenção do SUS<sup>68</sup>.

A organização da Rede de Atenção à Saúde voltada para os trabalhadores, trabalhadoras e famílias produtoras de fumo deve ter por objetivos principais:

1. Reorientação das ações de atenção à saúde, incluindo o cuidado das pessoas dos territórios em que há cultivo de fumo, considerando a centralidade do trabalho no processo saúde-doença.
2. Garantia do cuidado integral às pessoas adoecidas pelo trabalho ou vítimas de acidentes de trabalho relacionados à fumicultura.
3. Redução dos casos de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho relacionados às atividades da fumicultura.
4. Articulação intersetorial para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde das famílias produtoras de fumo.

Figura 2 – Relação entre os principais pontos de atenção à saúde para a garantia do cuidado integral à saúde das famílias produtoras de fumo.



Fonte: Adaptado de Boletim Epidemiológico<sup>69</sup>.

Considerando os riscos a que estão expostas as pessoas que se dedicam à fumicultura, deverão ser priorizados na organização da rede os seguintes agravos e doenças do trabalho, para os quais recomenda-se a elaboração e implementação de linhas de cuidado:

- acidentes de trabalho, incluindo os graves e fatais, envolvendo crianças, adolescentes, adultos e idosos;
- câncer de pele (câncer relacionado ao trabalho);
- doença da folha verde do tabaco (DFTV);
- intoxicação exógena por agrotóxicos;
- lesões por esforços repetitivos (LER)/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), incluindo problemas de coluna;
- transtornos mentais e comportamentais;
- distúrbios respiratórios (relacionados a exposições químicas e a poeiras orgânicas);
- exposição ao calor/estresse térmico.

Além dos agravos acima elencados, especial atenção deverá ser dada às ações de saúde voltadas às crianças e aos adolescentes em situação de trabalho na fumicultura.

## 2.1.1 Atenção Primária à Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, define, em seu artigo 2º, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) como:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária<sup>70</sup>.

A APS é a “principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”<sup>70</sup>.

Em áreas cultivadas com tabaco, a APS assume papel estratégico para a garantia da atenção integral à saúde das famílias produtoras de fumo, tendo em vista seu potencial para identificar as necessidades de saúde das pessoas nos territórios e ampliar a compreensão sobre os riscos existentes no processo produtivo. A atuação da APS tende a ser um contraponto à presença hegemônica da indústria fumageira nesses territórios, que ocorre por meio das atividades desempenhadas por seus orientadores (técnicos e instrutores agrícolas), vindo a contribuir para a naturalização dos riscos existentes na fumicultura. Segundo Almeida<sup>7</sup>, os orientadores das indústrias são:

[...] funcionários das firmas e são reconhecidamente parciais na execução de suas tarefas, mesmo que tenham de propagar fabulações até que pareçam verdades.

A assistência técnica das indústrias funciona como instrumento de persuasão na fronteira agrícola do fumo, mais do que funciona como orientação de práticas e cuidados efetivos com a lavoura. Pessoas capacitadas e preparadas para o embate político-ideológico, os orientadores são bons formadores de opinião e, ressalvadas as opiniões contrárias, gozam de prestígio, principalmente, entre os agricultores de fumo mais novos.<sup>7</sup>

A promoção da saúde deve ser considerada ação fundamental a ser desenvolvida pela APS, dada a capacidade das equipes de se articularem com os diversos segmentos sociais organizados nos territórios. A articulação intersetorial deve ser fortalecida nas áreas cultivadas com fumo, com vistas ao desenvolvimento de estratégias conjuntas para o enfrentamento das situações prejudiciais à saúde das famílias produtoras. Nessa perspectiva, é importante que a APS busque uma aproximação com outros setores do poder público local, bem como com escolas, associações de moradores, movimentos religiosos, sindicatos de trabalhadores rurais, cooperativas, organizações de extensão rural e outras lideranças comunitárias.

Para garantir a atenção integral à saúde dos agricultores e agricultoras, a APS deverá, observados os limites de sua atuação:



### **1. Identificar as pessoas envolvidas na fumicultura:**

- mapear as unidades familiares de produção de fumo na área de atuação das equipes de Atenção Básica (eAB);
- identificar as pessoas envolvidas nas atividades de fumicultura (seja como fonte de renda principal ou complementar), por gênero e faixa etária;
- identificar a existência de trabalho infantil, realizar a notificação no Sinan e articular com as autoridades competentes para seu enfrentamento. Recomenda-se a articulação com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador ou a equipe de referência em Saúde do Trabalhador para apoio às ações subsequentes.

### **2. Realizar a vigilância epidemiológica dos agravos e doenças relacionados à fumicultura:**

- identificar o perfil epidemiológico dos agravos e doenças relacionados à fumicultura na população adscrita, utilizando os dados disponíveis nos registros de saúde do serviço (prontuários, notificações, entre outros);
- realizar busca ativa de casos, notificar e analisar dados sobre as doenças e agravos relacionados ao trabalho na fumicultura.

### **3. Acompanhar ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho em propriedades produtoras de fumo:**

- estabelecer articulação com equipes de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) para a realização de ações de vigilância dos ambientes e das condições de trabalho, com vistas à orientação e à promoção da saúde do trabalhador.

### **4. Prestar assistência à saúde das pessoas envolvidas no trabalho de produção de fumo:**

- incluir os itens ocupação e ramo de atividade na ficha de atendimento individual do e-SUS de crianças, adolescentes, adultos e idosos;
- participar do acolhimento aos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- responsabilizar-se pelo acompanhamento das famílias produtoras de tabaco adscritas ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos relacionados à fumicultura, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade, com suporte de equipes de apoio como Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

## 5. Realizar ações de educação em saúde:

- desenvolver estratégias para a realização de ações de educação em saúde junto às famílias produtoras de tabaco, abordando os riscos à saúde e os danos ambientais decorrentes da fumicultura, como, por exemplo:
  - > realizar rodas de conversa na Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou em locais próximos às moradias das famílias. Recomenda-se que a execução dessas atividades seja feita em datas específicas durante o ano, como, por exemplo:
    - Dia Mundial em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho: 28 de abril
    - Dia do Trabalhador: 1º de maio
    - Dia do Trabalhador Rural: 25 de maio
    - Dia Mundial do Meio Ambiente: 5 de junho
    - Dia Nacional e Mundial de Combate ao Trabalho Infantil: 12 de junho
    - Dia do Colono: 25 de julho

As equipes deverão realizar essas atividades também em outras datas, conforme prioridades da agenda em cada local. O importante é que sejam realizadas com frequência;

- > abordar, sempre que possível, nas visitas domiciliares, os riscos à saúde decorrentes da fumicultura, conforme apresentados na figura 1;
- colaborar com a elaboração e reprodução de materiais educativos (panfletos, cartazes, cartilhas, mídias digitais, entre outros) que abordem os impactos da fumicultura sobre a saúde das pessoas (trabalhadores e trabalhadoras, famílias e pessoas residentes no entorno de propriedades produtoras de fumo) e sobre medidas de proteção. Essa atividade deve ser realizada com o apoio do Cerest da região ou município, referência técnica em Saúde do Trabalhador ou Núcleo ou Coordenação de Saúde do Trabalhador.

## 6. Realizar ações de promoção da saúde:

- identificar parceiros institucionais e na comunidade que possam potencializar ações de promoção da saúde:
  - > com o apoio do Cerest, referência técnica em Saúde do Trabalhador, ou Núcleo ou Coordenação de Saúde do Trabalhador, buscar articulação com outros setores municipais e regionais (Meio Ambiente, Desenvolvimento Econômico, Assistência e Promoção Social, Educação, Agricultura e Extensão Rural, Conselho Tutelar, Ministério Público, entre outros), para o desenvolvimento de ações que promovam a saúde das comunidades, incentivem o desenvolvimento sustentável e contribuam para a eliminação do trabalho infantil em áreas cultivadas com fumo. Caso não haja apoio especializado em Saúde do Trabalhador, a APS deverá buscar apoio junto a outras instituições públicas ou organizações sociais;
  - > articular-se com movimentos sociais ou lideranças comunitárias para o desenvolvimento de ações que contribuam para a promoção da saúde das comunidades.

### 2.1.1.1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

O processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) deve ser estabelecido com base nos problemas, demandas e necessidades de saúde das pessoas e grupos sociais em seus territórios. Também deve levar em conta dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos – conforme definido na Portaria do Ministério da Saúde n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica<sup>70</sup>.

A atuação do Nasf-AB deve se dar a partir do “compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes”<sup>70</sup>.

Nos territórios em que há produção de fumo, o Nasf-AB deve atuar em conjunto com os demais profissionais da APS de modo a:

- contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários;
- realizar apoio matricial, discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos singulares para o cuidado da atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras;
- apoiar as ações de educação permanente voltadas à formação das eAB sobre o manejo de agravos e doenças relacionados à fumicultura;
- participar, em conjunto com as equipes de eAB e Saúde do Trabalhador, de ações de intervenção nas áreas produtoras de fumo;
- colaborar com as ações de prevenção e promoção da saúde das famílias produtoras de fumo;
- participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica às quais estão vinculadas as ações de prevenção, promoção e vigilância da saúde das famílias produtoras de fumo.

Profissionais de saúde que desenvolvam atividades laborativas em áreas cultivadas com fumo e que residam nessas áreas, principalmente os que atuam na APS, tendem a ter forte identificação pessoal e ocupacional como produtores de fumo, em razão de histórico familiar e cultural com a atividade. Essa situação pode levá-los a naturalizar os riscos existentes na atividade, bem como a não reconhecer possíveis doenças e agravos relacionados ao trabalho na fumicultura.

Por essa razão, é imprescindível que haja a qualificação, de forma sistemática e continuada, desses profissionais acerca dos riscos à saúde existentes na fumicultura e da responsabilidade sanitária que lhes é imputada.



## 2.1.2 Média e alta complexidade

A articulação e integração entre os três níveis de complexidade do SUS e o compromisso do acesso às ações e serviços ofertados é primordial para a garantia da integralidade do cuidado. A média complexidade é constituída por

ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento<sup>71</sup>.

Os principais procedimentos de média complexidade que precisam ser ofertados em áreas cultivadas com fumo são: procedimentos especializados, realizados por outros profissionais de saúde para o estabelecimento do diagnóstico, donexo causal com o trabalho e da conduta terapêutica; serviços de apoio diagnóstico; e serviços de reabilitação.

A alta complexidade, por sua vez, compreende um:

conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)<sup>71</sup>.

Os serviços ambulatorial, de apoio diagnóstico e hospitalar, de média e alta complexidade, que deverão ser realizados para a garantia da integralidade à atenção das famílias produtoras de fumo, estão descritos no quadro 7.

**Quadro 7 - Atribuições dos serviços de média e alta complexidade direcionadas aos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura**

Atribuições	Atenção especializada (ambulatorial e hospitalar)	Serviços de urgência e emergência
Incorporar na rotina de cuidado o “trabalho” como determinante do processo saúde-doença nos trabalhadores produtores de fumo	✓	✓
Garantir a integralidade do cuidado às pessoas com agravos à saúde relacionados ao trabalho na fumicultura, contribuindo para o diagnóstico e o tratamento desses agravos e para a reabilitação das pessoas	✓	----
Identificar e registrar a situação de trabalho, ocupação e ramo de atividade econômica das pessoas atendidas	✓	✓
Notificar os agravos relacionados à fumicultura	✓	✓
Encaminhar para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação	✓	✓
Articular-se com as equipes técnicas e os Cerest, sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda a rede SUS	✓	✓
Prestar assistência às pessoas em situação de urgência e emergência, estabelecendo a relação entre o problema de saúde e o trabalho na fumicultura	----	✓

Fonte: Própria



### 2.1.3 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)

A Renast integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador<sup>72</sup>.

Os Cerest, unidades técnicas de referência em Saúde do Trabalhador, e as coordenações de Saúde do Trabalhador são partes integrantes da Renast e têm a função de subsidiar tecnicamente o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais<sup>73</sup>.

Em áreas cultivadas com fumo, os serviços de Saúde do Trabalhador, estaduais, regionais e municipais, no limite de suas atribuições, deverão:

- prestar apoio técnico pedagógico aos pontos de atenção da RAS, nas ações voltadas a promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura;
- desenvolver projetos específicos de formação e capacitação dos profissionais de saúde da RAS, com vistas ao desenvolvimento de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras em áreas de cultivo de tabaco, no âmbito da sua área de abrangência;
- realizar análise da situação de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura no território de atuação, identificando problemas, ações, indicadores e metas para serem incorporados nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS;
- estimular o desenvolvimento de ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério Público do Trabalho (MPT), Previdência Social, Ministério Público, para a promoção da saúde das famílias produtoras de tabaco;
- promover, sistematicamente, reuniões e oficinas de apoio técnico pedagógico aos municípios de sua área de abrangência, em articulação com as instâncias regionais da SES, para definição e planejamento de ações voltadas às famílias produtoras de fumo;
- realizar apoio matricial, discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos singulares para o cuidado da atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.



## 2.1.4 Manejo dos agravos e doenças relacionadas à fumicultura na APS

A partir do acolhimento de usuário/caso suspeito de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho, realizar uma breve anamnese ocupacional é fundamental para a avaliação da relação com o trabalho/nexo causal. A relação do caso com o trabalho pode ser estabelecida com base na história clínica, de exposição e por critério epidemiológico. Vale a pena lembrar que a Classificação de Schilling é útil para compreender a relação do trabalho com o adoecimento de trabalhadores e trabalhadoras<sup>58</sup>.

Nos casos em que a avaliação do nexo for inconclusiva, havendo suspeita de relação com o trabalho, pode-se contar com os serviços de referência, como Cerest, para avaliação complementar.

Nos casos confirmados, há necessidade de ações complementares à assistência: vigilância em saúde e recomendações para afastamento do risco ou do trabalho, conforme o caso. Havendo incapacidade para o trabalho, o(a) usuário(a) deve receber laudos ou atestados acerca de sua condição de saúde e incapacidade.

Tratando-se de menor de 18 anos, além da notificação do agravo ou doença no Sinan, também deve ser notificada a situação de trabalho infantil na ficha de violência do Sinan (menores de 14 anos; casos entre 14 e 18 anos em trabalhos proibidos).

O fluxograma 1 apresenta o percurso que deve ser percorrido pelas pessoas adoecidas ou com suspeita de adoecimento pelas condições de trabalho da fumicultura.



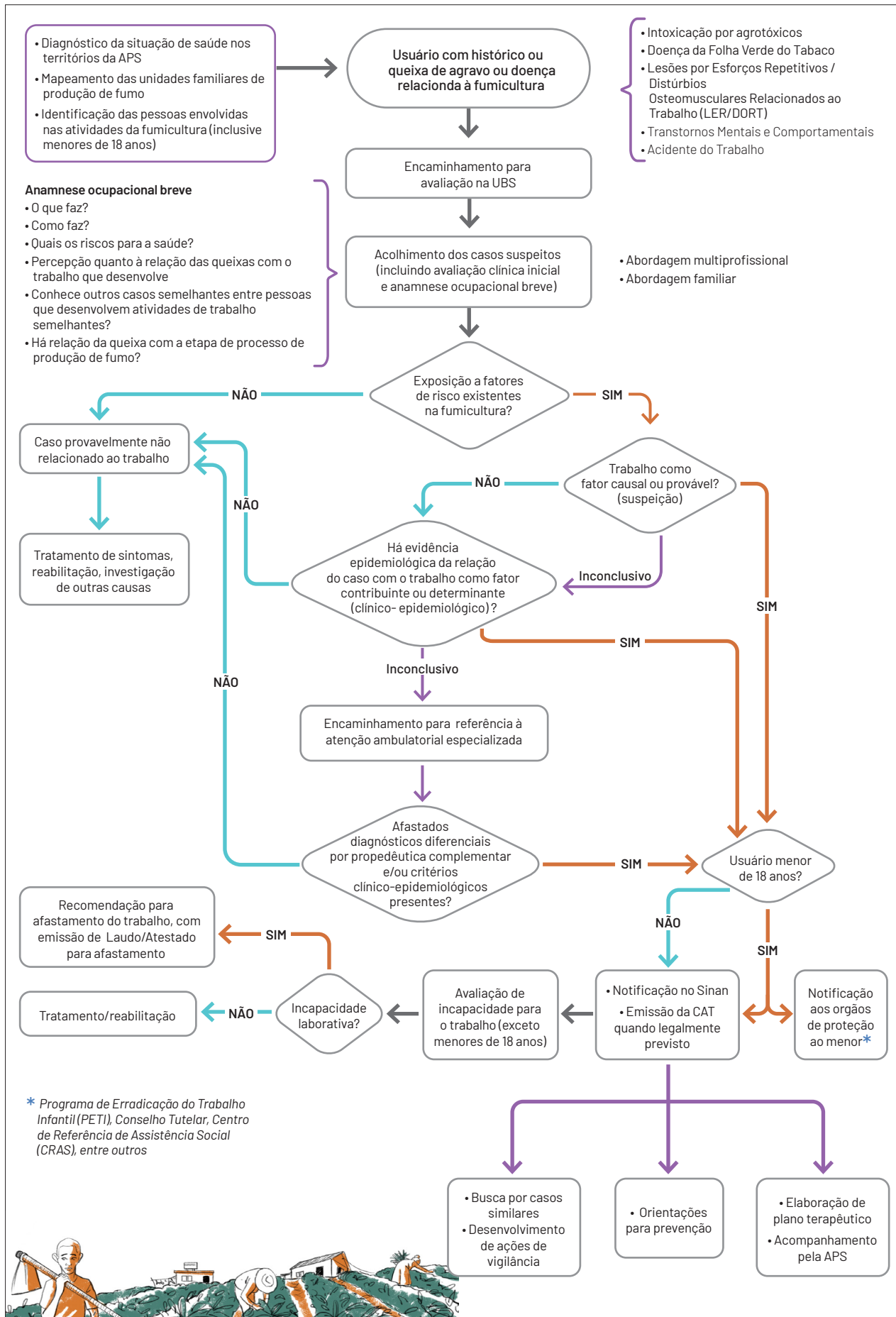
## 2.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A articulação entre assistência e vigilância em saúde é condição essencial para orientar o modelo de atenção à saúde nos territórios, buscando garantir a integralidade nas ações de saúde. A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 588, de 12 de julho de 2018, define a vigilância em saúde como:

um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças<sup>74</sup>.

As ações de vigilância em saúde nos territórios devem ser pautadas pela articulação entre a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância em saúde ambiental, de modo a impactar positivamente os determinantes do processo saúde-doença<sup>74</sup>. No quadro 8, são apresentadas as definições das vigilâncias, conforme constam na PNVS.

# Fluxograma 1: Manejo de agravos e doenças relacionadas ao trabalho na fumicultura



Fonte: Adaptado de Brasil (2018)

## Quadro 8 – Definições das vigilâncias segundo a Política Nacional de Vigilância em Saúde

Vigilância	Definição
Vigilância Epidemiológica	Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não transmissíveis, e agravos à saúde.
Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	Conjunto de ações que visam a promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.
Vigilância Sanitária	Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e os processos, da produção ao consumo e descarte.
Vigilância em Saúde Ambiental	Conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.

Fonte: CNS.<sup>74</sup>

### 2.2.1 Vigilância em saúde dos agravos e doenças relacionados ao trabalho na fumicultura

A produção, consolidação e análise de dados são essenciais para a produção de informações que permitam o monitoramento dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho na fumicultura nos territórios e nos municípios produtores de fumo. Com base nas informações geradas, é possível planejar, priorizar, implementar e avaliar ações de prevenção e controle dos agravos e doenças, bem como contribuir para a (re)organização continuada dos serviços e ações de saúde<sup>58</sup>.

Os sistemas de informação em saúde (SIS) são fundamentais para a vigilância dos agravos e doenças decorrentes do processo de produção do fumo. O registro dos agravos no SIS, em especial no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), devem ser estimulados em todos os serviços de saúde.

A notificação de casos suspeitos ou confirmados de agravos relacionados ao trabalho é etapa primordial para o processo de vigilância epidemiológica nos territórios, devendo ser feita pelos serviços de saúde, públicos ou privados, seguindo as orientações disponíveis nos dispositivos legais e administrativos sobre o tema.

A Portaria do Ministério da Saúde n. 204, de 17 de fevereiro de 2016, define em seu artigo 3º que:

[...] Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento<sup>75</sup>.

Para saber mais sobre o processo para o registro de casos suspeitos ou confirmados de agravos e doenças de notificação compulsória, consulte a equipe de Vigilância Epidemiológica do município ou estado ou o Cerest.

### 2.2.1.1 Relação de agravos e doenças de notificação compulsória relacionados ao trabalho na fumicultura

Os principais agravos de notificação compulsória que devem ser monitorados pelos serviços de saúde que atendem pessoas envolvidas no processo de produção de fumo, e que apresentam relação com os fatores de risco existentes na fumicultura, são os definidos na Portaria do Ministério da Saúde n. 264, de 17 de fevereiro de 2020, e na Portaria n. 777, de 28 de abril de 2004, listados a seguir:

- acidente de trabalho – grave, fatal e em crianças e adolescentes;
- câncer relacionado ao trabalho;
- intoxicação exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, plantas tóxicas, gases tóxicos e metais pesados);
- lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), incluindo problemas de coluna;
- transtornos mentais relacionados ao trabalho, incluindo os sofrimentos mentais e tentativas de suicídio;
- violência doméstica e/ou outras violências (para o caso de crianças e adolescentes em situação de trabalho).

### 2.2.1.2 Registro dos agravos e doenças de notificação compulsória relacionados ao trabalho na fumicultura

Os registros dos agravos e doenças deverão ser feitos em fichas de notificação específicas. A qualidade no preenchimento dos campos das fichas deve ser fomentada por meio de atividades formativas sistemáticas e continuadas, envolvendo todos os profissionais envolvidos.

A completude das fichas é primordial para que possam ser geradas informações fidedignas para a tomada de decisões. Como forma de padronizar o preenchimento dos campos “Ocupação” e “Atividade econômica” nas fichas de investigação, são recomendados os códigos descritos no quadro 9.



**Quadro 9 - Descrição da ocupação e atividade econômica que deverá ser utilizada nas notificações de agravos doenças relacionadas à fumicultura**

Nome do Campo	Descrição do Campo	Forma de preenchimento: Código/Descrição
Ocupação	Ocupação da pessoa que sofreu o agravo, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Importante: registrar a ocupação relativa à função que realizava quando sofreu o agravo (mesmo que seja aposentado ou trabalhador informal).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6126-20: Produtor de fumo</li> <li>• 6226-20: Trabalhador da cultura de fumo</li> </ul>
Atividade Econômica (CNAE)	Atividade econômica a que a pessoa que sofreu o agravo se dedica, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0114-8: Cultivo de fumo</li> <li>• 1220-4: Fabricação de fumo em corda</li> </ul>

Fonte: Própria

Os mesmos códigos e descrições deverão ser utilizados em outros instrumentos de coleta de dados, de outros sistemas de informação em saúde, quando se referirem às atividades desempenhadas pelas pessoas que se dedicam a outras atividades agrícolas de produção de fumo em folhas e fumo em corda.

### CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)

**CBO: 6126-20 – Produtor de fumo** → Fumicultor - empregador.

Descrição sumária: administram a propriedade agrícola; cultivam plantas de fumo; plantam mudas; colhem, beneficiam e comercializam a produção. Condicionam terreno para plantio e desenvolvem atividades de preservação do meio ambiente.

**CBO: 6226-20 – Trabalhador da cultura do fumo** → Colhedor de fumo, Cultivador de fumo - exclusive conta própria e empregador, Fumeiro, Fumicultor - exclusive conta própria e empregador.

Descrição sumária: colhem folhas das plantas de fumo; plantam; produzem mudas de plantas. Beneficiam folhas de plantas; acondicionam colheita e realizam tratos culturais em plantações. Organizam instalações e equipamentos agrícolas e preparam solo para plantio.

**Para conhecer outras ocupações associadas à cadeia produtiva do fumo, acesse:**

<http://cbo.maisemprego.mte.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>

### CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE)

**CNAE: 0114-8 – Cultivo de fumo**  
Compreende: o cultivo de fumo

Compreende também:

- o processamento do fumo por meio de secagem, defumação e outros processos, quando atividade complementar ao cultivo
- a produção de semente de fumo, quando atividade complementar ao cultivo

Não compreende:

- a produção de sementes certificadas de fumo, inclusive modificadas geneticamente (Ver CNAE: 01.41-5)
- os serviços de preparação de terreno, cultivo e colheita realizados sob contrato (Ver CNAE: 01.61-0)
- o processamento do fumo por meio de secagem (Ver CNAE: 12.10-7)

**CNAE: 1220-4 – Fabricação de produtos do fumo**

Compreende:

- a fabricação de cigarros
- a elaboração de fumo em rolo e em corda
- a fabricação de cigarrilhas, charutos, fumo desfiado, em pó e pasta, fumo para mascar e rapé

Compreende também:

- a fabricação de cigarros de palha
- a fabricação de filtros para cigarros

Não compreende:

- o cultivo do fumo, bem como o beneficiamento inicial (Ver CNAE: 01.14-8)
- o processamento industrial das folhas de fumo (Ver CNAE: 12.10-7)

**Para conhecer outras atividades econômicas relacionadas à cadeia produtiva do fumo, acesse:**

<https://concla.ibge.gov.br/busca-online-cnae.html>

## 2.2.2 Vigilância em saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura

A Portaria do Ministério da Saúde n. 3.120, de 1º de julho de 1998, que aprovou a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, afirma que a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat):

compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população<sup>76</sup>.

A mesma portaria referenda a Visat como:

uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los<sup>76</sup>.

A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador apresenta estratégias para a operacionalização das ações de Visat, entre elas a que consiste na atuação por ramo de atividade econômica<sup>76</sup>. Essa estratégia é a recomendada para atuação em territórios cultivados com fumo.

Para a operacionalização das ações de Visat adotando a abordagem por ramo produtivo, no caso o cultivo de fumo, elas devem compreender:

- a análise dos processos de trabalho, com vistas à identificação dos riscos à saúde existentes na atividade econômica;
- a atuação em propriedades produtoras de fumo com perfil similar de atividades e organização de trabalho em determinado território;
- a ação dialógica com as famílias produtoras de fumo na busca por mudanças nos processos de trabalho, com a participação de representantes dos trabalhadores e trabalhadoras envolvidos na atividade econômica.

Os Cerest estaduais, regionais e municipais ou as equipes de referência em Saúde do Trabalhador que abranjam territórios com produção de fumo deverão executar as seguintes ações, em conjunto com as equipes de APS:

- promover capacitações para as equipes de saúde sobre o processo de trabalho do fumo e os riscos relacionados a essas atividades;
- elaborar, em conjunto com outros setores da Saúde, como APS e Vigilâncias, análise de situação de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura dos municípios de abrangência, para melhor compreensão sobre como fazer a Análise de Situação de Saúde, consultar o Guia de Análise de Situação de Saúde do Trabalhador em Áreas Cultivadas com Tabaco;

- realizar ações programadas de Visat nas propriedades produtoras de fumo, acompanhados por equipes de APS e por representantes da sociedade civil organizada (sindicato de trabalhadores rurais, associação de pequenos produtores, associação de moradores, cooperativas, entre outras entidades/organizações), com vistas à identificação dos riscos e orientação das famílias sobre os riscos à saúde advindos do processo produtivo e proposição de recomendações de medidas para a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Para as ações de Visat, recomenda-se que:

- > ocorram nas diversas etapas de produção do fumo;
- > com base em critérios epidemiológicos, se possível, ocorram em propriedades das diversas regiões do município, de modo a se obter um panorama geral das condições de trabalho;
- > seja estimulada a participação das famílias produtoras de fumo na identificação dos problemas relacionados aos processos produtivos e na definição de estratégias de intervenção sobre esses problemas;
- > após sua execução, sejam utilizados os principais meios de comunicação (rádios comunitárias, jornais de circulação regional, entre outros) disponíveis nos municípios para informar sobre os cuidados necessários para a proteção da saúde das famílias produtoras de fumo. É importante que essa atividade seja realizada garantindo o anonimato das propriedades visitadas, para que não venham a sofrer sanções das empresas fumageiras;
- > sejam estruturadas ações de comunicação de risco voltadas às famílias produtoras de fumo, que priorizem o diálogo com os trabalhadores e trabalhadoras sobre suas condições de trabalho e as alternativas para seu enfrentamento. As ações deverão ser estruturadas de forma a garantir sua continuidade ao longo do tempo e com forte participação das equipes de APS;
- > após a identificação das principais situações de risco identificadas durante a execução, os serviços de Saúde do Trabalhador busquem articulação multissetorial (órgãos públicos e organizações da sociedade civil) para a elaboração e implementação de planos de intervenção nos territórios.

É imprescindível garantir que as entidades e instituições representativas dos trabalhadores e das trabalhadoras não apresentem conflito de interesses com a indústria fumageira, conforme recomendado pelo artigo 5.3 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS).





### 2.2.3 Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) em áreas cultivadas com tabaco

O cultivo de fumo gera impactos negativos ao ambiente, seja em função da grande quantidade de agrotóxicos empregados nas diversas etapas do processo de produção, seja pela queima da lenha utilizada nas estufas durante a cura das folhas, ou mesmo devido ao desflorestamento decorrente da utilização de lenha<sup>77</sup>. Além da queima de madeira (mais intensa nas estufas tradicionais), as estufas elétricas consomem uma enorme quantidade de energia, contribuindo para quedas de energia que podem provocar danos em várias propriedades e domicílios. O consumo de produtos derivados do fumo também gera grandes problemas ambientais, inclusive em áreas urbanas, causados pelo descarte inadequado das guimbas de cigarro, por exemplo, que poluem córregos, rios e mares, e podem causar incêndios.

Contudo, é importante chamar a atenção nessa publicação para os impactos gerados pela larga utilização de agrotóxicos, que tendem a contaminar diversos compartimentos ambientais, como água, solo e ar. De acordo com o *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*, há evidências científicas da contaminação da água por agrotóxicos como imidacloprido, atrazina e clomazona em áreas de cultivo de fumo no Rio Grande do Sul<sup>78</sup>. A produção do fumo, conforme referido anteriormente, ocorre em pequenas propriedades do campo. Não raro, é possível observar as plantações de fumo em áreas circunvizinhas às residências das famílias produtoras, situação que amplia o potencial de intoxicação por agrotóxicos de pessoas do entorno das plantações.

Nessa perspectiva, é importante que nos territórios cultivados com fumo sejam fortalecidas as ações de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) de forma articulada intra e intersetorialmente nos territórios. As Diretrizes Nacionais para a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos estabelecem uma série de estratégias para a efetivação das ações integradas de prevenção, promoção, vigilância e atenção à saúde de populações expostas ou potencialmente expostas a agrotóxicos<sup>79</sup>.

Para o enfrentamento dos potenciais impactos negativos à saúde humana decorrentes da contaminação dos compartimentos ambientais pelas atividades da fumicultura, a VSA, municipal e/ou estadual, deve atuar para garantir:

- a inclusão dos municípios produtores de fumo como prioritários nos Planos Estaduais de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA);
- o monitoramento da qualidade de água para consumo humano em áreas cultivadas com fumo, com divulgação de seus resultados para a população;
- o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (Vigiar), com vistas à identificação da magnitude dos agravos relacionados a essa forma de poluição decorrente dos processos de queima de biomassa na produção de fumo. Para tanto, recomenda-se a realização de medidas de poeiras (totais e respiráveis) durante as atividades de secagem, pré-classificação e enfardamento do fumo, próximo das estufas e dentro dos galpões. No caso de estarem acima do permitido, realizar monitoramento da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras expostos;
- a articulação intersetorial com vistas ao desenvolvimento seguro e sustentável.



## 2.3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

Partindo do conceito ampliado de saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), redefinida pela Portaria do Ministério da Saúde n. 2.446, de 11 de novembro de 2014, tem como objetivo geral:

promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais<sup>80</sup>.

Em áreas cultivadas com fumo, histórica e socialmente, foram construídas e são mantidas crenças de que a fumicultura é o mais vantajoso meio de subsistência para as famílias e que os riscos decorrentes dessa atividade econômica são menores do que os existentes em outras culturas agrícolas. Tal situação contribui para a resistência das famílias produtoras e, como referido anteriormente, de profissionais de saúde acerca de iniciativas de promoção da saúde e desenvolvimento local sustentável. Essas características e atitudes reforçam a importância do envolvimento e da participação comunitária no planejamento e execução das iniciativas desenvolvidas nos territórios.

O setor Saúde (Renast, APS, Vigilância em Saúde) deverá buscar articulação intersetorial para a realização de ações e programas voltados à promoção da saúde das famílias produtoras de fumo, como, por exemplo:

- Articulação com as secretarias estaduais e municipais de agricultura, Emater e organizações de extensão rural, organizações de agricultura familiar e outras organizações da sociedade civil para dialogar com as famílias produtoras de fumo sobre: opções disponíveis para a cultivo de outras culturas alternativas ao fumo; apoio técnico e capacitação profissional para o desenvolvimento de outros meios de subsistência; benefícios à saúde e econômicos da diversificação de culturas.

> O Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco<sup>81</sup> configura uma ação promotora de saúde potente, com princípios que se coadunam às diretrizes da PNPS, que deve ser fortalecido e implementado pelos municípios produtores de fumo.

**IMPORTANTE:** As políticas que promovam meios de vida alternativos, economicamente sustentáveis, devem ser protegidas dos interesses comerciais e de outros interesses criados pela indústria do tabaco, incluindo as “empresas de primeira transformação”, de acordo com o art. 5.3 da CQCT/OMS e suas diretrizes<sup>82</sup>.

## PROGRAMA NACIONAL DE DIVERSIFICAÇÃO EM ÁREAS CULTIVADAS COM TABACO<sup>81</sup>

**Objetivo:** Apoiar a implementação de projetos de extensão rural, formação e pesquisa para desenvolver estratégias de diversificação produtiva em propriedades de agricultores familiares que produzem fumo e criar novas oportunidades de geração de renda e qualidade de vida às famílias.

### Princípios do Programa:

**Desenvolvimento Sustentável:** Norteia o desenvolvimento de alternativas produtivas e geradoras de renda em propriedades fumicultoras comprometidas com a sustentabilidade ambiental, com a qualidade de vida das famílias e com a transição agroecológica dos sistemas produtivos. A pesquisa, a formação e a Assistência Técnica e Extensão Rural (Ater) implementadas pelas organizações devem colaborar para um desenvolvimento equilibrado dos sistemas produtivos e sociais e devem estar comprometidas com a sustentabilidade ambiental e a qualidade de vida das famílias rurais.

**Segurança Alimentar:** O princípio da segurança alimentar está associado ao compromisso do governo federal com o desenvolvimento de ações e políticas públicas que incentivem a produção limpa e diversificada nas pequenas propriedades familiares fumicultoras, permitindo que as famílias tenham acesso ao alimento nas propriedades, com qualidade e em quantidade suficiente para o consumo e a comercialização.

**Diversificação:** A sustentabilidade econômica, social e ambiental das propriedades acontece na medida em que o tema estratégico da diversificação de produtos e atividades passa a fazer parte das políticas e programas direcionados à agricultura familiar. As alternativas produtivas devem contribuir para a segurança alimentar e para a geração de renda.

**Participação:** São os agricultores familiares fumicultores que devem definir de forma autônoma as alternativas produtivas, com informações e orientação técnica que permitam a construção de conhecimentos no campo, respeitando as questões de gênero, geração, raça e etnia. O compromisso do programa também é criar essas oportunidades.

**Parceria:** Como forma de fortalecer, ampliar e potencializar os processos de planejamento e execução das ações de diversificação, as parcerias são importantes e estratégicas para a implementação do programa, tanto no âmbito nacional, quanto estadual e municipal. A ação integrada com organizações governamentais e não governamentais, universidades, instituições de Ater, pesquisa, entre outras, colabora para ações estruturantes da diversificação em áreas de tabaco.<sup>81</sup>



- Articulação com as secretarias estaduais e municipais de assistência e promoção social, ou equivalente, educação e organizações de extensão rural, organizações de agricultura familiar e outras organizações da sociedade civil para dialogar com as famílias produtoras de fumo sobre as repercussões negativas do trabalho no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

> O Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador<sup>83</sup> preconiza a realização de ações para o enfrentamento do trabalho infantil, que, em áreas cultivadas com tabaco, podem ser:

- disponibilizar informações sobre a saúde da criança e do adolescente em situação de trabalho infantil na fumicultura;
- manter e atualizar mídias sociais dos direitos da criança e do adolescente, incluindo informações sobre o trabalho infantil;
- promover campanhas anuais do dia 12 de junho (Dia Nacional e Mundial de Combate ao Trabalho Infantil);
- compatibilizar fluxos/protocolos de atendimento das situações de trabalho infantil nos territórios, de forma intersetorial;
- promover encontro regional para aprimoramento das estratégias de vigilância em saúde do trabalhador relacionadas ao trabalho infantil;
- promover programas de formação e atividades sobre os direitos da criança e do adolescente à saúde, voltados aos profissionais de saúde e de assistência social;
- implantar escolas em tempo integral em áreas de produção de fumo, de forma a melhorar a qualidade da formação dos estudantes e ampliar suas habilidades pessoais e profissionais, com capacitações dentro do modelo de agricultura sustentável.

## REFERÊNCIAS

<sup>1</sup> FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. Statistics Division. FAOSTAT. Roma: FAO, 2020. Disponível em: <http://faostat3.fao.org/download/Q/QC/E>. Acesso em: 7 out. 2020.

<sup>2</sup> SINDICATO INTERESTADUAL DA INDÚSTRIA DO TABACO. *Brasil: o grande exportador e segundo maior produtor*. Santa Cruz do Sul: Sinditabaco, 2019. Disponível em: <http://www.sinditabaco.com.br/item/brasil-o-grande-exportador-e-segundo-maior-produtor/>. Acesso em: 7 out. 2020.

<sup>3</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO framework convention on tobacco control*. Geneva: World Health Organization, 2003.

<sup>4</sup> PORTES, Leonardo Henriques; MACHADO, Cristiani Vieira; TURCI, Silvana Rubano Barretto. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00017317, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00017317>. Acesso em: 30 maio 2021.

<sup>5</sup> IBGE. Sistema IBGE de Recuperação Automática. *Banco de dados agregados*. [Rio de Janeiro]: IBGE/Sidra, 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/lspa>. Acesso em: 7 out. 2020.

<sup>6</sup> ASSOCIAÇÃO DE FUMICULTORES DO BRASIL. *Fumicultura no Brasil*. Santa Cruz do Sul: Afubra, [2019]. Disponível em: <https://afubra.com.br/fumicultura-brasil.html>. Acesso em: 7 out. 2020.

<sup>7</sup> ALMEIDA, G. E. G. *Fumo: servidão moderna e violação de direitos humanos*. Curitiba: Terra de Direitos, 2005.

<sup>8</sup> REIS, Marcelo Moreno dos *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas de agricultoras sobre o processo de produção de tabaco em um município da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 15, e00080516, maio 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00080516>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/217/conhecimentos-atitudes-e-praticas-de-agricultoras-sobre-o-processo-de-producao-de-tabaco-em-um-municipio-da-regiao-sul-do-brasil>. Acesso em: 30 maio 2021.

<sup>9</sup> RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A. Health, environment and working conditions in tobacco cultivation: a review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1587-1600, jun. 2012.

<sup>10</sup> SINDICATO INTERESTADUAL DA INDÚSTRIA DO TABACO. *Tipos de tabaco*. Santa Cruz do Sul: Sinditabaco, 2019. Disponível em: <http://www.sinditabaco.com.br/sobre-o-setor/tipos-de-tabaco/>. Acesso em: 7 out. 2020.

<sup>11</sup> HIRSCH, A.; LANDAU, E. C. Evolução da produção de fumo (Nicotiana tabacum, Solanaceae). In: LANDAU, E. C.; SILVA, G. A.; MOURA, L.; HIRSCH, A.; GUIMARÃES, D. P. (ed.). *Dinâmica da produção agropecuária e da paisagem natural no Brasil nas últimas décadas*. 2. ed. Brasília, DF: EMBRAPA, 2020. p. 801-838.

<sup>12</sup> OLIVEIRA, P. P. V. et al. First reported outbreak of green tobacco sickness in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2263-2269, dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200005>. Acesso em: 20 mar. 2016.

<sup>13</sup> BARTHOLOMAY, P.; ISER, B. P.; OLIVEIRA, P. P.; SANTOS, T. E.; MALTA, D. C.; SOBEL, J.; MOURA, L. Epidemiologic investigation of an occupational illness of tobacco harvesters in Southern Brazil, a worldwide leader in tobacco production. *Occupational & Environmental Medicine*, London, v. 69, n. 7, p. 514-518, July 2012. Disponível em: <http://oem.bmj.com/content/69/7/514.full.pdf+html>. Acesso em: 20 mar. 2016.

<sup>14</sup> FASSA, A. G.; FARIA, N. M. X.; MEUCCI, R. D.; FIORI, N. S.; MIRANDA, V. I.; FACCHINI, L. A. Green tobacco sickness among tobacco farmers in Southern Brazil. *American Journal of Industrial Medicine*, New York, v. 57, n. 6, p. 726-735, June 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/ajim.22307/>. Acesso em: 20 mar. 2016.

<sup>15</sup> CARGNIN, Marcia Casaril dos Santos; CEZAR-VAZ, Marta Regina; GETELINA, Caroline Ottobelli; BONOW, Clarice Alves. Socio-environmental risks associated with the green tobacco sickness in farmers: a case-control study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 72, n. 6, p. 1670-1676, nov./dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0803>. Acesso em: 30 maio 2021.

<sup>16</sup> ALVES, J.; SILVA, F. R.; KAHL, V.; REYES, J.; LIMA, E.; ABREU, M. B.; THIESEN, F. V.; SANTOS, D. L.; SALVADOR, M.; BRANCO, C. S.; NERSESYAN, A.; KNASMULLER, S.; SILVA, J. Impact of nicotine-induced green tobacco sickness on DNA damage and the relation with symptoms and alterations of redox status in tobacco farmers. *Ecotoxicology and Environmental Safety*, Amsterdam, v. 206, p. 111397, 2020 Dec. 15. DOI: 10.1016/j.ecoenv.2020.111397.

<sup>17</sup> CAMPOS, Élide *et al.* Occurrence of green tobacco sickness and associated factors in farmers residing in Dom Feliciano Municipality, Rio Grande do Sul State, Southern Region of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00122719, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00122719>. Acesso em: 30 maio 2021.

<sup>18</sup> HEEMANN F. *O cultivo de fumo e condições de saúde e segurança dos trabalhadores rurais*. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

<sup>19</sup> MEUCCI, Rodrigo Dalke *et al.* Limitação no trabalho por dor lombar em fumicultores do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 39, n. 129, p. 06-16, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0303-7657000079113>. Acesso em: 1 jun. 2021.

<sup>20</sup> FASSA, A. G. *et al.* Dolor cervical entre agricultores que producen tabaco en el sur de Brasil. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2307>. Acesso em: 1 jun. 2021.

<sup>21</sup> CARVALHO, Maitê Peres de *et al.* Dor na coluna torácica e fatores associados em fumicultores. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000002019>. Acesso em: 1 jun. 2021.

<sup>22</sup> POLETTI, Â. R.; GONTIJO, L. A. Family farming workers mental health in a microrregion in southern Brazil. *Work*, Reading, v. 41, p. 4987-4994, 2012. DOI: 10.3233/WOR-2012-0044-4987.

<sup>23</sup> FARIA, N. M. X.; FASSA, A. G.; MEUCCI, R. D.; FIORI, N. S.; MIRANDA, V. I. Occupational exposure to pesticides, nicotine and minor psychiatric disorders among tobacco farmers in southern Brazil. *NeuroToxicology*, New York, v. 45, p. 347-354, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neuro.2014.05.002>. Acesso em: 1 jun. 2021.

- <sup>24</sup> FIORI, N. S.; FASSA, A. G.; FARIA, N. M. X.; MEUCCI, R. D.; MIRANDA, V. I.; CHRISTIANI, D. C. Wheezing in tobacco farm workers in southern Brazil. *American Journal of Industrial Medicine*, New York, v. 58, p. 1217-1228, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajim.22447>. Acesso em: 1 jun. 2021.
- <sup>25</sup> CAMPOS, Y.; SILVA, V. S. P.; MELLO, M. S. C.; OTERO, U. B. Exposure to pesticides and mental disorders in a rural population of Southern Brazil. *NeuroToxicology*, New York, v. 56, p. 7-16, Sept. 2016. DOI: 10.1016/j.neuro.2016.06.002.
- <sup>26</sup> MURAKAMI, Yumie et al. Intoxicação crônica por agrotóxicos em fumicultores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 563-576, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711317>. Acesso em: 1 jun. 2021.
- <sup>27</sup> RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A. Cultivo do tabaco no sul do Brasil: doença da folha verde e outros agravos à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4797-4808, dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204797&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204797&lng=en). Acesso em: 7 nov. 2020.
- <sup>28</sup> NOVOTNY, T. E.; BIALOUS, S. A.; BURT, L.; CURTIS, C.; COSTA, V. L.; IQTIDAR, S. U.; LIU, Y.; PUJARI, S.; D'ESPAIGNET, E. T. The environmental and health impacts of tobacco agriculture, cigarette manufacture and consumption. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 93, n. 12, p. 877-880, 2015 Oct. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/12/15-152744/en/>. Acesso em: 7 jan. 2016.
- <sup>29</sup> LECOURS, N.; ALMEIDA, G. E. G.; ABDALLAH, J. M.; NOVOTNY, T. E. Environmental health impacts of tobacco farming: a review of the literature. *Tobacco Control*, London, v. 21, n. 2, p. 191-196, 2012 Mar. Disponível em: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/191.full.pdf+html>. Acesso em: 7 nov. 2020.
- <sup>30</sup> MAZZEO, Antonio Carlos. *Burguesia e capitalismo no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Ática, 1995.
- <sup>31</sup> ASMUS, C. I. R. F.; BARKER, S. L.; RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. Riscos ocupacionais na infância e na adolescência: uma revisão. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 72, n. 4, p. 203-208. Disponível em: [http://www.jped.com.br/conteudo/96-72-04-203/port\\_print.htm](http://www.jped.com.br/conteudo/96-72-04-203/port_print.htm). Acesso em: 7 nov. 2020.
- <sup>32</sup> MEIRE, A. M. G. Quando o trabalho da criança é o brincar. In: JERUSALINSKY, A. et al. *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.
- <sup>33</sup> FEHLBERG, M. F. et al. Prevalência e fatores associados a acidentes de trabalho em zona rural. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 269-275, 2001.
- <sup>34</sup> FACCHINI, L. A. et al. Trabalho infantil em Pelotas: perfil ocupacional e contribuição à economia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 953-961, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400017>. Acesso em: 7 nov. 2020.
- <sup>35</sup> FASSA, A. G. *Health benefits of eliminating child labour*. Geneva: International Labour Organization, 2003. Disponível em: [http://www.ilo.org/public/english/standards/ipec/publ/policy/pol\\_healthcostben\\_2003.htm](http://www.ilo.org/public/english/standards/ipec/publ/policy/pol_healthcostben_2003.htm). Acesso em: 7 nov. 2020.

<sup>36</sup> FISCHER, F. M. et al. Efeitos do trabalho sobre a saúde de adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 973-984, 2003.

<sup>37</sup> SANTANA, V. et al. Acidentes de trabalho não fatais em adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 407-420, 2003.

<sup>38</sup> BRASIL. Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 nov. 2018.

<sup>39</sup> MEDEIROS NETO, Xisto Tiago; MARQUES, Rafael Dias. *Manual de atuação do Ministério Público na prevenção e erradicação do trabalho infantil*. Brasília, DF: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

<sup>40</sup> SILVA, Sabrina Soares; FERREIRA, Patrícia Aparecida. *A fumicultura no Brasil: um estudo exploratório sobre os impactos da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco e o posicionamento do Governo Federal*. 2006. Trabalho apresentado no XXVI ENEGEP, 2006, Fortaleza. Disponível em: [abepro.org.br/biblioteca/enegep2006\\_tr560372\\_8720.pdf](http://abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr560372_8720.pdf). Acesso em: fev. 2020.

<sup>41</sup> BRASIL. Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008. Regulamenta os artigos 3o, alínea "d", e 4o da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, aprovada pelo Decreto Legislativo no 178, de 14 de dezembro de 1999, e promulgada pelo Decreto no 3.597, de 12 de setembro de 2000, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2008. Retificado no Diário Oficial da União de 23 de outubro de 2008.

<sup>42</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 26 jan. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

<sup>43</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

<sup>44</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/sinan/viva\\_instrutivo\\_not\\_viol\\_domestica\\_sexual\\_e\\_out.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/sinan/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf). Acesso em: 21 jul. 2021.

<sup>45</sup> RAYMUNDO, C. M. et al. Contribuição da Atenção Primária à saúde para a prevenção e erradicação do trabalho infantil e para a proteção do trabalhador adolescente. In: DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda (org.). *Saúde do trabalhador na APS: possibilidades, desafios e perspectivas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.



<sup>46</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Protocolo de notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/protocolo-notificacao-acidentes-trabalho-fatais-graves-criancas-adolescentes>. Acesso em: 21 jul. 2021.

<sup>47</sup> RIBEIRO, Fátima Sueli Neto; OTERO, Ubirani Barros (org.). *Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

<sup>48</sup> INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios*. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

<sup>49</sup> MCBRIDE, J. S.; ALTMAN, D. G.; KLEIN, M.; WHITE, W. Green tobacco sickness. *Tobacco Control*, London, v. 7, n. 3, p. 294-298, 1998 Autumn. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1763894/pdf/v007p00294.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

<sup>50</sup> ARCURY, T. A.; QUANDT, S. A.; PREISSER, J. S.; NORTON, D. The incidence of green tobacco sickness among Latino farmworkers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Hagerstown, v. 43, n. 7, p. 601-609, 2001 July. DOI: 10.1097/00043764-200107000-00006.

<sup>51</sup> SCHMITT, N. M.; SCHMITT, J.; KOUIMINTZIS, D. J.; KIRCH, W. Health risks in tobacco farm workers: a review of the literature. *Journal of Public Health*, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 255-264, 2007. DOI: 10.1007/s10389-007-0122-4.

<sup>52</sup> GEHLBACH, S. H.; PERRY, L. D.; WILLIAMS, W. A.; FREEMAN, J. I.; LANGONE, J. J.; PETA, L. V.; VUNAKIS, H. V. Nicotine absorption by workers harvesting green tobacco. *Lancet*, London, v. 1, p. 478-480, 1975.

<sup>53</sup> BALLARD, T.; EHLERS, J.; FREUND, E.; AUSLANDER, M.; BRANDT, V.; HALPERIN, W. Green tobacco sickness: occupational nicotine poisoning in tobacco workers. *Archives of Environmental Health*, Washington, DC, v. 50, p. 384-389, 1995.

<sup>54</sup> QUANDT, S. A.; ARCURY, T. A.; PREISSER, J.; NORTON, D.; AUSTIN, C. Migrant farmworkers and green tobacco sickness: new issues for an understudied disease. *American Journal of Industrial Medicine*, New York, v. 37, p. 307-315, 2000.

<sup>55</sup> FARIA, N. M. X.; FASSA, A. G.; FIORI, N. S. Doença da folha verde do tabaco. In: MENDES, René (org.). *Dicionário de saúde e segurança do trabalhador: conceitos, definições, história, cultura*. Novo Hamburgo: Proteção, 2018. p. 384-386.

<sup>56</sup> BAHIA. Secretaria de Saúde. *Portaria estadual SESAB nº 31, de 14 de janeiro de 2021*. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia. Salvador: Secretaria de Estado de Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/divast/lista-de-doencas-relacionadas-ao-trabalho/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

<sup>57</sup> BRASIL. Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 12 jul. 1989. Disponível em: [http://planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7802.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7802.htm). Acesso em: 21 jul. 2021.

- <sup>58</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde do trabalhador e da trabalhadora*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- <sup>59</sup> THUNDIYIL, J. G.; STOBBER, J.; BESBELLI, N.; PRONCZUK, J. Acute pesticide poisoning: a proposed classification tool. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 86, n. 3, p. 205-209, 2008.
- <sup>60</sup> BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/doencas-relacionadas-trabalho-manual-procedimentos-os-servicos-saude>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>61</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>62</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- <sup>63</sup> BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- <sup>64</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo XX – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)(Origem: PRT MS/GM 2866/2011). In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>65</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo XV – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Anexo 1). In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>66</sup> MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>. Acesso em: 16 jun. 2021.
- <sup>67</sup> PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: ABRASCO, 2009.
- <sup>68</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo X - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)(Origem: PRT MS/GM 1679/2002). In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 16 jun. 2021.

- <sup>69</sup> BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde, v. 48, n. 18, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/23/2017-005-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>70</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo XXII - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)(Origem: PRT MS/GM 2436/2017). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 190, p. 498-501, 3 out. 2017. Suplemento. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>71</sup> CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- <sup>72</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo X - a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)(Origem: PRT MS/GM 2728/2009). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 190, p. 498-501, 3 out. 2017. Suplemento. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>73</sup> CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 603, de 8 de novembro de 2018. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 136-141, 19 dez. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>74</sup> CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018*. Brasília, DF: CNS, 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>75</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 23, 18 fev. 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html). Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>76</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo LXXIX - Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (Origem: PRT MS/GM 3120/1998, Anexo 1). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 190, p. 498-501, 3 out. 2017. Suplemento. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/18/Portarias-de-Consolidacao-do-SUS.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>77</sup> SCHOENHALS, M.; FOLLADOR, F. A. C.; SILVA, C. Análise dos impactos da fumicultura sobre o meio ambiente. *Engenharia Ambiental*, Espírito Santo do Pinhal, v. 6, n. 2, p. 16-37, maio/ago. 2009.
- <sup>78</sup> CARNEIRO, Fernando Ferreira; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; RIGOTTO, Raquel Maria; FRIEDRICH, Karen; BÚRIGO, André Campos (org.). *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

<sup>79</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/diretrizes-vigilancia-saude-populacoes-expostas-agrotoxicos>. Acesso em: 21 jul. 2021.

<sup>80</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo I – Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 1º). In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>. Acesso em: 21 jul. 2021.

<sup>81</sup> BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Secretaria de Agricultura Familiar. *Ações do Ministério do Desenvolvimento Agrário para a diversificação da produção e renda em áreas cultivadas com tabaco no Brasil*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2010.

<sup>82</sup> CAVALCANTE, Tânia (org.). *Opções de políticas e recomendações sobre alternativas economicamente sustentáveis para o cultivo do tabaco (com relação aos artigos 17 e 18)*. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

<sup>83</sup> BRASIL. Ministério do Trabalho. *III Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador (2019-2022)*. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2019. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/novembro/lancado-3o-plano-nacional-de-prevencao-e-erradicacao-do-trabalho-infantil/copy\\_of\\_PlanoNacionalversosite.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/novembro/lancado-3o-plano-nacional-de-prevencao-e-erradicacao-do-trabalho-infantil/copy_of_PlanoNacionalversosite.pdf). Acesso em: 21 jul. 2021.

# APÊNDICES

## DOENÇA DA FOLHA VERDE DO TABACO (DFVT)

### TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS RELACIONADOS À FUMICULTURA





# DOENÇA DA FOLHA VERDE DO TABACO (DFVT)

A doença da folha verde do tabaco (DFVT), doença relacionada ao trabalho (DRT), caracteriza-se pela intoxicação aguda por nicotina, acometendo as pessoas que têm contato direto com a planta de fumo (*Nicotiana tabacum*) durante o seu cultivo e colheita<sup>1,2,3,4,5</sup>.

A primeira evidência científica da ocorrência da DFVT entre trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura foi registrada na Flórida/EUA, em 1970<sup>6</sup>. Outras pesquisas conduzidas ao longo das últimas décadas, em estados norte-americanos, também descreveram o agravo, relacionando-o às atividades desenvolvidas no cultivo de fumo, especialmente, à colheita das folhas de fumo<sup>2,7,8,9,10,11</sup>. A incidência da DFVT foi descrita em outros países como Polônia, Índia, Malásia, Japão e Coreia<sup>12,13,14,15,16,17,18</sup>.

No Brasil, a ocorrência da DFVT foi bem documentada em estudos realizados em Arapiraca/AL<sup>3,19</sup>, Candelária/RS<sup>4,20</sup>, Dom Feliciano/RS<sup>21</sup>, São Lourenço do Sul/RS<sup>5</sup> e outros realizados em cidades também do Rio Grande do Sul<sup>22,23</sup>.

Em São Lourenço do Sul/RS, onde ocorreu o primeiro estudo epidemiológico brasileiro a mostrar a prevalência da DFVT e fatores associados em uma amostra de base populacional, a prevalência de DFVT foi igual a 6,6% entre homens e 11,9% entre mulheres envolvidas no cultivo e colheita de fumo<sup>5</sup>. Considerando a prevalência no ano anterior ao do estudo, esses dados foram respectivamente 9,6% para homens e 15,7% para mulheres<sup>5</sup>. Outro estudo conduzido em Dom Feliciano/RS, com trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura, mostrou a prevalência de 34,5% de DFVT entre a população estudada, sendo 37% entre homens e 31% entre mulheres<sup>23</sup>. Na Índia, um outro projeto identificou a prevalência de 47%, sendo 42,7% entre homens e 55,7% entre mulheres<sup>24</sup>.

A DFVT é causada pela absorção dérmica da nicotina presente na superfície da folha de fumo. A nicotina é um composto alcalino e hidrossolúvel que fica quimicamente disponível nas superfícies das folhas de fumo molhadas, condição que favorece sua rápida absorção dérmica<sup>4,25,26</sup>. Os principais fatores que contribuem para o aumento da absorção da nicotina por pessoas que trabalham nas lavouras de fumo são<sup>4,25,26</sup>:

- extensão da área corpórea exposta às folhas de fumo, sendo mais facilmente absorvida por algumas superfícies do corpo (testa, costas e axilas);
- presença de lesões na pele;
- umidade da pele, principalmente devido à perspiração;
- condições climáticas (chuva, temperatura, umidade, calor).

A DFVT é caracterizada como uma intoxicação aguda, cujos sintomas precoces e comuns são dor de cabeça ou tontura juntamente com náuseas ou vômitos, podendo também incluir fraqueza, palidez, aumento de suor e salivação, calafrios, cólica abdominal e diarreia. Outros efeitos relacionados à DFVT são prostração severa, dificuldade para respirar, insônia e, ocasionalmente, alterações na pressão sanguínea e na frequência cardíaca<sup>1,2,4,5,26</sup>. Os sintomas poderão ser suficientemente severos, especialmente em casos de alta frequência de vômitos e exposição a temperaturas elevadas, evoluindo para desidratação da pessoa intoxicada, quando serão necessários cuidados de emergência<sup>27</sup>.

É importante considerar que as estimativas das medidas de frequência (prevalência e incidência) podem estar subestimadas dada a invisibilidade de casos, em função da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e de diagnóstico. A carência de mão de obra nas áreas cultivadas com tabaco é outro fator que contribui para o sub-registro de casos, uma vez que as famílias não podem se afastar das atividades no campo devido à necessidade de produzir a quantidade de fumo acordada com as empresas.

A DFVT é uma síndrome autolimitada, de curta duração – entre um e três dias após o início dos sintomas –, que geralmente se resolve dentro de um dia<sup>2,4,7,9,10</sup>. Os sintomas costumam aparecer durante e após a exposição às folhas molhadas de fumo, podendo surgir entre 15 minutos e 17 horas após o contato<sup>1</sup>. A duração média de sinais e sintomas foi de 21 horas, variando entre 3 e 80 horas, em estudo conduzido em Candelária/RS<sup>4</sup>.

A DFVT pode ocorrer nas diversas etapas do processo de produção que envolvam contato direto com as folhas de fumo<sup>20</sup>, especialmente quando molhadas. Contudo, os estudos mostram que a ocorrência do agravo ocorre principalmente no período da colheita. Geralmente, essa etapa do processo de produção ocorre durante o verão, quando há altas temperaturas, que, associadas ao esforço físico empregado na colheita das folhas, contribuem para o aumento da transpiração e, conseqüentemente, para maior absorção da nicotina<sup>3</sup>.

O diagnóstico da DFVT é baseado no histórico de exposição recente às folhas de fumo, principalmente durante a colheita, e na presença de sintomas característicos da intoxicação. A avaliação clínica é soberana para o diagnóstico. Os sintomas da DFVT são semelhantes aos decorrentes da intoxicação aguda por agrotóxicos e exposição ao calor. É importante ressaltar que, embora no período da colheita não seja esperada a utilização de agrotóxicos nas lavouras de fumo, na propriedade podem existir áreas em diferentes fases de cultivo ou, ainda, podem existir outros cultivos, ocasionando a exposição a esses produtos químicos.

Alguns estudos têm destacado a utilização da cotinina urinária, principal metabólito da nicotina, como indicador biológico de exposição à substância. Estudo realizado no Rio Grande do Sul considerou caso de DFVT pessoas que apresentaram níveis urinários de cotinina quantificáveis ( $\geq 50$  ng/mL), tiveram contato com plantas de fumo até 48 horas antes da coleta da amostra e que relataram ao menos um sintoma da doença (cefaleia, tontura, náusea, vômito, fraqueza ou dor de barriga)<sup>23</sup>.

A participação de crianças e adolescentes na atividade de colheita é uma situação proibida e indesejada no cultivo de fumo; contudo, em função de questões culturais, escassez de mão de obra e necessidades da produção é comum identificar essa situação em territórios cultivados com fumo. McKnight e Spiller<sup>25</sup> afirmam que:

Em comparação com os adultos, as crianças podem ser especialmente vulneráveis à DFVT porque seu tamanho corporal é pequeno em relação à dose de nicotina absorvida, eles não têm tolerância aos efeitos de nicotina e eles não têm conhecimento sobre os riscos de colheita de tabaco, especialmente depois de uma chuva recente. Sem consciência das causas da DFVT, as crianças podem deixar de tomar precauções eficazes ao manusear tabaco verde<sup>25</sup>.

As principais características da DFVT são apresentadas no quadro 1.



### Quadro 1 - Resumo das principais características da doença da folha verde do tabaco (DFVT)

Aspectos da doença	Descrição
Agente tóxico	<i>Nicotiana tabacum</i> - Nicotina
Exposição	Os trabalhadores e trabalhadoras colhem, cortam e/ou carregam as plantas de fumo manualmente durante a colheita; normalmente, mas não necessariamente, a colheita ocorre no início manhã ou após períodos de chuva, quando as plantas do tabaco estão molhadas pelo orvalho ou chuva.  Nessas atividades ocorre a exposição da pele (mãos, antebraços, coxas, costas e pés) à nicotina presente nas folhas de fumo. O orvalho e o suor geralmente saturam as roupas das pessoas envolvidas na colheita, logo após o início das atividades no campo.
Sintomas	<b>Mais comuns:</b> fraqueza, dor de cabeça, náusea, vômito, tontura. <b>Outros:</b> cólicas abdominais, dificuldade para respirar, temperatura anormal, palidez, diarreia, calafrios, flutuações na pressão arterial ou frequência cardíaca, aumento da transpiração e salivação.
História natural	<b>Latência:</b> 15 min a 17 horas após a exposição. <b>Duração:</b> 1-3 dias, autolimitada, com duração média de 2-4 dias.
Diagnóstico	O diagnóstico é baseado na avaliação clínica e no histórico de exposição às folhas de fumo. Exames laboratoriais (cotinina em sangue ou urina) podem ser empregados, mas não devem ser condição para o estabelecimento donexo causal.
Tratamento	<b>Pessoal:</b> troca de roupa, banho, interrupção do trabalho, ingestão de líquidos, descanso. <b>Hospitalar</b> (se necessário): reidratação intravenosa, administração de antieméticos, tratamento dos sintomas.
Redução do risco	Usar vestimentas de proteção à prova de água, luvas resistentes a produtos químicos, botas, meias; evitar a colheita durante a chuva ou no início da manhã; trocar de roupa se estiver molhada; lavar as roupas quando impregnadas pela seiva do fumo; conhecer os riscos à saúde decorrentes da exposição à folha de tabaco úmida/molhada; informar aos profissionais de saúde sobre a exposição à nicotina.
Ações do poder público	Fortalecimento das atividades educacionais, durante o período da colheita, para evitar a participação de crianças e adolescentes na atividade; desenvolvimento de ações de educação à saúde dirigidas às famílias produtoras de fumo; qualificação dos profissionais de saúde sobre a doença; notificação de casos no Sinan, como intoxicação exógena causada por planta tóxica (CID-10: T65.2 - Efeito tóxico do tabaco e da nicotina).

Adaptado de McBride et al.<sup>1</sup>

## REFERÊNCIAS:

- <sup>1</sup>MCBRIDE, J. S.; ALTMAN, D. G.; KLEIN, M.; WHITE, W. Green tobacco sickness. *Tobacco Control*, London, v. 7, n. 3, p. 294-298, 1998 Autumn. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1763894/pdf/v007p00294.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.
- <sup>2</sup>ARCURY, T. A.; QUANDT, S. A.; PREISSER, J. S.; NORTON, D. The incidence of green tobacco sickness among Latino farmworkers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Hagerstown, v. 43, n. 7, p. 601-609, 2001 July. DOI: 10.1097/00043764-200107000-00006.
- <sup>3</sup>OLIVEIRA, P. P. V. et al. First reported outbreak of green tobacco sickness in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2263-2269, dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200005>. Acesso em: 20 mar. 2016.
- <sup>4</sup>BARTHOLOMAY, P.; ISER, B. P.; OLIVEIRA, P. P.; SANTOS, T. E.; MALTA, D. C.; SOBEL, J.; MOURA, L. Epidemiologic investigation of an occupational illness of tobacco harvesters in Southern Brazil, a worldwide leader in tobacco production. *Occupational & Environmental Medicine*, London, v. 69, n. 7, p. 514-518, July 2012. Disponível em: <http://oem.bmj.com/content/69/7/514.full.pdf+html>. Acesso em: 20 mar. 2016.
- <sup>5</sup>FASSA, A. G.; FARIA, N. M. X.; MEUCCI, R. D.; FIORI, N. S.; MIRANDA, V. I.; FACCHINI, L. A. Green tobacco sickness among tobacco farmers in Southern Brazil. *American Journal of Industrial Medicine*, New York, v. 57, n. 6, p. 726-735, June 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/ajim.22307/>. Acesso em: 20 mar. 2016.
- <sup>6</sup>FOTEDAR, S.; FOTEDAR, V. Green tobacco sickness: a brief review. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, Karnataka, v. 21, n. 3, p. 101-104, 2017. DOI: 10.4103/ijoem.IJOEM\_160\_17.
- <sup>7</sup>GEHLBACH, S. H.; PERRY, L. D.; WILLIAMS, W. A.; FREEMAN, J. I.; LANGONE, J. J.; PETA, L. V.; VUNAKIS, H. V. Nicotine absorption by workers harvesting green tobacco. *Lancet*, London, v. 1, p. 478-480, 1975.
- <sup>8</sup>BOYLAN, B. B.; BRANDT, V.; MUEHLBAUER, J.; AUSLANDER, M.; SPURLOCK, C. Green tobacco sickness in tobacco harvesters, Kentucky, 1992. *MMWR*, Atlanta, v. 42, p. 237-240, 1993.
- <sup>9</sup>BALLARD, T.; EHLERS, J.; FREUND, E.; AUSLANDER, M.; BRANDT, V.; HALPERIN, W. Green tobacco sickness: occupational nicotine poisoning in tobacco workers. *Archives of Environmental Health*, Washington, DC, v. 50, p. 384-389, 1995.
- <sup>10</sup>QUANDT, S. A.; ARCURY, T. A.; PREISSER, J.; NORTON, D.; AUSTIN, C. Migrant farmworkers and green tobacco sickness: new issues for an understudied disease. *American Journal of Industrial Medicine*, New York, v. 37, p. 307-315, 2000.
- <sup>11</sup>ARCURY, T. A.; VALLEJOS, Q. M.; SCHULZ, M. R.; FELDMAN, S. R.; FLEISCHER, A. E.; VERMA, A.; QUANDT, S. A. Green tobacco sickness and skin integrity among migrant Latino farmworkers. *American Journal of Industrial Medicine*, New York, v. 51, n. 3, p. 195-203, 2008.
- <sup>12</sup>GHOSH, S. K.; PARIKH, J. R.; GOKANI, V. N.; KASHYAP, S. K.; CHATTERJEE, S. K. Studies on occupational health problems during agricultural operation of Indian tobacco workers *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Hagerstown, v. 21, p. 45-47, 1979.
- <sup>13</sup>MISUMI, J.; KOYAMA, W.; MIURA, J. 2 cases of green tobacco disease among tobacco harvesters and percutaneous nicotine absorption in rats. *Sangyo Igaku*, Tokyo, v. 25, p. 3-9, 1983.
- <sup>14</sup>GHOSH, S.; SAIYED, H. N.; GOKANI, V. N.; THAKKER, M. U. Occupational health problems among workers handling Virginia tobacco. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Berlin, v. 58, p. 47-52, 1986.
- <sup>15</sup>ONUKE, M.; YOKOYAMA, K.; KIMURA, K.; SATO, H.; NORDIN, R.B.; NAING, L.; MORITA, Y.; SAKAI, T.; KOBAYASHI, Y.; ARAKI, S. Assessment of urinary cotinine as a marker of nicotine absorption from tobacco leaves: a study on tobacco farmers in Malaysia. *Journal of Occupational Health*, Tokyo, v. 45, p. 140-145, 2003.

- <sup>16</sup> SATORA, L.; GOSZCZ, H.; GOMÓŁKA, E.; BIEDRON, W. Green tobacco sickness in Poland. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, Krakow, v. 119, p. 184-186, 2009.
- <sup>17</sup> SALEEON, T.; SIRIWONG, W.; MALDONADO-PÉREZ, H. L.; ROBSON, M. G. Green tobacco sickness among Thai traditional tobacco farmers, Thailand. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Shiraz, v. 6, p. 169-176, 2015.
- <sup>18</sup> PARK, S. J.; LIM, H. S.; LEE, K.; YOO, S. J. Green Tobacco Sickness Among Tobacco Harvesters in a Korean Village. *Safety and Health at Work*, Incheon, v. 9, n. 1, p. 71-74, 2018 Mar. DOI: 10.1016/j.shaw.2017.06.007.
- <sup>19</sup> SILVA, M. S. M. et al. Green Tobacco Sickness among Brazilian farm workers and genetic polymorphisms. *BMC Research Notes*, London, v. 11, n. 20, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3135-x>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- <sup>20</sup> MARTINS, Vanessa Amábile et al. Green tobacco sickness during the tobacco leaf classification period: sociodemographic and occupational profile of tobacco farmers in a city in the countryside of the state of Rio Grande do Sul. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 4, p. 206-210, out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v6i4.8198>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8198>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- <sup>21</sup> CARGNIN, Marcia Casaril dos Santos; CEZAR-VAZ, Marta Regina; GETELINA, Caroline Ottobelli; BONOW, Clarice Alves. Socio-environmental risks associated with the green tobacco sickness in farmers: a case-control study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 72, n. 6, p. 1670-1676, nov./dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0803>. Acesso em: 30 maio 2021.
- <sup>22</sup> RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A. Cultivo do tabaco no sul do Brasil: doença da folha verde e outros agravos à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4797-4808, dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204797&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204797&lng=en). Acesso em: 7 nov. 2020.
- <sup>23</sup> CAMPOS, Élide et al. Occurrence of green tobacco sickness and associated factors in farmers residing in Dom Feliciano Municipality, Rio Grande do Sul State, Southern Region of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00122719, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00122719>. Acesso em: 30 maio 2021.
- <sup>24</sup> PARIKH, J. R.; GOKANI, V. N.; DOCTOR, P. B.; KULKARNI, P. K.; SHAH, A. R.; SAIYED, H. N. Acute and chronic health effects due to green tobacco exposure in agricultural workers. *American Journal of Industrial Medicine*, New York, v. 47, p. 494-499, 2005.
- <sup>25</sup> MCKNIGHT, R. H.; SPILLER, H. A. Green tobacco sickness in children and adolescents. *Public Health Reports*, Washington, DC, v. 120, n. 6, p. 602-605, 2005 Nov./Dec. DOI: 10.1177/003335490512000607.
- <sup>26</sup> FARIA, N. M. X.; FASSA, A. G.; FIORI, N. S. Doença da folha verde do tabaco. In: MENDES, René (org.). *Dicionário de saúde e segurança do trabalhador: conceitos, definições, história, cultura*. Novo Hamburgo: Proteção, 2018. p. 384-386.
- <sup>27</sup> SCHMITT, N. M.; SCHMITT, J.; KOUIMINTZIS, D. J.; KIRCH, W. Health risks in tobacco farm workers: a review of the literature. *Journal of Public Health*, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 255-264, 2007. DOI: 10.1007/s10389-007-0122-4.

# TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS RELACIONADOS À FUMICULTURA

Neste documento, serão identificadas as principais causas de adoecimento mental relacionadas ao trabalho, como acolher o trabalhador na rede de saúde e, por fim, serão apresentadas recomendações para o cuidado dos trabalhadores e trabalhadoras.

Sendo a saúde mental e a saúde física entrelaçadas e interdependentes, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup>, entende-se que os avanços da medicina do comportamento e da neurociência demonstram a correlação das doenças físicas, mentais e comportamentais como sendo resultante de uma complexa relação psicológica, biológica e social, entendendo que as condições psicológicas do indivíduo estão diretamente relacionadas com o progresso de perturbações mentais<sup>1</sup>.

## 1 – Dados e informações sobre as doenças mentais relacionadas à produção de fumo no Brasil

Estudos apontam que os trabalhadores que plantam fumo apresentam maior risco de desenvolvimento de doenças neuropsicocomportamentais, sendo importante demarcar o entendimento de que as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador contribuem para os serviços de saúde compreenderem, mais facilmente, a relação causal entre o trabalho e os transtornos mentais. Segundo Leão<sup>2</sup>, essa demarcação nos permite vislumbrar as contradições do processo de trabalho e não apenas os processos adoecedores do trabalhador.

Segundo os estudos de Freire e Koifman<sup>3</sup>, os agricultores somam fatores de risco para transtornos mentais, pois experienciam, na maioria das vezes, situações de vulnerabilidades, como: condições de trabalho precárias e extenuantes, baixa renda, baixo acesso à educação, contratos precários de vendas das produções, entre outros<sup>3</sup>.

No Brasil, dados oficiais do Ministério da Saúde, da Previdência Social e do Ministério da Fazenda demonstram um aumento do número de ocorrências relacionadas aos transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT)<sup>4</sup> – e na fumicultura não é diferente. Riquinho e Hennigton<sup>5</sup> descrevem em seus estudos que a intensa exposição à nicotina é um risco possível para a saúde mental dos trabalhadores que plantam fumo; afirmam ainda que o envenenamento e a intoxicação por agrotóxicos também podem estar ligados diretamente aos quadros de adoecimento dos trabalhadores. De acordo com o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan)<sup>6</sup>, no Brasil foram notificados 11.808 casos de TMRT entre os anos de 2010 e 2019, sendo 589 casos registrados nos municípios produtores de fumo e 38 casos entre trabalhadores residentes em zonas rurais<sup>6</sup>.

Portanto, vislumbra-se um cenário complexo e desafiador, abarcando, no bojo das doenças mentais, os transtornos psiquiátricos menores (TPM). Esses transtornos podem ser compreendidos como: depressão, ansiedade, pânico, fobias, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, por exemplo. O TPM pode surgir de diversos campos e não necessariamente ter uma única causa ou um tipo de sintoma separado; o diagnóstico é complexo e exige do profissional de saúde atenção no manejo. Conforme apontam Poletto e Gontijo<sup>7</sup>, Faria *et al.*<sup>8</sup> e Campos *et al.*<sup>9</sup>, foram realizados estudos que correlacionam exposição e, principalmente, intoxicação aos agrotóxicos, DFVT e endividamento familiar aos transtornos psiquiátricos menores. Esses resultados corroboram o aumento expressivo no número de casos de TMRT identificado no Sinan num período de 12 (doze) anos, passando de 122 casos em 2007 para 1.786 casos em 2018<sup>6</sup>. Vale destacar que o Sinan enfrenta um grave problema de subnotificação, pois muitas vezes os casos de adoecimento não são investigados quanto à relação com o trabalho.

Estudos realizados com trabalhadores da indústria fumageira afirmam que o envenenamento e a intoxicação por agrotóxicos também podem estar ligados diretamente aos quadros de adoecimento dos trabalhadores<sup>5</sup>.

Deve-se considerar, na análise dos TPM, que os marcadores sociais (pobreza, renda, sexo, idade, ambiente familiar) desempenham um papel importante para pensarmos estratégias de enfrentamento a essas doenças. É importante sinalizar que os suicídios podem estar associados aos TMRT, sendo também um problema de saúde pública que requer a construção de políticas públicas.

De acordo com Borges<sup>10</sup>, em um estudo realizado entre municípios que plantam e não plantam fumo, concluiu-se que houve uma incidência maior no número de suicídios nos municípios produtores de fumo; entre 2004 e 2014 o total de pessoas que cometeram suicídio foi de 2.084, sendo 67% nos municípios produtores de fumo frente a 33% nos municípios que não plantam fumo<sup>10</sup>.

Examinando a mortalidade por suicídio em Alagoas, Krawczyk *et al.*<sup>11</sup> confirmaram taxas mais elevadas entre trabalhadores agrícolas, principalmente em áreas de plantação de tabaco. Isso indicou possível efeito combinado entre agrotóxicos e nicotina, que poderia estar contribuindo para esse aumento das taxas de suicídio entre trabalhadores agrícolas e da fumicultura<sup>11</sup>.

Por isso, é importante conhecer como está organizada e como funciona a rede de atenção à saúde, inclusive a vigilância em Saúde do Trabalhador e os serviços de atenção à saúde mental, nos municípios e na região de referência.

## 2 – Principais problemas de saúde mental na produção de fumo

O atendimento do trabalhador deve ser mais amplo que a busca por um diagnóstico clínico específico, porque a centralidade está no acolhimento desse trabalhador e na identificação das situações relacionadas ao diagnóstico do caso, incluindo condições de vida vivenciadas. Atentar para os elementos relacionados aos processos e ambientes de trabalho, as origens das insatisfações, das dores e das angústias – a partir do relato do trabalhador – permitirá maior assertividade na conclusão sobre fatores originadores/nocivos, sejam eles vinculados ou não ao contexto do trabalho.

No quadro 1, estão descritos alguns dos principais transtornos mentais relacionados à fumicultura e encontrados em diversos estudos do campo. Esses transtornos mentais devem ser considerados e observados durante todo o processo de cuidado, na compreensão dos processos de saúde/doença.

**Quadro 1 – Principais transtornos mentais relacionados à fumicultura**

Tipo de Transtorno Mental	Sintomas
<b>1- Ansiedade</b>	Dores de cabeça, nervosismo, tristeza, sudorese, tontura (pode ser por ansiedade ou intoxicação por inalantes)
<b>1.1 Dores de cabeça</b>	Nervosismo, tristeza, sudorese, tontura (pode ser por ansiedade ou intoxicação por inalantes)
<b>2- Depressão</b>	Dores de cabeça (sintoma), sonolência, letargia, fadiga
<b>3- Transtorno de insônia</b>	Problemas de concentração, sonolência, fadiga
<b>3.1- Transtorno de sono-vigília</b>	Sonolência, fadiga, convulsões relacionadas ao sono
<b>4- Transtorno convulsivo</b>	Convulsões (intoxicação por agrotóxico anticolinesterásico)
<b>5- Não encontrado nos manuais psiquiátricos</b>	Confusão mental (intoxicação por agrotóxico anticolinesterásico), ausência de reconhecimento ao trabalho

Fonte: Adaptado de Bahia<sup>12</sup> e DSM-5<sup>13</sup>.

A seguir é descrito cada tipo de transtorno mental relacionado no quadro 1, sugerindo os critérios diagnósticos (auxiliam no diagnóstico da doença), características diagnósticas (que podem ser apresentadas pelo trabalhador), fatores de risco (ambiental, genético ou fisiológico), comorbidade e características associadas que apoiam possíveis sinais de transtornos mentais relacionados ao trabalho.

## 2.1 – Ansiedade

Os transtornos de ansiedade entre trabalhadores e trabalhadoras da fumicultura trazem à luz um dos muitos impactos à saúde causados pela precariedade das relações de/com o trabalho na contemporaneidade.

No que tange à ansiedade de um modo geral e no campo do trabalho, temos um bojo de situações apresentadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), conforme apresenta o quadro 2.

**Quadro 2 – Características dos transtornos de ansiedade (DSM-5)**

Tipos de Transtorno	Conceito	Informações Gerais
Transtorno de pânico	São ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos.	Os sintomas são inesperados e recorrentes. Há uma apreensão/preocupação recorrente com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas de comportamento.
	“O ataque de pânico pode, portanto, ser usado como um especificador descritivo para qualquer transtorno de ansiedade, como também para outros transtornos mentais.” <sup>14</sup>	
Transtorno de ansiedade generalizada	Há uma sensação de preocupação persistente e excessiva acerca de alguns domínios, como o desempenho no trabalho e escolar.	São experimentados sintomas físicos. Inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”. Fatigabilidade e dificuldade de concentração ou “ter brancos”. Irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono.
Transtorno de ansiedade induzido	Ocorre por uso de substância e/ou medicamento. A ansiedade ocorre devido à intoxicação ou à abstinência de substância ou a um tratamento medicamentoso.	
Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica	Ocorre a partir de sintomas de ansiedade e é consequência fisiológica de outra condição médica.	
<b>Critérios que podem auxiliar no diagnóstico</b>		
Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades.  O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.	A ansiedade e a preocupação estão associadas a três (ou mais) dos seguintes sintomas: - inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; - fatigabilidade; - dificuldade de concentração ou sensações de “branco” na mente; - irritabilidade; - tensão muscular; - perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).  <i>Nota: apenas um item é exigido para crianças.</i>	A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.  Não deve estar ligada a outros efeitos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).  A perturbação pode também ser explicada por outros transtornos mentais, tendo causas mistas (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico).

Continua

<b>Características diagnósticas</b>		
<p>Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades.</p>	<p>A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação são desproporcionais à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado.</p> <p>O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão.</p> <p>Os adultos com transtorno de ansiedade generalizada frequentemente se preocupam com circunstâncias diárias da rotina de vida, como possíveis responsabilidades no trabalho, saúde e finanças, dentre outras.</p> <p>As <i>crianças</i> com o transtorno tendem a se preocupar excessivamente com sua competência ou a qualidade de seu desempenho.</p> <p>Durante o curso do transtorno, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra.</p>	<p>Características distinguem o transtorno de ansiedade generalizada da ansiedade não patológica.</p> <p><i>Primeiro</i>, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são excessivas e geralmente interferem de forma significativa no funcionamento psicossocial, enquanto as preocupações da vida diária (ansiedade não patológica) não são excessivas e são percebidas como mais manejáveis, podendo ser adiadas quando surgem questões mais prementes.</p> <p><i>Segundo</i>, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são mais disseminadas, intensas e angustiantes; têm maior duração; e frequentemente ocorrem sem precipitantes. Quanto maior a variação das circunstâncias de vida sobre as quais a pessoa se preocupa (p. ex., finanças, segurança dos filhos, desempenho no trabalho), mais provavelmente seus sintomas satisfazem os critérios para transtorno de ansiedade generalizada.</p> <p><i>Terceiro</i>, é muito menos provável que as preocupações diárias sejam acompanhadas por sintomas físicos (p. ex., inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele). Os indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada relatam sofrimento subjetivo devido à preocupação constante, e prejuízo relacionado ao funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida.</p>
<p>A ansiedade e a preocupação são acompanhadas de pelo menos três dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de “estar com os nervos à flor da pele”, fadigabilidade, dificuldade de concentrar-se ou sensações de “branco” na mente, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono, embora apenas um sintoma adicional seja exigido para crianças.</p>		
<b>Fatores de risco</b>		
<p><b>Ambientais</b></p>	<p>Embora as adversidades na infância e a superproteção parental tenham sido associadas ao transtorno de ansiedade generalizada, podem ser identificados fatores ambientais específicos que auxiliem o diagnóstico.</p>	
<p><b>Temperamentais</b></p>	<p>Inibição comportamental, afetividade negativa/humor negativo (neuroticismo) e evitação de danos foram associadas ao transtorno de ansiedade generalizada.</p>	
<p><b>Genéticos e fisiológicos</b></p>	<p>Um terço do risco de experimentar transtorno de ansiedade generalizada é genético. Os fatores genéticos se sobrepõem ao risco de neuroticismo e são compartilhados com outros transtornos de ansiedade e humor, particularmente o transtorno depressivo maior.</p>	
<b>Comorbidade</b>		
<p>Os indivíduos cuja apresentação satisfaz os critérios para transtorno de ansiedade generalizada provavelmente já preencheram, ou preenchem, atualmente, os critérios para outro transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo unipolar.</p> <p>O neuroticismo ou labilidade emocional que acompanha esse padrão de comorbidade está associado a antecedentes temperamentais e a fatores de risco genéticos e ambientais compartilhados, embora caminhos independentes também sejam possíveis.</p> <p>A comorbidade com transtornos por uso de substâncias, da conduta, psicóticos, do neurodesenvolvimento e neurocognitivos é menos comum.</p>		

Continua

**Características associadas que apoiam o diagnóstico**

Pode haver tremores, contrações, abalos, dores musculares, nervosismo ou irritabilidade associados a tensão muscular.

Muitos indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada também experimentam sintomas somáticos (p. ex., sudorese, náusea, diarreia) e uma resposta de sobressalto exagerada.

Sintomas de excitabilidade autonômica aumentada (p. ex., batimentos cardíacos acelerados, falta de ar, tonturas) são menos proeminentes no transtorno de ansiedade generalizada do que em outros transtornos de ansiedade, tais como o transtorno de pânico.

Outras condições que podem estar associadas ao estresse (p. ex., síndrome do intestino irritável, cefaleia) frequentemente acompanham o transtorno.

Fonte: Adaptado do DSM-5.<sup>13</sup>

## 2.2 – Depressão

Conforme descreve o DSM-5<sup>13</sup>, os transtornos depressivos são complexos e de difícil diagnóstico. De acordo com a OMS, cerca de 5,8% dos brasileiros sofrem com depressão, caracterizada e registrada como a segunda doença mais frequente na América Latina. Em dados estatísticos, o Brasil perde somente para os EUA<sup>1</sup>.

De acordo com Seligmann-Silva<sup>14</sup>, não só no Brasil, mas também em outros países, causa perplexidade a identificação da relação entre trabalho e depressão, e a escalada mundial desse agravo mental. No caso brasileiro, acredita-se que haja uma prevalência maior do que os registros oficiais divulgados.

No que tange à depressão de um modo geral e no campo do trabalho, temos um bojo de situações em que podem aparecer alguns sintomas de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Conforme descrito no quadro 3, apresentamos os cinco principais transtornos depressivos.

### Quadro 3 – Principais transtornos depressivos

Critérios diagnósticos	Tipos de depressão associada: Transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH); Transtorno depressivo maior (TDM); Transtorno depressivo persistente - distímia, (TDP-Distímia); Transtorno depressivo induzido (TDI).
Explosões de raiva recorrentes e graves manifestadas pela linguagem (violência verbal) e/ou pelo comportamento (agressão física), que são consideravelmente desproporcionais em intensidade ou duração à situação ou provocação. As explosões de raiva ocorrem, em média, três ou mais vezes por semana.	(TDDH)
O humor entre as explosões de raiva é persistentemente irritável ou zangado na maior parte do dia, quase todos os dias, e é observável por outras pessoas.	(TDDH)
Se estiverem presentes por 12 meses ou mais.	(TDDH)
Explosões de raiva presentes em, pelo menos, dois de três ambientes (p. ex., em casa, na escola, com os pares) e são graves em, pelo menos, um deles.	(TDDH)
O diagnóstico não deve ser feito pela primeira vez antes dos 6 anos ou após os 18 anos de idade.	(TDDH)

Continua



Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante um episódio de transtorno depressivo maior e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do espectro autista, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade de separação, transtorno depressivo persistente [distímia]).	(TDDH)
Os sintomas não são consequência dos efeitos psicológicos de uma substância ou de outra condição médica ou neurológica.	(TDDH)
<b>Características diagnósticas</b>	
Irritabilidade crônica grave.	(TDDH)
Deve ser diferenciada do transtorno bipolar, principalmente em crianças.	(TDDH)
Os sintomas devem estar presentes durante a maior parte do dia e ter uma frequência no decorrer da semana, persistindo por mais de um ano.	(TDM) (TDP-Distímia) (TDI)
<b>Fatores de risco</b>	
<b>Temperamentais</b> Crianças com irritabilidade crônica costumam exibir história psiquiátrica complicada (01). Afetividade negativa (02). Relacionado a algum tipo específico de droga ou a um grupo de indivíduos com transtornos por uso de álcool ou droga subjacentes (03).	(TDDH)-01 (TDM)-02 (TDP-Distímia)-02 (TDI)-03
<b>Ambientais</b> Experiências adversas na infância, particularmente quando de tipos diversos, constituem um conjunto de fatores de risco potenciais para transtorno depressivo maior. Eventos estressantes na vida são bem reconhecidos como precipitantes de episódios depressivos maiores.	(TDDH) (TDM) (TDP-Distímia)
<b>Genéticos e fisiológicos</b> Em termos de agregação familiar e genética, foi sugerido que as crianças que apresentam irritabilidade crônica não episódica podem ser diferenciadas daquelas com transtorno bipolar pelo risco familiar. Os familiares de primeiro grau de indivíduos com transtorno depressivo maior têm risco duas a quatro vezes mais elevado de desenvolver a doença.	(TDDH) (TDM)
<b>Comorbidade</b>	
Em geral, evidências de comportamento suicida e agressão, assim como outras consequências funcionais graves, no transtorno disruptivo da desregulação do humor, devem ser observadas na avaliação de crianças com irritabilidade crônica.	(TDDH) (TDM) (TDI)
As taxas são extremamente altas e a variação das doenças comórbidas parece particularmente diversa. Essas crianças costumam se apresentar à clínica com ampla gama de comportamentos disruptivos, bem como com sintomas e diagnósticos de humor, ansiedade e até do espectro autista.	(TDDH) (TDM)
<b>Características associadas que apoiam o diagnóstico</b>	
Como as crianças e os adolescentes cronicamente irritáveis costumam apresentar histórias complexas, o diagnóstico deve ser feito considerando-se a presença ou ausência de diversas outras condições.	(TDDH) (TDP-Distímia)
Diferenciar o transtorno disruptivo da desregulação do humor em relação ao transtorno bipolar e ao transtorno de oposição desafiante requer avaliação particularmente cuidadosa.	(TDDH)
Alta mortalidade, ideação suicida, choro, irritabilidade, inquietação, ruminação obsessiva, ansiedade, fobias, preocupação excessiva com a saúde física e queixas de dor.	(TDM)

Fonte: Adaptado de DSM-5.<sup>13</sup>

## 2.3 – Transtorno de insônia e de sono-vigília

Embora os transtornos de sono-vigília abranjam dez transtornos ou grupos de transtornos, neste documento serão considerados somente os que possam ser relacionados ao trabalho: transtorno de insônia, transtorno de hipersonolência, narcolepsia, transtornos do sono relacionados à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, transtorno do pesadelo, síndrome das pernas inquietas e transtorno do sono induzido por substância/medicamento.

As queixas decorrentes desses tipos de transtorno geralmente abarcam insatisfação com a qualidade, o tempo e a quantidade de sono. O sofrimento e o prejuízo resultantes durante o dia são características centrais compartilhadas por todos esses transtornos. Com frequência, os transtornos do sono são acompanhados de depressão, ansiedade e alterações cognitivas.

O objetivo é facilitar o diagnóstico diferencial das queixas envolvendo o sono-vigília e esclarecer o momento mais adequado para encaminhar o paciente a um especialista, a fim de que seja realizada avaliação adicional e planejamento do tratamento.

**Quadro 4 – Transtornos de insônia e de sono-vigília apresentadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**

Transtorno de insônia e de sono-vigília		
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Queixas de insatisfação predominantes com a quantidade ou a qualidade do sono associadas a um (ou mais) dos seguintes sintomas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• dificuldade para iniciar o sono (em crianças, pode se manifestar como dificuldade para iniciar o sono sem intervenção de cuidadores);</li> <li>• dificuldade para manter o sono, que se caracteriza por despertares frequentes (em crianças, pode se manifestar como dificuldade para retornar ao sono sem intervenção de cuidadores);</li> <li>• despertar antes do horário habitual com incapacidade de retornar ao sono.</li> </ul> </li> <li>- A perturbação do sono causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</li> <li>- Episódico: os sintomas duram pelo menos um mês, porém menos que três meses.</li> <li>- Persistente: os sintomas duram três meses ou mais.</li> <li>- Recorrente: dois (ou mais) episódios dentro do espaço de um ano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As dificuldades relacionadas ao sono ocorrem pelo menos três noites por semana, e permanecem durante, pelo menos, três meses.</li> <li>- As dificuldades relacionadas ao sono ocorrem a despeito de oportunidades adequadas para dormir.</li> <li>- A insônia não é mais bem explicada ou não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno do sono-vigília (p. ex., narcolepsia, transtorno do sono relacionado à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, parassonia).</li> <li>- A insônia não é atribuída aos efeitos de alguma substância (p. ex., abuso de drogas ilícitas, medicamentos).</li> <li>- A coexistência de transtornos mentais e de condições médicas não explica adequadamente a queixa predominante de insônia.</li> </ul>
<b>Características diagnósticas</b>	Diferentes manifestações de insônia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- insônia na fase inicial do sono (ou insônia inicial);</li> <li>- insônia de manutenção do sono (ou insônia intermediária);</li> <li>- insônia terminal (despertar antes do horário habitual);</li> <li>- sono não reparador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfação com a quantidade ou a qualidade do sono e queixas de dificuldade para iniciar ou manter o sono.</li> <li>- As queixas de sono são acompanhadas de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</li> <li>- A perturbação do sono pode ocorrer durante o curso de outro transtorno mental ou condição médica, ou de forma independente.</li> </ul>

Continua

<p><b>Fatores de risco</b></p>	<p><b>Temperamentais</b>                  Ansiedade, estilos cognitivos ou personalidade propensa a preocupações, maior predisposição para despertar e tendência para reprimir emoções podem aumentar a vulnerabilidade à insônia.</p> <p><b>Ambientais</b>                  Ruído, iluminação, temperaturas desconfortavelmente elevadas ou baixas e altitudes elevadas também podem aumentar a vulnerabilidade à insônia.</p> <p><b>Genéticos e fisiológicos</b>                  - Sexo feminino e idade avançada estão associados a aumento na vulnerabilidade à insônia.                  - Sono interrompido e insônia podem revelar disposição familiar.                  - A prevalência de insônia é mais elevada em membros da família com parentesco de primeiro grau em comparação com a população em geral. Pode ser herdada por predisposição genética, aprendida por observações de modelos parentais ou estabelecida como um subproduto de outra psicopatologia.</p>	
<p><b>Comorbidade</b></p>	<p>Insônia é uma comorbidade comum de muitas condições médicas, incluindo diabetes, doença cardíaca coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, fibromialgia e outras condições de dor crônica. Aparentemente, a relação de risco é bidirecional: a insônia aumenta o risco dessas condições médicas e os problemas médicos aumentam o risco de insônia.</p>	<p>- Frequentemente, indivíduos com transtorno de insônia têm algum transtorno mental comórbido, particularmente transtornos de ansiedade, bipolares e depressivos.</p>
<p><b>Características associadas que apoiam o diagnóstico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Variações no sono normal.</li> <li>- Insônia situacional/aguda.</li> <li>- Transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano do tipo fase do sono atrasada e do tipo trabalho em turnos.</li> <li>- Síndrome das pernas inquietas.</li> <li>- Transtornos do sono relacionados à respiração.</li> <li>- Transtorno do sono do tipo insônia induzido por substância/medicamento.</li> <li>- Narcolepsia.</li> <li>- Parassonias.</li> </ul>	

Fonte: Adaptado de DSM-5.<sup>13</sup>

Na maioria dos casos, é difícil diagnosticar ou caracterizar um único fator de risco associado ao adoecimento mental, pois sua própria natureza e o modo subjetivo de se apresentar nos trabalhadores se dá de modo singular<sup>13</sup>. É um grande desafio, para os profissionais e para a saúde do trabalhador, dar visibilidade às doenças mentais e relacioná-las com o trabalho.

É de extrema importância que os trabalhadores e trabalhadoras que plantam fumo sejam orientados regularmente quanto às medidas de proteção e promoção da saúde e para que busquem apoio quando apresentarem algum sintoma, para diagnóstico e tratamento corretos.

Diante desse cenário de possível adoecimento mental das pessoas envolvidas nas atividades da fumicultura, no quadro 5 são descritos alguns possíveis caminhos e recomendações para a prevenção e promoção da saúde mental.

**Quadro 5 – Recomendações para a organização do cuidado da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras com sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais**

<b>Níveis de complexidade / Serviços</b>	
<b>Atenção Primária em Saúde</b>	
Unidade Básica de Saúde (UBS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ É a porta de entrada para a Rede.</li> <li>▪ Fazer o acolhimento e a abordagem inicial, bem como encaminhar para serviços especializados.</li> <li>▪ Receber matriciamento do Nasf, Cerest e CAPS.</li> <li>▪ Realizar referência e contrarreferência, AMENT e CAPS.</li> </ul>
<b>Média Complexidade</b>	
Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). (Amparada nos comandos da Lei n. 10.216 de 2001 e Portaria MS/GM n. 3588/2017).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atender a usuários com transtornos mentais moderados.</li> <li>▪ Receber o cuidado intermediário entre a Atenção Básica e o CAPS.</li> <li>▪ Necessita de encaminhamento, não é porta de entrada para a Rede.</li> <li>▪ Necessita de encaminhamento da Atenção Básica e CAPS.</li> <li>▪ Funcionamento em unidade própria ou em ambulatórios especializados já existentes.</li> </ul>
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II e III	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atender usuários com transtornos mentais graves agudos ou crônicos.</li> <li>▪ Estabelecer um plano terapêutico para cada caso, que pode incluir um acompanhamento intensivo.</li> <li>▪ Contribuir na reabilitação psicossocial.</li> <li>▪ Atender os usuários em crise.</li> <li>▪ Realizar o matriciamento para a Atenção Básica de Saúde.</li> </ul>
Serviços de urgência (UPA e pronto-socorro) e emergência (hospital especializado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atender usuários com transtornos mentais graves agudizados.</li> <li>▪ Encaminhar para a UPA e pronto-socorro em geral, com ou sem psiquiatra de plantão.</li> <li>▪ Atender demanda espontânea.</li> <li>▪ Atender casos referenciados por outros serviços.</li> <li>▪ Atender os encaminhamentos do SAMU.</li> </ul>
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar matriciamento para a Rede de Atenção à Saúde (RAS).</li> <li>▪ Oferecer retaguarda técnica nas ações de vigilância em Saúde do Trabalhador.</li> <li>▪ Oferecer assistência complementar, especialmente para avaliação da relação do transtorno mental com o trabalho.</li> <li>▪ Oferecer retaguarda técnica e pedagógica para a RAS quanto às questões previdenciárias e trabalhistas.</li> <li>▪ Necessita de encaminhamento, não é porta de entrada para a Rede.</li> </ul>
<b>Alta Complexidade</b>	
Hospitais gerais	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atender pacientes com transtornos mentais graves agudizados.</li> <li>▪ Privilegiar pacientes com risco ou presença de comorbidade clínica.</li> <li>▪ Realizar internações breves com encaminhamento para outros pontos de atenção da Rede para seguimento do tratamento.</li> </ul>
Hospitais psiquiátricos especializados	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atender pacientes com transtornos mentais graves agudizados.</li> <li>▪ Realizar internações breves com encaminhamento para outros pontos de atenção da Rede para seguimento do tratamento.</li> </ul>
<b>Serviços com Fins à Saúde</b>	
Unidade de acolhimento (UA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atender usuários com transtornos mentais graves relacionados ao uso de álcool e drogas.</li> <li>▪ Atender casos com baixo suporte social e familiar.</li> <li>▪ Estar obrigatoriamente vinculada a um CAPS AD.</li> </ul>

Continua

Serviço residencial terapêutico (SRT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visa atender a moradores egressos de internações longas em hospitais psiquiátricos.</li> <li>▪ Realizar o processo de desinstitucionalização.</li> </ul>
Comunidade terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atender usuários com transtornos mentais graves relacionados ao uso de álcool e drogas.</li> <li>▪ Identificar e receber histórias de múltiplas recaídas.</li> <li>▪ Admitir e considerar insucesso de tratamentos prévios.</li> <li>▪ Adotar acolhimento de longo prazo.</li> <li>▪ Necessidade de manter contato com serviços de saúde da RAPS para articular encaminhamento apropriado do usuário.</li> </ul>
<b>PROGRAMAS PRIORITÁRIOS - Prevenção ao suicídio</b>	
Prevenção ao suicídio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar projetos individualizados para prevenção ao suicídio.</li> <li>▪ Repasse de recursos para o Centro de Valorização da Vida (CVV).</li> <li>▪ Expansão e qualificação da atenção gratuita a todo o país.</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde<sup>15</sup>

### Possíveis encaminhamentos à RAS

Primeiramente é necessário entender a dimensão do trabalho como fator de identidade do sujeito produtivo e, portanto, capaz de originar determinantes e condicionantes dos processos de saúde e/ou adoecimento mental do trabalhador. As primeiras recomendações deste texto são trazer ao protagonismo políticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) na perspectiva da saúde mental, e a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) – que melhor se aproximam da coleta, consolidação, análise de dados, disseminação, planejamento e implementação de medidas capazes de regular e intervir nos processos de trabalho e, portanto, nos processos de saúde mental dos trabalhadores.

No cuidado dos trabalhadores, é fundamental conhecer o território, o perfil produtivo e as possíveis causas de risco à saúde mental, ter consciência da caracterização epidemiológica da população local e da população que trabalha nessa determinada região – identificar suas características, os modos de vida e a dinâmica do trabalho. De acordo com Bahia<sup>12</sup>, é importante entender o território e seus principais aspectos geopolíticos, econômicos, físico-geográficos, ambientais, histórico-culturais e sociodemográficos.

Ressalta-se a importância de que os profissionais de saúde conheçam a organização, a capacidade, os recursos humanos e a infraestrutura da rede de atenção e vigilância em Saúde do Trabalhador e de saúde mental no território, assim como o apoio social ao trabalhador.

Também é necessário realizar um acolhimento a esse trabalhador e saber das suas condições determinantes e condicionantes, para assim entender melhor sua condição de saúde. O acolhimento está inserido nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e está compreendida nos serviços da RAS.

Algumas ações por parte dos profissionais de saúde podem auxiliar a escuta clínica na identificação de algum possível adoecimento mental: simplificar a comunicação com o trabalhador, chamá-lo pelo nome, realizar um levantamento da rotina da vida, conhecer detalhadamente as condições e rotinas de trabalho à qual estão submetidos, realizar um histórico clínico e, por fim, buscar compreender quais os dispositivos que levam o trabalhador ao sofrimento atual.

Para identificar as relações de adoecimento mental com o trabalho na fumicultura, é preciso estar atento a diversas questões, sendo fundamental identificar se há algum desvio cognitivo, algum tipo de alteração comportamental e identificar algum sintoma similar aos descritos neste documento.

Ao pensar em recomendações para o trabalhador, antes da busca pelo sistema de saúde local, deve-se entender que as relações sociais estão intrinsecamente ligadas ao ato de trabalhar e que a saúde também pode ser uma construção subjetiva, apresentando interdependência com o ambiente de trabalho. Para que isso ocorra, é necessário pautar o adoecimento mental e buscar ferramentas para o aprimoramento das condições de trabalho.

A OMS<sup>16</sup> sugere intervenções no sentido de proteger a saúde mental, como reduzir riscos relacionados ao trabalho, promover saúde mental, buscar aspectos positivos e falar sobre os problemas mentais que afligem o trabalhador. Para dar conta dessa pauta, é importante organizar o tempo e a intensidade de produção (tentar minimizar as intempéries), elaborar os reais objetivos, rever as relações de trabalho e interpessoais, manter um diálogo aberto junto às empresas fumageiras, solicitar a substituição de produto químico que esteja afetando a saúde mental do trabalhador.

O cuidado com a saúde dos fumicultores e suas implicações à saúde mental deverão ser observados de forma multiprofissional. Os transtornos mentais podem ser silenciosos ou difíceis de ser identificados pelo usuário; dessa forma, os profissionais envolvidos no cuidado à saúde dessas populações deverão ficar atentos às questões de saúde mental, para um melhor encaminhamento do caso.

## REFERÊNCIAS:

<sup>1</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Basic documents. 45th ed. [S. l.: WHO], 2006. Supplement. Disponível em: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf). Acesso em: 30 abr. 2019.

<sup>2</sup> LEÃO, L. H. C. *Vigilância em saúde mental do trabalhador: subsídios para a construção de estratégias de intervenção*. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

<sup>3</sup> FREIRE, C.; KOIFMAN, S. Pesticides, depression and suicide: a systematic review of the epidemiological evidence. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, v. 216, n. 4, p. 445-460, 2013.

<sup>4</sup> BRASIL. Ministério da Fazenda. *Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016*. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2017. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017.

<sup>5</sup> RIQUINHO, D. L.; HENNINGTON, E. A. Cultivo do tabaco no sul do Brasil: doença da folha verde e outros agravos à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4797-4808, dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204797&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204797&lng=en). Acesso em: 7 nov. 2020.

<sup>6</sup> SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Salvador: Sinan, 2020. Disponível em: <http://www.ccvisat.ufba.br/sinan-2/>. Acesso em: 22 jul. 2021.

<sup>7</sup> POLETTI, Â. R.; GONTIJO, L. A. Family farming workers mental health in a microrregion in southern Brazil. *Work*, Reading, v. 41, p. 4987-4994, 2012. DOI: 10.3233/WOR-2012-0044-4987.

<sup>8</sup> FARIA, N. M. X.; FASSA, A. G.; MEUCCI, R. D.; FIORI, N. S.; MIRANDA, V. I. Occupational exposure to pesticides, nicotine and minor psychiatric disorders among tobacco farmers in southern Brazil. *NeuroToxicology*, New York, v. 45, p. 347-354, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neuro.2014.05.002>. Acesso em: 1 jun. 2021.

- <sup>9</sup> CAMPOS, Y.; SILVA, V. S. P.; MELLO, M. S. C.; OTERO, U. B. Exposure to pesticides and mental disorders in a rural population of Southern Brazil. *NeuroToxicology*, New York, v. 56, p. 7-16, Sept. 2016. DOI: 10.1016/j.neuro.2016.06.002.
- <sup>10</sup> BORGES, V. L. G. *Análise do processo de trabalho de produtores de tabaco no Brasil e sua possível relação com os casos de suicídios em áreas fumicultoras do país*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2016.
- <sup>11</sup> KRAWCZYK, N.; MEYER, A.; FONSECA, M.; LIMA, J. Suicide mortality among agricultural workers in a region with intensive tobacco farming and use of pesticides in Brazil. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Hagerstown, v. 56, n. 9, p. 993-1000, 2014. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000214.
- <sup>12</sup> BAHIA. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. *Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho*. Salvador: DIVAST, 2014.
- <sup>13</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- <sup>14</sup> SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortês, 1994.
- <sup>15</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.cressma.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Pol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-Mental-Apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.
- <sup>16</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Acesso em: 21 jul. 2021.





the 1990s, the number of people with health insurance rose from 70 to 85 percent, and the number of people with private health insurance rose from 40 to 55 percent.

As a result of the 1990s reforms, the number of people with health insurance rose from 70 to 85 percent, and the number of people with private health insurance rose from 40 to 55 percent. The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were employed by large firms. In 1990, only 15 percent of people with health insurance were employed by large firms, but by 2000, this number had risen to 35 percent. This increase was due to the fact that large firms were required to provide health insurance to their employees, and many firms chose to do so.

The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were employed by small firms. In 1990, only 10 percent of people with health insurance were employed by small firms, but by 2000, this number had risen to 25 percent. This increase was due to the fact that small firms were encouraged to provide health insurance to their employees, and many firms chose to do so. The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were self-employed. In 1990, only 5 percent of people with health insurance were self-employed, but by 2000, this number had risen to 15 percent. This increase was due to the fact that self-employed individuals were encouraged to purchase health insurance, and many individuals chose to do so.

The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were employed by the government. In 1990, only 10 percent of people with health insurance were employed by the government, but by 2000, this number had risen to 20 percent. This increase was due to the fact that the government was required to provide health insurance to its employees, and many government employees chose to do so. The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were employed by the military. In 1990, only 5 percent of people with health insurance were employed by the military, but by 2000, this number had risen to 10 percent. This increase was due to the fact that the military was required to provide health insurance to its employees, and many military employees chose to do so.

The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were employed by the private sector. In 1990, only 40 percent of people with health insurance were employed by the private sector, but by 2000, this number had risen to 55 percent. This increase was due to the fact that the private sector was encouraged to provide health insurance to its employees, and many private sector employees chose to do so. The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were employed by the non-profit sector. In 1990, only 5 percent of people with health insurance were employed by the non-profit sector, but by 2000, this number had risen to 10 percent. This increase was due to the fact that the non-profit sector was encouraged to provide health insurance to its employees, and many non-profit employees chose to do so.

The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were employed by the public sector. In 1990, only 10 percent of people with health insurance were employed by the public sector, but by 2000, this number had risen to 20 percent. This increase was due to the fact that the public sector was required to provide health insurance to its employees, and many public sector employees chose to do so. The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were employed by the private sector. In 1990, only 40 percent of people with health insurance were employed by the private sector, but by 2000, this number had risen to 55 percent. This increase was due to the fact that the private sector was encouraged to provide health insurance to its employees, and many private sector employees chose to do so.

The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were employed by the non-profit sector. In 1990, only 5 percent of people with health insurance were employed by the non-profit sector, but by 2000, this number had risen to 10 percent. This increase was due to the fact that the non-profit sector was encouraged to provide health insurance to its employees, and many non-profit employees chose to do so. The reforms also led to a significant increase in the number of people with health insurance who were employed by the public sector. In 1990, only 10 percent of people with health insurance were employed by the public sector, but by 2000, this number had risen to 20 percent. This increase was due to the fact that the public sector was required to provide health insurance to its employees, and many public sector employees chose to do so.



# SUBSÍDIOS PARA DIRETRIZES

PARA ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE DOS TRABALHADORES E  
TRABALHADORAS DA FUMICULTURA