



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA

**ADOCIMENTO FÍSICO E PSICOLÓGICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE, SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE ÚNICA E DO DIREITO DO
TRABALHO, NO MUNICÍPIO DE GOIANA-PE**

DISCENTE: DANILO GUSTAVO DOS SANTOS SOUZA
ORIENTADOR: PROF. DR DANIEL FRIGUGLIETTI BRANDESPIM
CO-ORIENTADOR: JOSÉ WILTON PINHEIRO JÚNIOR

Recife, Brasil
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA

**ADOCIMENTO FÍSICO E PSICOLÓGICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE, SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE ÚNICA E DO DIREITO DO
TRABALHO, NO MUNICÍPIO DE GOIANA-PE**

DANILO GUSTAVO DOS SANTOS SOUZA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde Única da Universidade Federal Rural de Pernambuco, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim

Coorientador: Prof. Dr. José Wilton Pinheiro Junior

Recife, Brasil
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE
Bibliotecária Suely Manzi - CRB4 / 809

S729a Souza, Danilo Gustavo dos Santos
Adoecimento físico e psicológico do agente comunitário de saúde, sob a perspectiva da Saúde Única e do direito do trabalho, no município de Goiana – PE / Danilo Gustavo dos Santos Souza. – 2025.
116 f : il.

Orientador: Daniel Friguglietti Brandespim.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde Única, Recife, BR-PE, 2025.
Inclui bibliografia, anexo(s) e apêndice(s).

1. Política pública 2. Segurança do trabalho 3. Acidentes - Prevenção 4. Equipamentos de proteção 5. Trabalhadores – Assistência médica 6. Higiene do trabalho 7. Saúde ocupacional 8. Saúde ambiental – Goiana (PE) 9. Saúde I. Brandespim, Daniel Friguglietti, orient. II. Título

CDD 614

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim

Programa de Mestrado Profissional em Saúde Única - PMPSU

Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE)

Orientador- Presidente

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Titular Externo

Profa. Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Titular Externo

Prof. Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia

Programa de Mestrado Profissional em Saúde Única - PMPSU

Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE)

Titular Interno

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao Criador, fonte inesgotável de sabedoria, que iluminou meus caminhos e fortaleceu meu espírito em cada etapa desta jornada. Foi Ele quem colocou diante de mim este programa de mestrado extraordinário — um verdadeiro presente que transformou minha vida pessoal e minha trajetória profissional enquanto advogado, sanitarista, professor, sindicalista e, com imenso orgulho, Agente Comunitário de Saúde.

À minha família, alicerce de amor e apoio incondicional, dedico minha gratidão eterna. Aos amigos e companheiros de luta, que partilham comigo a defesa intransigente do Sistema Único de Saúde (SUS), dos direitos trabalhistas, da saúde e segurança do trabalho e da justiça social em todas as suas formas, meu profundo reconhecimento. Suas palavras de incentivo, seus exemplos de coragem e sua presença constante foram luz nos momentos de dúvida e força nos dias difíceis.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim e Prof. Dr. José Wilton Pinheiro Júnior, agradeço pela orientação firme, pela inspiração intelectual e pelo acolhimento generoso. Com sabedoria e sensibilidade, vocês me ajudaram a transformar ideias em propósito e propósito em ação.

Aos meus colegas de turma do PMPSU, deixo um agradecimento emocionado e cheio de saudade. Foi a cooperação, a escuta e a integração de vocês que me permitiram abrir os horizontes da alma e ampliar minha visão de mundo. Por mim, esse convívio duraria para sempre. Júlio, Caroline Teixeira, Carollyne Vasconcelos, Nathalia, Cecilia, Marina, Janaide, Isidoro, Luiz, Maria Luisa, Thayanne, Thaysa, Hellen, Ana Claudia e tantos outros que passaram pelo programa, mesmo apenas cursando disciplinas específicas: cada um de vocês deixou uma marca indelével nesta caminhada. Saudades dos nossos cafés com torta de palmito, dos nossos almoços no RU, da vivência diária e do clima maravilhoso que permeava cada aula — momentos que sempre levarei comigo com enorme carinho. Sem dúvida, a melhor e mais avançada turma que o PMPSU já teve.

Aos meus alunos, cuja sede por conhecimento me inspira a ser, diariamente, um educador mais comprometido e humano, deixo minha gratidão sincera. Aos colegas de profissão, companheiros de sala de aula, de campo, de gestão e de militância, obrigado por cada diálogo, cada contribuição, cada troca que enriqueceu este trabalho com múltiplos olhares e saberes.

A todos os **professores do PMPSU**, minha mais profunda admiração e reconhecimento. Cada um de vocês, com suas mentes brilhantes e olhares avassaladores sobre o mundo, contribuiu para a construção de um conhecimento verdadeiramente libertador. Vocês foram muito além do ensino técnico e nos proporcionaram um mergulho transformador — intelectual, político, ético e existencial. Gratidão por abrirem caminhos onde antes havia muros.

À **coordenação do PMPSU** e aos **servidores da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE)**, deixo meu agradecimento caloroso. O acolhimento, a escuta e o compromisso de todos vocês transformaram essa instituição extraordinária em um verdadeiro lar. Esta foi, sem dúvida, uma das maiores experiências da minha existência.

Sou profundamente grato também a todos os profissionais das mais diversas áreas que, com generosidade e espírito colaborativo, se dispuseram a contribuir com a construção desta política pública multidisciplinar de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho — fruto direto deste estudo. A sensibilidade técnica e humana de cada um foi essencial para que esta dissertação ganhasse corpo, profundidade e relevância prática.

E, sobretudo, agradeço por este percurso ter me permitido viver plenamente minha expressão favorita: **Sapere Aude** — “ousa saber”. Ousar saber é desafiar os limites impostos, romper com a ignorância confortável, despertar para a crítica e para a transformação do mundo. Este mestrado foi, para mim, a concretização dessa ousadia. Um chamado à consciência, à coragem intelectual e à construção coletiva, tecida por muitas mãos, corações e mentes, de um saber que liberta, promove e protege a vida.

RESUMO

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ocorre em ambientes múltiplos e heterogêneos, frequentemente marcados por vulnerabilidades sanitárias, sociais e ambientais. Cada residência visitada representa um microssistema de risco, cuja complexidade exige uma abordagem ampliada de proteção à saúde do trabalhador. Partindo do paradigma da Saúde Única — que compreende a interdependência entre saúde humana, animal e ambiental —, esta pesquisa teve como objetivo analisar o adoecimento físico e psicológico dos ACS do município de Goiana-PE, articulando os conceitos da Saúde Única com os fundamentos jurídicos do Direito do Trabalho. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado com 121 profissionais em exercício, a partir de formulário eletrônico estruturado, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados revelaram um cenário preocupante: 83% dos ACS relataram ausência ou insuficiência de capacitação contínua em saúde ocupacional; 75% identificaram falhas no fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); e 67% afirmaram ter adoecido em decorrência das condições laborais. Esses dados demonstram omissões institucionais que comprometem os princípios constitucionais da dignidade no trabalho e da integralidade do cuidado. Como produto técnico da intervenção, foi elaborada uma minuta de projeto de lei para instituir uma Política Municipal de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho, aplicável a todos os servidores públicos, com base no modelo existencial da Saúde Única e com foco na prevenção, vigilância e mitigação dos riscos ocupacionais nos territórios de atuação.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Saúde Única; Vigilância Ambiental; Equipamentos de Proteção Individual; Políticas Públicas.

ABSTRACT

The work performed by Community Health Agents (ACS) takes place in diverse and often vulnerable environments, where each household represents a micro-ecosystem of social, sanitary, and environmental risk. Based on the One Health approach — which emphasizes the interconnection between human, animal, and environmental health — this study aimed to analyze the physical and psychological illness of ACS professionals in the municipality of Goiana-PE, integrating One Health principles with the legal foundations of Labor Law. This was a descriptive, cross-sectional study involving 121 active professionals, using a structured electronic questionnaire approved by a Research Ethics Committee. The findings revealed significant institutional gaps: 83% of ACS reported lacking systematic training in occupational health; 75% pointed out deficiencies in the provision of Personal Protective Equipment (PPE); and 67% stated that they had developed health issues due to their working conditions. These results demonstrate violations of constitutional rights related to occupational safety and worker dignity. As a technical product of this research, a draft bill was developed to propose the creation of a Municipal Policy on Environmental and Occupational Health and Safety, to be implemented across the public sector. Grounded in the existential logic of One Health, the proposal emphasizes prevention, risk surveillance, and integrated protection strategies in the territories where ACS professionals operate.

Keywords: Worker Health; One Health; Environmental Surveillance; Personal Protective Equipment; Public Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 01** – Pirâmide dos agentes econômicos(p. 20)
- Figura 02** – Demonstração do consumo(p. 21)
- Figura 03** – Demonstração da presença da saúde única nas visitas domiciliares
.....(p. 42)
- Figura 04** – Relação entre saúde animal, ambiental e vegetal(p. 47)
- Figura 05** – Diagrama de fluxo de uma política de Saúde e Segurança Ambiental
e do Trabalho(p. 49)
- Figura 06** – Ilustração do microuniverso doméstico onde atua o ACS(p. 50)
- Figura 07** – Demonstração de atuação horizontal ou vertical na rotina de trabalho
do ACS(p. 50)
- Figura 08** – E-card interativo de pesquisa de campo(p. 52)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Principais Doenças Relacionadas ao Trabalho Relatadas pelos ACS	(p. 70)
---	---------

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Capacitações, cursos ou treinamentos voltados a Segurança do Trabalho(p. 57)
- Gráfico 2:** Quantos cursos ou capacitações técnicas em 2024(p. 57)
- Gráfico 3:** Participação em Treinamentos de SST nos Últimos 12 Meses ..(p. 58)
- Gráfico 4:** Percentual de ACS que recebem o adicional de insalubridade ..(p. 60)
- Gráfico 5:** Percentual de ACS que tiveram que ingressar com ação judicial para receber o adicional de insalubridade(p. 60)
- Gráfico 6:** Percentual de ACS que tem conhecimento sobre epidemiologia(p. 62)
- Gráfico 7:** Percentual de conhecimento sobre as Normas Regulamentadoras(p. 63)
- Gráfico 8:** Percentual de conhecimento sobre Saúde Única(p. 64)
- Gráfico 9:** Recebimento de EPIs pelos ACS(p. 66)
- Gráfico 10:** Percentual de adoecimento laboral dos ACS(p. 68)
- Gráfico 11:** Percepção dos ACS sobre o Apoio Institucional Recebido no adoecimento(p. 72)
- Gráfico 12:** Ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde(p. 72)
- Gráfico 13:** Sentimento relatado pelos ACS sobre a sua atuação profissional(p. 73)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APR – Análise Preliminar de Risco
ASO – Atestado de Saúde Ocupacional
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
DDS – Diálogo Diário de Segurança
EPI – Equipamento de Proteção Individual
EPC – Equipamento de Proteção Coletiva
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LTCAT – Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho
NR – Norma Regulamentadora
NSSAT – Núcleo de Saúde e Segurança do Trabalhador
PAIST – Plano de Ação Integrada em Saúde do Trabalhador
PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PGR – Programa de Gerenciamento de Riscos
PM-GCAT – Plano Municipal de Gestão de Condições Ambientais do Trabalho
PM-GRO – Plano Municipal de Gerenciamento de Riscos Ocupacionais
PPP – Perfil Profissiográfico Previdenciário
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SST – Saúde e Segurança do Trabalho
SSTMA – Sistema Municipal de Monitoramento Continuado da Saúde e Segurança do Trabalho e do Meio Ambiente
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRPE – Universidade Federal Rural de Pernambuco
WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 O Trabalho: Função Social, Responsabilidade e Saúde no Contexto Socioambiental	16
2.2 Trabalho, Sociedade, Consumo e Saúde: Um Ciclo Sistêmico de Desenvolvimento	18
2.3 O Trabalho e os Riscos da Atividade Econômica – A Extrafiscalidade como dimensão política do tributo	23
2.4 Responsabilidade Civil pelos Danos Decorrentes do Trabalho	25
2.5 Responsabilidade Ambiental dos Empregadores e Saúde Única	26
2.6 Saúde, Segurança do Trabalho e Sustentabilidade Humana: da ausência de doenças ao bem-estar integral	28
2.7 Saúde Única como Contexto Existencial da Saúde Humana	29
2.8 Interseção entre Saúde Única e Segurança do Trabalho: Continente, Conteúdo e o Alcance da Saúde Humana	30
2.9 Ambiente de estudo – A atuação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde sob o enfoque da Saúde Única e do Direito do Trabalho e a responsabilidade do empregador.....	32
3. CICLO DE DEGRADAÇÃO E A PROPOSTA DE INVERSÃO PARADIGMÁTICA	32
3.1 Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária em Saúde - Origem e Marco Histórico.....	33
3.1.2 Marco Legal e Reconhecimento Institucional	35
3.1.3 Função Estratégica e Transformação do Modelo Biomédico	36
3.2 Adoecimento Ocupacional e o Ambiente de Trabalho	38
3.3 Necessidade de uma política municipal direcionada	39
3.4 Direito à Saúde e Segurança no Trabalho	42
3.5 O dano extrapatrimonial nas relações de trabalho	44
3.6 – A Saúde Única no contexto do trabalho	46
3.7 Interseção entre Saúde Única, Saúde Ocupacional e Riscos dos ACS em Visitas Domiciliares.....	48
3.7.1 Riscos Ambientais e Sociais no Território de Atuação.....	48
4. RISCOS FÍSICOS, BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS	48

4.1 O Método de Detecção de Riscos como Reflexo da Saúde Única	48
4.2 Implicações para Políticas Públicas.....	49
5. OBJETIVOS.....	51
5.1 Objetivo Geral.....	51
5.2 Objetivos Específicos.....	51
6. METODOLOGIA	51
6.1 Tipo e local do estudo.....	51
6.2 Tamanho da Amostra.....	52
6.3 Coleta de Dados.....	52
6.4 Análise de Dados.....	53
6.5 Aspectos Éticos	54
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
8. CONCLUSÃO	74
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA	87
APÊNDICE 2 – FORMULÁRIO DE PESQUISA.....	88
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	96
APÊNDICE 4 – PRODUTO FINAL	99
ANEXO.....	111

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira passou, nas últimas décadas, por profundas transformações, especialmente a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, como resultado das lutas sociais por um acesso universal e igualitário à saúde. Fundado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular, o SUS busca garantir não apenas o tratamento das enfermidades, mas também a promoção da saúde em seu sentido mais amplo (BRASIL, 1988; PAIM, 2018).

Nesse contexto, surgem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais responsáveis por estabelecer o elo entre as equipes de saúde e as comunidades, especialmente em regiões periféricas e de difícil acesso. Sua atuação estratégica inclui visitas domiciliares, acompanhamento de famílias, identificação de situações de risco e promoção de ações educativas (GOMES *et al.*, 2021). Entretanto, apesar de sua relevância, a realidade dos ACS evidencia uma série de lacunas no que diz respeito à proteção de sua saúde física e psicológica durante o exercício de suas funções (COSTA; CAMPOS, 2020).

Diferente dos trabalhadores da iniciativa privada, os ACS vinculados ao serviço público frequentemente não são contemplados por programas estruturados de Saúde e Segurança do Trabalho (SST), como o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), o Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) e a Análise Preliminar de Risco (APR), previstos na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e nas Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho (BRASIL, 1943; BRASIL, 1978). Essa ausência representa grave afronta aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e da redução dos riscos inerentes ao trabalho (art. 7º, XXII) (BRASIL, 1988; ANTUNES, 2019).

Ademais, a abordagem da Saúde Única (One Health) reforça a necessidade de se compreender a interdependência entre a saúde humana,

animal e ambiental. Cada residência visitada pelos ACS constitui um ecossistema próprio, repleto de especificidades epidemiológicas, sanitárias e socioambientais (DESTEFANI; SOUSA; LOPES, 2022). A entrada desses profissionais em diferentes residências e contextos ambientais no território onde atuam, sem treinamento adequado ou equipamentos de proteção, os expõe a múltiplos fatores de risco, comprometendo não apenas sua saúde individual, mas também a saúde das famílias assistidas, bem como dos animais domiciliados, semi-domiciliados e do ambiente por onde circulam e atuam desempenhando suas variadas funções cotidianas (FERREIRA *et al.*, 2021).

A realidade vivenciada pelos ACS no município de Goiana-PE ilustra esse cenário. Ao adentrarem lares com diferentes condições sanitárias, ambientais e sociais, esses profissionais se tornam vulneráveis a doenças infectocontagiosas, zoonoses, acidentes domésticos e violências diversas (RIBEIRO; LIMA, 2020). A inexistência de programas de capacitação continuada, de fornecimento sistemático de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de acompanhamento médico ocupacional agrava o quadro de vulnerabilidade, impactando diretamente a qualidade da assistência prestada à população e a qualidade da saúde dos próprios profissionais (SILVA *et al.*, 2023).

É imprescindível destacar que a proteção da saúde do trabalhador não deve ser encarada como um benefício, mas como um direito fundamental, regulamentado tanto em dispositivos constitucionais quanto em normas infraconstitucionais. A negligência na aplicação dessas normativas implica em danos extrapatrimoniais aos trabalhadores, ensejando responsabilização estatal e comprometendo a efetividade das políticas públicas de saúde (MARTINS; BARBOSA, 2021).

Desta forma, esta dissertação propõe uma análise crítica do adoecimento físico e psicológico dos ACS de Goiana-PE, sob a ótica da Saúde Única e do Direito do Trabalho, com o objetivo de evidenciar as fragilidades existentes e propor ações corretivas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Trabalho: Função Social, Responsabilidade e Saúde no Contexto Socioambiental

O trabalho, enquanto direito social previsto no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, é elemento estruturante da dignidade humana, da inclusão cidadã e do desenvolvimento nacional. Não se limita a uma relação jurídica entre empregado e empregador, mas representa uma mediação ontológica entre o ser humano e a realidade, promovendo transformação social e realização pessoal (BRASIL, 1988; ANTUNES, 2020). Nesse sentido, o trabalho adquire centralidade não apenas como meio de subsistência, mas como base para a construção da identidade, da cultura e do pertencimento coletivo (SENNETT, 2019).

Sua função social transcende a produção de bens e serviços, pois conecta o sujeito ao ciclo econômico, fomenta a arrecadação tributária, movimenta o comércio local e sustenta as políticas públicas de saúde, educação e assistência (PAIM *et al.*, 2011). Quando exercido em condições dignas, o trabalho contribui para a justiça distributiva e para o equilíbrio socioambiental, fortalecendo os laços comunitários e promovendo o bem-estar intergeracional (ROCHA; PORTO, 2021). Por isso, é fundamental que o trabalho seja compreendido em sua dimensão ética, ecológica e política.

O vínculo entre trabalho e saúde evidencia-se na própria definição ampliada de saúde adotada pela Organização Mundial da Saúde, que a reconhece como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças” (WHO, 1946; OHHLEP, 2022). Nessa perspectiva, as condições laborais deixam de ser apenas um fator técnico e tornam-se determinantes sociais e ambientais da saúde, exigindo políticas públicas que integrem ações de prevenção, vigilância, promoção da saúde e justiça ambiental (LOPES *et al.*, 2018; BRASIL, 2022).

A abordagem da Saúde Única (One Health) reforça esse entendimento ao articular a interdependência entre saúde humana, animal e ambiental. Conforme destacam Ellwanger e Chies (2022), não há possibilidade de assegurar o bem-estar dos trabalhadores sem considerar o contexto ecológico no qual suas atividades estão inseridas. A degradação ambiental, a poluição, o desmatamento e as alterações climáticas atuam como fatores agravantes para os riscos ocupacionais, especialmente em contextos de informalidade, vulnerabilidade social e ausência de proteção institucional.

A responsabilidade pela promoção da saúde e segurança no trabalho deve ser compartilhada entre Estado, empregadores e sociedade. Como alertam Martins e Santos (2020), negligenciar as obrigações normativas relacionadas à segurança laboral implica em aumento de acidentes, adoecimento físico e psíquico, absenteísmo, perda de produtividade e sobrecarga dos sistemas públicos de saúde. No caso dos trabalhadores expostos a riscos ambientais diretos, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), essa negligência representa ainda um fator de retroalimentação da desigualdade sanitária nos territórios periféricos.

O trabalho desenvolvido em territórios vulnerabilizados deve ser analisado à luz dos princípios da equidade e da justiça social, considerando os riscos ambientais, físicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais aos quais os trabalhadores estão submetidos. Segundo Costa e Ferreira (2023), os profissionais da saúde que atuam em campo enfrentam não apenas o adoecimento ocupacional, mas também a invisibilização institucional de suas condições de trabalho. A ausência de equipamentos de proteção individual, de acompanhamento médico sistemático e de suporte emocional compromete a efetividade das ações de saúde pública.

Diante disso, é necessário que o trabalho seja protegido por políticas públicas intersetoriais, fundadas nos princípios da integralidade, prevenção e sustentabilidade. O Estado deve garantir que o trabalho se realize em ambientes salubres e seguros, com respeito à dignidade humana e aos limites ecossistêmicos (BRASIL, 2022b). Como pontuam Oliveira e Carneiro (2021), a proteção do trabalhador e do meio ambiente não são agendas distintas, mas expressões complementares da mesma responsabilidade pública e social.

Por fim, a função social do trabalho reside em sua capacidade de integrar o ser humano à vida coletiva com segurança, justiça e sustentabilidade. Sem essa base, perpetuam-se os ciclos de exclusão, adoecimento e colapso ambiental. O fortalecimento da saúde do trabalhador no contexto socioambiental é, portanto, um imperativo civilizatório, que exige um novo pacto entre produção, território e bem viver (PIRES, 2022).

2.2 Trabalho, Sociedade, Consumo e Saúde: Um Ciclo Sistêmico de Desenvolvimento

A Pirâmide dos Agentes Econômicos

O trabalho humano constitui a base da estrutura social contemporânea, sendo responsável pela organização da produção, pelo suprimento de necessidades coletivas e pelo funcionamento do sistema econômico. Ele não apenas garante o sustento das famílias, como promove o desenvolvimento local, regional e nacional. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reafirma que o trabalho decente é condição essencial para o progresso sustentável, com geração de renda, inclusão social e promoção da dignidade humana (ILO, 2023).

Em sua dimensão jurídica, o trabalho é estruturado em normas que regulam as obrigações e garantias nas relações entre empregadores e trabalhadores. No entanto, sua dimensão ontológica ultrapassa o plano legal, pois é através do trabalho que o ser humano transforma a natureza, constrói conhecimento, desenvolve tecnologias e promove a si mesmo enquanto sujeito histórico. Como destaca Antunes (2022), “[...] o trabalho permanece como categoria central da vida social, não apenas por garantir meios de sobrevivência, mas por fundar a própria condição humana em sociedade”.

A dinâmica do sistema capitalista estabelece uma interdependência entre produção, renda e consumo, formando o que se pode chamar de um ciclo sistêmico de desenvolvimento socioeconômico. As famílias demandam bens e serviços para suprir suas necessidades; as empresas organizam meios de produção para atender essa demanda, contratando trabalhadores que, ao receberem seus salários, reinserem recursos no mercado na condição de consumidores, retroalimentando o ciclo (SINGER, 2021).

Esse modelo é representado graficamente pela chamada “pirâmide dos agentes econômicos”, onde o trabalhador aparece como elemento central. Segundo Gaiger (2020), a posição do trabalhador como produtor e consumidor simultâneo é o que torna o trabalho um elo essencial entre economia e saúde pública, uma vez que o acesso a bens materiais está diretamente relacionado à melhoria da qualidade de vida e à redução das vulnerabilidades sociais (ANDRADE,2023)

Além disso, o vínculo entre trabalho, saúde e consumo se revela como um determinante social da saúde. Conforme relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), as condições de trabalho e renda estão diretamente associadas à exposição a riscos físicos e psicossociais, ao acesso a serviços e à capacidade de manutenção da saúde (CNDSS, 2023). Isso reforça a importância de se compreender o trabalho como política pública transversal, que integra os campos da saúde, economia e proteção social.

Dessa forma, o trabalho é simultaneamente meio e fim do desenvolvimento, pois impulsiona a economia, sustenta as estruturas sociais e interfere diretamente na saúde coletiva. Conforme asseveram Almeida e Sena (2022), “[...] as políticas públicas precisam reconhecer que promover o trabalho digno é promover saúde, cidadania e coesão social, numa perspectiva de sustentabilidade que não pode mais ser ignorada”.

Esse fluxo circular de renda, amplamente descrito na literatura econômica, revela que o emprego e o consumo estão intrinsecamente associados ao desenvolvimento local, regional e nacional.

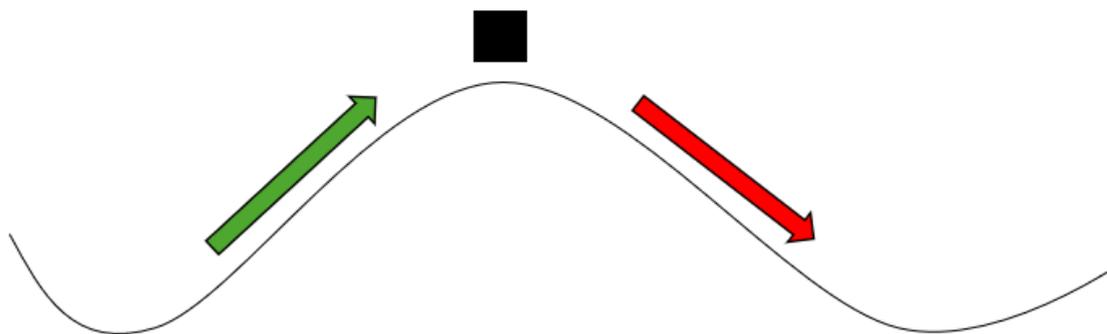
Figura 01 – Pirâmide dos agentes econômicos



Fonte: o autor

Nesse sentido, o trabalho cumpre não apenas função produtiva, mas também função social — articulando dignidade, cidadania e sustentabilidade. Como afirmam Abreu e Gonçalves (2021), “[...] a inserção do indivíduo no mercado de trabalho é determinante para sua inclusão social, sua segurança alimentar e sua saúde física e mental”. O salário recebido pelo trabalhador, ao circular no território, fomenta o comércio local, promove a formalização de serviços e viabiliza a arrecadação tributária, essencial para o financiamento das políticas públicas de saúde, educação, saneamento e infraestrutura.

O consumo, por sua vez, deve ser entendido como mecanismo de ativação econômica. A partir da clássica curva do ciclo de consumo — crescente, estática e decrescente — observa-se que, quanto mais regular e diversificado o consumo, mais estável será a economia (SINGER, 2021). A obsolescência programada, por exemplo, emerge como estratégia industrial de estímulo ao consumo contínuo, garantindo a rotatividade produtiva e a manutenção dos postos de trabalho.

Figura 02 – Demonstração de consumo

Fonte – O autor

O modelo socioeconômico contemporâneo se sustenta na interdependência entre produtividade, saúde, consumo e bem-estar. A ruptura desse equilíbrio, provocada por fatores como o desemprego, a informalidade ou a precarização dos vínculos laborais, compromete diretamente a capacidade de aquisição das famílias, repercutindo na retração da demanda, estagnação da produção e aumento da vulnerabilidade social. Esse cenário aprofunda desigualdades, impacta o desenvolvimento e fragiliza os sistemas de proteção social, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil (DEDECCA; BALTAR; AMORIM, 2021).

A saúde, neste ciclo, deve ser compreendida simultaneamente como condição e consequência do trabalho digno. O emprego formal, com remuneração justa e direitos assegurados, viabiliza o acesso aos determinantes sociais da saúde, como alimentação adequada, habitação, transporte e serviços médicos. A literatura demonstra que trabalhadores em ocupações protegidas apresentam melhores indicadores de saúde do que aqueles inseridos em vínculos instáveis ou informais, revelando uma correlação estrutural entre inserção produtiva e proteção à saúde (BARROS; DONALÍSIO, 2022).

Por outro lado, o trabalho desenvolvido em ambientes insalubres ou com vínculos fragilizados contribui para o adoecimento físico e psíquico dos trabalhadores, além de sobrecarregar o Sistema Único de Saúde - SUS. A precarização do trabalho, associada à ausência de políticas públicas robustas

de saúde ocupacional, intensifica o sofrimento mental, o absenteísmo e a queda da produtividade. Situações de metas abusivas, pressão constante e insegurança contratual são frequentemente associadas ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns, como ansiedade e depressão (GUIMARÃES; COSTA, 2023).

Essa realidade torna-se ainda mais sensível no setor público, especialmente entre trabalhadores vinculados a políticas sociais, como os Agentes Comunitários de Saúde - ACS. A inexistência de programas de prevenção e promoção da saúde do trabalhador nas administrações municipais compromete a qualidade do serviço prestado, além de expor os servidores a riscos ocupacionais sistemáticos. A sobrecarga, aliada à falta de estrutura, gera impactos não apenas no indivíduo, mas em toda a coletividade que depende do cuidado ofertado na atenção primária (SOARES; SILVEIRA, 2023).

Portanto, o trabalho deve ser entendido como uma dimensão estruturante da dignidade humana e do desenvolvimento social. Sua precarização rompe um ciclo essencial à coesão social, à sustentabilidade econômica e à efetivação dos direitos sociais fundamentais. O fortalecimento das políticas públicas de emprego, trabalho e renda, com enfoque na saúde do trabalhador, é condição para um modelo de desenvolvimento centrado no bem-estar coletivo. Apenas a valorização do trabalho em suas dimensões materiais e simbólicas poderá assegurar crescimento econômico com justiça social (POCHMANN; MORAIS, 2022).

A função social do trabalho, portanto, extrapola os limites da relação contratual: é um instrumento de redistribuição de renda, coesão social e promoção da saúde coletiva. Ao ser desconsiderada, abre-se espaço para um ciclo de retrocesso — caracterizado pela informalidade, pelo adoecimento e pela exclusão (DELGADO, 2022).

Desse modo, políticas públicas eficazes devem compreender a centralidade do trabalho na vida humana. A oferta de emprego digno, com proteção social e condições salubres, promove não apenas justiça trabalhista, mas também desenvolvimento econômico sustentável e saúde populacional.

Como reforça a Constituição Federal em seu artigo 6º, “[...] são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

A interseção entre trabalho, consumo, saúde e desenvolvimento deve orientar a construção de políticas de Estado — não apenas como resposta à crise econômica, mas como estratégia permanente de valorização do ser humano.

2.3 O Trabalho e os Riscos da Atividade Econômica – A Extrafiscalidade como dimensão política do tributo

Na esfera das relações laborais, conforme o art. 2º da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), cabe ao empregador não apenas dirigir a prestação de serviços, mas também arcar com os riscos decorrentes da atividade econômica. Logo, oscilações de mercado, crises ou prejuízos não podem ser transferidos ao trabalhador, que ocupa posição contrafeita e vulnerável na relação contratual (BRASIL, 1943).

Em consonância com o art. 7º, XXII, da Constituição Federal, compete ao empregador adotar medidas de redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 1988). Tal prerrogativa se operacionaliza por meio das Normas Regulamentadoras (NRs), do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e do Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT).

Além da regulação das relações de trabalho por meio de normas jurídicas e institucionais, o Estado brasileiro possui, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988, a responsabilidade de preservar a ordem econômica, de forma a promover o desenvolvimento nacional, a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais e regionais. Nesse contexto, a intervenção estatal na economia se dá também por instrumentos tributários de caráter extrafiscal, que têm como finalidade não apenas arrecadar, mas influenciar o comportamento dos agentes econômicos, corrigindo distorções de

mercado, promovendo equidade e estimulando setores estratégicos para a inclusão e o bem-estar social (CUNHA; MOTA, 2023).

A extrafiscalidade, nesse sentido, representa a dimensão política do tributo, sendo um mecanismo legítimo de planejamento e regulação econômica, conforme o previsto no artigo 3º, inciso III, e no artigo 170 da Constituição. Com ela, o Estado atua sobre variáveis como consumo, produção e renda, podendo, por exemplo, desonerar cadeias produtivas que geram empregos ou tributar com mais rigor setores com impacto ambiental e social negativo. Essa atuação busca o equilíbrio entre eficiência econômica e justiça social, especialmente em contextos de vulnerabilidade ampliada, como nos territórios onde atuam profissionais como o Agente Comunitário de Saúde, cujas condições de vida estão diretamente ligadas à efetividade das políticas públicas e ao ambiente econômico local (NASCIMENTO; CASTRO; FERREIRA, 2022).

Por meio da extrafiscalidade, o Estado pode, por exemplo, reduzir ou isentar tributos sobre itens essenciais da cesta básica — como ICMS e IPI — para ampliar o acesso da população à alimentação e à saúde, mesmo que isso implique flexibilizar o princípio da anterioridade nonagesimal, conforme admitido para os chamados “impostos reguladores de mercado” (ANDRADE DA SILVA *et al.*, 2023). Por outro lado, tributos sobre produtos nocivos à saúde, como cigarro e álcool, podem ser majorados com a finalidade de desestimular seu consumo, técnica conhecida como impostos pigouvianos (OLIVEIRA, 2020).

A extrafiscalidade, assim, atua como ferramenta estratégica do Estado para corrigir falhas de mercado, garantir a segurança alimentar, promover a equidade econômica e conter externalidades negativas — especialmente em tempos de crise, inflação ou retração econômica (ANDRADE DA SILVA *et al.*, 2023). Ela visa manter o consumo interno em patamares seguros, reduzir sobrecargas no sistema de saúde e preservar empregos. No entanto, os efeitos dessas medidas fiscais não devem recair sobre o trabalhador. Nesse ponto, reforça-se a responsabilidade do empregador, que não pode, sob o pretexto de oscilações macroeconômicas, adotar práticas como demissões em massa, redução salarial, precarização contratual ou supressão de direitos trabalhistas (BRASIL, 1943).

O empregador — tanto no setor privado quanto público — deve assegurar ambientes laborais saudáveis e seguros, com fornecimento adequado de EPIs, capacitação profissional e cumprimento rigoroso das obrigações previstas nas Normas Regulamentadoras (NRs), no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e no Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR). Essas obrigações são essenciais para a proteção da saúde física e mental dos trabalhadores, em consonância com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da valorização do trabalho. Além disso, o Estado, ao exercer sua função extrafiscal, deve garantir que sua política tributária esteja alinhada com os princípios da justiça social, promovendo medidas que protejam o trabalhador frente às instabilidades do mercado. Isso inclui, por exemplo, incentivos fiscais a empresas que implementem políticas efetivas de saúde e segurança no trabalho, contribuindo para a prevenção de doenças ocupacionais e a promoção de um ambiente laboral mais humano e sustentável (Moreira; Costa; Oliveira, 2022).

Em suma, a harmonização entre a extrafiscalidade estatal e a responsabilidade do empregador constitui um elo fundamental na promoção da saúde coletiva, do bem-estar social e da sustentabilidade econômica. O trabalho não pode ser tratado como variável de ajuste, mas como eixo estruturante da cidadania, devendo ser protegido por mecanismos jurídicos e econômicos robustos e coordenados.

2.4 Responsabilidade Civil pelos Danos Decorrentes do Trabalho

Considerando o papel essencial do trabalho à promoção da dignidade da pessoa humana e ao bem-estar social, a violação às obrigações de segurança laboral configura não apenas infração administrativa, mas também ilícito civil, nos termos do artigo 927 do Código Civil. Essa responsabilização pode ser objetiva (independente de culpa) nos casos de atividades de risco, conforme estabelece a teoria do risco integral.

Martins (2021) argumenta que “a omissão em garantir um ambiente laboral seguro, diante de riscos previsíveis e evitáveis, impõe ao empregador o dever de indenizar o trabalhador por danos materiais, morais e existenciais”. Tal entendimento é reforçado pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal

(STF), segundo a qual o contrato de trabalho tem função social e deve ser interpretado à luz do princípio da dignidade da pessoa humana (STF, ARE 664335, Rel. Min. Luís Roberto Barroso).

No caso específico do dano extrapatrimonial — aquele que viola direitos da personalidade do trabalhador — a CLT passou a tratar expressamente da matéria com a Reforma Trabalhista de 2017, nos artigos 223-A a 223-G, consolidando o direito à reparação moral, psíquica e social por exposição a riscos não mitigados.

2.5 Responsabilidade Ambiental dos Empregadores e Saúde Única

Empregadores — públicos e privados — detêm dupla responsabilidade: uma voltada à proteção da saúde e segurança do trabalhador, e outra vinculada à preservação do meio ambiente. Ambas as obrigações convergem no escopo da abordagem da Saúde Única, a qual reconhece a interdependência entre os determinantes ambientais (continente) e os efeitos sobre a saúde humana (conteúdo), especialmente em contextos de exposição a riscos químicos, físicos, biológicos e psicossociais nos ambientes laborais. Tal perspectiva demanda que as organizações adotem políticas integradas de prevenção, redução de danos e promoção de ambientes saudáveis e sustentáveis, respeitando os preceitos das Normas Regulamentadoras, em especial as NR-9 e NR-32, e as diretrizes internacionais da OIT. Estudos recentes reforçam que a negligência em relação a esses fatores compromete não apenas a saúde dos trabalhadores, mas também a saúde pública e a sustentabilidade dos territórios, exigindo governança colaborativa entre setores (Campos *et al.*, 2023; Cavalcanti *et al.*, 2024; Souza *et al.*, 2024).

A proteção do trabalhador baseia-se em dispositivos constitucionais e normativos — art. 7º, XXII, da CF/88, NR-9 (PPRA), NR-7 (PCMSO), entre outros — que exigem medidas proativas de identificação, controle e monitoramento de riscos (BRASIL, 1988; MTE, 2023).

No âmbito ambiental, a Lei nº 6.938/1981 (PNMA) e a Lei nº 9.605/1998 conferem à responsabilidade civil caráter objetivo e solidário, exigindo reparação mesmo sem prova de culpa (BRASIL, 1981; 1998).

Essa equivalência normativa reflete-se em uma analogia funcional: ambiente e trabalhador sofrem pela mesma fonte de risco — seja poluição, agente químico ou físico — exigindo ações integradas que contemplem tanto a integridade da natureza quanto a saúde dos indivíduos expostos. Essa abordagem integrada fortalece o conceito da Saúde Única e tem sido defendida em estudos recentes que abordam o impacto dos ambientes degradados sobre a saúde ocupacional e coletiva (Dias *et al.*, 2023; Cavalcanti *et al.*, 2024).

Soluções eficazes para enfrentar esses riscos envolvem a conjugação de estratégias como o licenciamento ambiental, a gestão de resíduos, a recuperação de áreas degradadas e a avaliação sistemática de riscos ocupacionais por meio de programas como o PPRA e o PCMSO. A implantação de Sistemas de Gestão Integrados (SGI), que associam as diretrizes das normas ISO 14001 (gestão ambiental), ISO 45001 (saúde e segurança no trabalho) e outras correlatas, tem demonstrado resultados significativos na sinergia entre controle ambiental e proteção do trabalhador. Essas iniciativas promovem não apenas a eficiência operacional, mas também o cumprimento de exigências legais e o fortalecimento da responsabilidade socioambiental das organizações (Silva *et al.*, 2022; Oliveira; Nascimento, 2023; Souza *et al.*, 2024).

Segundo o conceito internacional de "*One Health*", a proteção eficiente exige abordagens transdisciplinares e intersetoriais, pois a saúde humana, animal e ambiental formam um continuum indissociável (GOVERNO FEDERAL, 2024; CONASS, 2022).

Ao gerir riscos no ambiente de trabalho, prevenindo poluição e garantindo condições seguras, o empregador cumpre papel central na manutenção não apenas da saúde individual, mas da saúde coletiva. Empresas que adotam práticas ambientais responsáveis associadas à segurança ocupacional constroem maior resiliência frente a sanções penais, civis ou administrativas — e evitam danos à imagem corporativa (ambiental e social). A literatura demonstra que tal postura reduz a exposição dos trabalhadores e melhora resultados de saúde, produtividade e engajamento (DANTAS *et al.*, 2005; HENRY *et al.*, 2015).

A responsabilização ambiental e ocupacional do empregador é multidimensional: jurídica, técnica, econômica e moral. Sua convergência na

prática da Saúde Única fortalece a prevenção, protege a saúde humana e dos ecossistemas, e alinha as operações econômicas aos objetivos constitucionais de dignidade humana e proteção ambiental (BRASIL, 1988).

2.6 Saúde, Segurança do Trabalho e Sustentabilidade Humana: da ausência de doenças ao bem-estar integral

O conceito moderno de saúde rompe com a visão biomédica tradicional centrada apenas na ausência de doenças. A Organização Mundial da Saúde define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades”. Essa concepção ampliada impõe a revisão de políticas públicas, que devem abranger fatores biopsicossociais como saneamento, alimentação, trabalho digno, acesso a serviços de saúde, moradia e meio ambiente saudável (GOMES; ARAÚJO; LIMA, 2021; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023).

No paradigma anterior, restrito à ausência de patologias, a população era negligenciada em suas necessidades preventivas e psicossociais. Tal compreensão reducionista resultava em sistemas de saúde hospitalocêntricos, com foco reativo, alto custo e pouco impacto na qualidade de vida (MELLO et al., 2022).

A transição para um modelo ampliado influenciou diretamente a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e das políticas de promoção e prevenção, inclusive no campo da saúde e segurança do trabalhador (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

A Saúde e Segurança do Trabalhador (SST) compreende um conjunto de práticas, normas e políticas voltadas à preservação da integridade física e mental do trabalhador. Está fundamentada em preceitos constitucionais (art. 7º, XXII), na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em Normas Regulamentadoras (como a NR-1, NR-7, NR-15, NR-17) e em políticas públicas específicas, como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012).

A SST opera com base na análise do ambiente e das atividades exercidas, detectando a exposição a riscos ocupacionais, graduando-os e planejando ações de neutralização ou mitigação. Quando a eliminação do risco não é possível, admite-se a compensação legal, como o adicional de insalubridade, conforme previsto na NR-15 (BRASIL, 2023).

Entre os riscos essenciais identificados estão:

- **Físicos:** calor, frio, ruído, radiações;
- **Químicos:** poeiras, vapores, solventes;
- **Biológicos:** vírus, bactérias, fungos, parasitas;
- **Ergonômicos:** posturas forçadas, repetitividade;
- **Psicossociais:** assédio, sobrecarga, estresse.

Na SST, os fatores de risco surgem tanto do ambiente (contínente) quanto das atividades laborais (conteúdo). Revisões apontam que os agravos à saúde do trabalhador decorrem da interação entre contaminantes físicos, químicos, biológicos, organizacionais e psicossociais (SILVA *et al.*, 2020; FERREIRA *et al.*, 2019; COSTA; NASCIMENTO, 2021).

Esses riscos são reflexo direto do dano ambiental provocado pelas formas de produção, contrapondo-se ao princípio da Saúde Única. A urbanização, industrialização e uso predatório de recursos naturais promovem degradação ambiental, com repercussões na saúde coletiva e no adoecimento laboral (OLIVEIRA *et al.*, 2023; CAVALCANTI *et al.*, 2024).

2.7 Saúde Única como Contexto Existencial da Saúde Humana

A Saúde Única (*One Health*) é uma abordagem integrada que reconhece a interdependência entre saúde humana, animal, vegetal e ambiental. Segundo OHHLEP (2022),

“One Health é uma abordagem integrada e unificada que visa equilibrar e otimizar de forma sustentável a saúde das pessoas, animais, plantas e ecossistemas.”

Essa lógica considera que a saúde humana depende da harmonia entre os elementos ambientais — ar, água, solo, fauna, flora, microbiota — compondo o que denominamos de **continente existencial**. O ser humano, como **conteúdo**, não se desenvolve de forma plena se imerso em um ambiente degradado. A ausência dessa harmonia compromete o bem-estar físico, mental e social, inviabilizando o conceito ampliado de saúde (RODRIGUES, 2023).

No contexto laboral, isso se aplica diretamente à análise de riscos, que sempre considera os ambientes e as funções ali desempenhadas. Logo, toda política de SST que analisa ambiente e atividade já está, de forma implícita, integrando o conceito de Saúde Única.

2.8 Interseção entre Saúde Única e Segurança do Trabalho: Continente, Conteúdo e o Alcance da Saúde Humana

A promoção da saúde humana, compreendida em sua integralidade — física, psíquica e social — conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1946), exige, necessariamente, a coexistência harmônica entre ambiente, seres humanos, fauna, flora e microbiota. Essa premissa está na base conceitual da Saúde Única (*One Health*), abordagem que sustenta a indivisibilidade entre os ecossistemas naturais e a saúde coletiva (ELLWANGER; CHIES, 2022; OHHLEP, 2022).

Pode-se concluir, portanto, que a abordagem da Saúde Única se configura como condição existencial indispensável para a efetivação da saúde humana em sua integralidade. O bem-estar físico, psicológico e social — conforme definido pela Organização Mundial da Saúde — depende fundamentalmente da harmonia e integração entre os elementos que compõem o meio ambiente (**o continente**) e os elementos que nele se desenvolvem, a fauna, flora, microbiota e os seres humanos (**o conteúdo**). Quando essa relação se desequilibra, compromete-se inevitavelmente a saúde dos indivíduos, promovendo a emergência do adoecimento como reflexo da ruptura ecológica, social e funcional entre o ser humano e seu entorno (WHO, 1946; OHHLEP, 2022; BRASIL, 2024).

No campo da Saúde e Segurança do Trabalho (SST), a identificação dos riscos ocupacionais parte da análise das condições ambientais — o continente

— e das atividades laborais desenvolvidas — o conteúdo —, reconhecendo que o adoecimento do trabalhador decorre da interação entre esses dois eixos. Essa abordagem amplia a compreensão dos determinantes do trabalho insalubre, destacando que o ambiente de labor não é neutro, mas carregado de condicionantes físicos, químicos, biológicos e organizacionais que se articulam entre si (SOUZA; LIMA, 2022).

Essa lógica se conecta de forma orgânica à proposta da Saúde Única, que reconhece a interdependência entre os elementos do ambiente e o processo saúde-doença, inclusive no âmbito laboral. Ambientes degradados, insalubres ou com baixa cobertura de saneamento básico afetam tanto os ecossistemas quanto os trabalhadores, configurando um território de risco sanitário e ocupacional que exige estratégias articuladas e intersetoriais de enfrentamento (MENDES; FERREIRA, 2023).

No plano prático, a análise de risco na SST envolve o reconhecimento, mensuração e controle dos fatores que ameaçam a saúde do trabalhador. Esses fatores incluem riscos físicos (calor, ruído), químicos (poeiras, vapores), biológicos (vírus, bactérias), ergonômicos (posturas forçadas, repetitividade) e psicossociais (assédio, sobrecarga, estresse). A literatura aponta que os fatores psicossociais e organizacionais ainda são negligenciados nas rotinas de prevenção, o que compromete a efetividade das ações de promoção da saúde no trabalho (CASTRO; OLIVEIRA; DIAS, 2021).

Soluções integradas exigem políticas públicas que articulem ações de saúde do trabalhador com políticas ambientais e de urbanismo, em especial no contexto de comunidades expostas a múltiplos riscos. A implementação de programas como o PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos) e o PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) deve ser feita considerando essa complexidade. Estudos demonstram que ambientes com degradação ambiental — como acúmulo de resíduos, ausência de saneamento ou poluição hídrica — estão diretamente associados ao aumento dos agravos ocupacionais, reiterando a necessidade de estratégias fundamentadas nos princípios da Saúde Única (PEREIRA *et al.*, 2023).

Portanto, compreende-se que os fundamentos da Saúde Única e da Segurança do Trabalho não apenas se comunicam, mas se complementam conceitualmente. A primeira estabelece o ambiente equilibrado como pré-requisito para a saúde, enquanto a segunda operacionaliza esse equilíbrio no cotidiano do trabalhador, através de políticas e práticas de prevenção, promoção e cuidado.

2.9 Ambiente de estudo – A atuação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde sob o enfoque da Saúde Única e do Direito do Trabalho e a responsabilidade do empregador.

Foi a partir dessa base teórica que se delineou a pesquisa de campo conduzida neste estudo, cujo foco empírico recai sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Goiana, Pernambuco. Essa categoria profissional é emblemática do vínculo entre ambiente e saúde laboral, pois sua atuação ocorre no seio da comunidade, em domicílios e territórios marcados por múltiplas vulnerabilidades sociais, ambientais e sanitárias. Ao adentrarem residências, os ACS estão, de fato, inserindo-se em micro ecossistemas únicos — onde fauna, flora, estrutura física, relações humanas e condições ambientais interagem continuamente.

Ao considerar os ACS como amostra, buscou-se analisar como os princípios da Saúde Única podem fundamentar uma política pública municipal integrada de Saúde, Segurança do Trabalho e Meio Ambiente. O objetivo não é apenas proteger o trabalhador, mas **restabelecer o equilíbrio entre o continente e o conteúdo — entre ambiente e ação humana** — como condição ontológica para o florescimento da saúde plena.

3. Ciclo de Degradação e a Proposta de Inversão Paradigmática

Atualmente, vivemos o seguinte ciclo: **atividade humana → trabalho → degradação ambiental → adoecimento humano → comprometimento da atividade humana → desemprego → pobreza → estado de ausência de dignidade e acesso aos direitos fundamentais**. Esse modelo é insustentável.

A proposta da construção de uma política municipal de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho objetiva romper esse ciclo destrutivo e

estabelece outro caminho: **atividade humana → trabalho → cuidado ambiental e segurança do trabalho → promoção da saúde → qualificação do trabalho → desenvolvimento social.**

Ou seja, ao **proteger o meio ambiente em razão do trabalho** e o **trabalhador em razão de sua exposição funcional e ambiental**, promove-se a saúde de forma plena, cuidando do continente e do conteúdo. Isso exige políticas públicas coerentes, articuladas e fundadas na Saúde Única como base existencial da saúde humana, mas com o viés duplo de atuação sobre os riscos advindos do ambiente para com o ser humano e os advindos da ação humana para com o meio ambiente.

3.1 Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária em Saúde - Origem e Marco Histórico

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) emergiram em um momento estratégico da história sanitária brasileira, durante a redemocratização no final dos anos 1980, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda era uma construção institucional em meio a graves desigualdades no acesso à saúde, sobretudo em regiões periféricas e zonas rurais. Nesse cenário, a saúde pública restringia-se a ações curativas e fragmentadas, desconsiderando os determinantes sociais da saúde e a integralidade do cuidado (GOMES; SANTOS; OLIVEIRA, 2022).

As primeiras experiências com atuação comunitária em saúde ocorreram de forma informal, muitas vezes promovidas por organizações religiosas ou instituições filantrópicas, que empregavam figuras como os “visitadores sanitários” ou “agentes leigos” para promover ações educativas em saúde e vigilância de endemias (NUNES; COSTA; MORAES, 2021). Esses sujeitos, mesmo sem formação técnica, exerciam papel importante na mediação entre o poder público e a população vulnerabilizada.

No estado do Ceará, em 1987, o governo estadual institucionalizou a contratação de agentes comunitários com o objetivo de enfrentar a elevada mortalidade infantil e os impactos da seca. Essa política local foi fundamental para a criação, em 1991, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de

Saúde (PNACS), que no ano seguinte foi renomeado como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e passou a ser expandido nacionalmente (SANTOS *et al.*, 2023; BRASIL, 2022a).

A consolidação dessa política ocorreu em 1994 com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), incorporando oficialmente os ACS às equipes da Atenção Primária. Essa integração representou a ruptura com o modelo biomédico centrado na doença, consolidando uma abordagem territorializada, orientada pela promoção e prevenção da saúde (CARVALHO; VASCONCELOS; MORAES, 2018).

A regulamentação legal da profissão de ACS foi estabelecida pela Lei nº 10.507/2002 e reestruturada pela Lei nº 11.350/2006, definindo atribuições, condições de trabalho e requisitos de ingresso, incluindo o critério de residir na comunidade atendida. Essa legislação consolidou o ACS como elo vital entre o SUS e a população, especialmente nas áreas mais vulneráveis (BRASIL, 2022b).

Atualmente, os ACS desempenham funções estratégicas na vigilância em saúde, promoção do cuidado integral e fortalecimento dos vínculos entre os usuários e os serviços de saúde. Sua atuação é fundamental na redução da mortalidade infantil, ampliação da cobertura vacinal, acompanhamento de doenças crônicas e enfrentamento de emergências sanitárias, como se evidenciou durante a pandemia de COVID-19 (FERREIRA *et al.*, 2023).

A evolução histórica da categoria reflete a própria trajetória da Atenção Primária no Brasil, marcada por uma transição paradigmática: do assistencialismo focalizado para uma política pública de base comunitária, intersetorial e voltada à equidade (ALMEIDA; BENEVIDES, 2023). O ACS não é apenas um executor de tarefas, mas um agente de transformação social, atuando na interface entre saúde, território e cidadania.

No início, os critérios para seleção eram básicos: alfabetização e vínculo comunitário. Após seleção simplificada, os agentes realizavam visitas domiciliares com orientações sobre higiene, vacinação, nutrição e prevenção de

agravos. Mesmo sem formação técnica formal, os impactos foram amplamente reconhecidos na redução de doenças evitáveis e no fortalecimento das redes de cuidado (LOPES; CAMPOS; TAVARES, 2020).

Com a consolidação da Estratégia Saúde da Família, os ACS passaram a integrar as equipes multiprofissionais de forma estruturada, contribuindo para a reorientação do modelo assistencial. Hoje, são mais de 250 mil profissionais em atuação, reconhecidos como parte essencial da engrenagem do SUS e do exercício do direito constitucional à saúde (BRASIL, 2022c).

3.1.2 Marco Legal e Reconhecimento Institucional

A regulamentação formal da profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi consolidada com a Lei Federal nº 11.350/2006, que definiu competências, direitos e deveres da categoria, estabelecendo requisitos mínimos para ingresso e atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). Essa norma institucionalizou o papel integral dos ACS na atenção primária, fortalecendo a cobertura territorial e a proximidade com a comunidade.

O reconhecimento mais significativo ocorreu com a Emenda Constitucional nº 120/2022, que conferiu à atividade de ACS o caráter insalubre, estabeleceu piso salarial nacional e assegurou direito ao adicional de insalubridade, considerando a exposição ocupacional a agentes biológicos, radiação solar e ambientes vulneráveis (BRASIL, 2022a). Tal avanço jurídico representa um marco na valorização do trabalho desses profissionais e na efetividade normativa em prol da sua saúde e segurança.

Entretanto, muitos municípios têm postergado a implementação da EC 120/2022, exigindo a existência de laudo pericial individualizado ou regulamentações próprias para conceder o adicional. Essa omissão compromete a eficácia da norma constitucional, perpetua desigualdades salariais e evidencia a ausência de políticas estruturadas de saúde e segurança do trabalho voltadas aos ACS.

Como alertam Silva e Pereira (2023), essa lacuna “impacta negativamente tanto a saúde física e mental dos trabalhadores quanto a qualidade do serviço prestado à população” (SILVA; PEREIRA, 2023).

A Lei Federal nº 13.595/2018 também atualizou dispositivos relativos à função e organização da ACS, ajustando o rol de atribuições e mecanismos de apoio institucional. No entanto, não alterou substancialmente o escopo de proteção à saúde e segurança laboral, mantendo a necessidade de regulamentações locais que assegurem efetiva aplicação da EC 120/2022 (BRASIL, 2018).

Por fim, conforme destaca o Ministério da Saúde, “os ACS são profissionais fundamentais para a consolidação da atenção primária, atuando como elo entre as equipes de saúde e a comunidade, com ações educativas, preventivas e de vigilância” (BRASIL, 2022b).

Esse reconhecimento reforça a importância de garantir condições laborais dignas, inclusive por meio da concessão de adicionais e proteção legal, para assegurar a continuidade e qualidade das ações em territórios vulneráveis.

3.1.3 Função Estratégica e Transformação do Modelo Biomédico

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) representou uma ruptura epistemológica e operacional com o modelo biomédico tradicional — centrado na cura e medicalização — ao introduzir práticas preventivas e comunitárias na Atenção Primária à Saúde (APS) (ELLWANGER; CHIES, 2022; OHHLEP, 2022). Antes de sua inserção formal em 1991, por meio do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), o acesso à saúde era limitado, especialmente em áreas vulneráveis, e a saúde era concebida apenas como ausência de doença (OMS, 1946; VENTURA; ALVES; COSTA, 2020). A consolidação dos ACS marcou o reconhecimento de que a saúde é integral, abrangendo fatores sociais, ambientais e psicológicos (BRASIL, 2006).

De acordo com Silva *et al.* (2021), a criação dos ACS se insere em um contexto histórico de reestruturação das políticas públicas de saúde no Brasil, impulsionada pela necessidade de ampliar a cobertura territorial e reduzir os indicadores de mortalidade evitável. Desde então, os ACS passaram a atuar

como mediadores entre a comunidade e os serviços de saúde, utilizando sua inserção territorial para identificar vulnerabilidades, promover práticas educativas e realizar visitas domiciliares — ações que têm contribuído para a redução de agravos e para o fortalecimento da APS (SILVA *et al.*, 2021; RODRIGUES; MENEZES; BARBOSA, 2019).

Entretanto, a atuação dos ACS não foi acompanhada de investimentos proporcionais em qualificação profissional. Embora considerados fundamentais para a APS, muitos ingressaram no serviço com formação básica e pouca capacitação continuada, o que compromete sua atuação ampliada (COSTA *et al.*, 2020). Mesmo após a ampliação de atribuições estabelecida pela PNAB e pelo PNACS, a ausência de apoio institucional gerou impactos negativos sobre a saúde dos trabalhadores, expostos a riscos psicossociais, biológicos, físicos e ergonômicos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; SANTOS; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2023).

A Reforma Sanitária Brasileira, consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), rompeu com a lógica hospitalocêntrica ao afirmar a saúde como direito universal e dever do Estado (BRASIL, 1988). A PNAB de 2006 estruturou a Estratégia Saúde da Família como eixo da APS, delimitando as funções dos ACS e a lógica de organização territorial do cuidado (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011). No entanto, análises mais recentes evidenciam que, mesmo após a atualização da PNAB em 2017, persistem desafios operacionais, sobrecarga de tarefas e precarização do trabalho desses profissionais (SILVEIRA; NASCIMENTO; CUNHA, 2021).

Tais fatores demonstram que, apesar da consolidação do papel do ACS nas políticas públicas de saúde, sua atuação continua marcada por fragilidades institucionais. A ampliação de atribuições sem a devida estrutura de formação técnica e suporte multiprofissional tem gerado insegurança ocupacional e risco à saúde desses trabalhadores, reforçando a necessidade de políticas integradas de valorização e proteção do trabalho em saúde (SANTOS; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2023; SILVEIRA *et al.*, 2021).

3.2 Adoecimento Ocupacional e o Ambiente de Trabalho

Quando se pensa na relação do ACS e a comunidade, não se pode esquecer de como foram as suas origens. Sem preparo, o ACS foi inserido nas comunidades como mensageiro de informação que salva vidas, sem sequer compreender bem qual era o seu papel naquele contexto. Pouco se sabia, inclusive, sobre os métodos de detecção de riscos ocupacionais e pouco se implementou, mesmo nos dias atuais.

O inciso VIII do artigo 200, da Constituição Federal (BRASIL, 1988) prevê a proteção ao meio ambiente do trabalho. Especificamente, no caso dos ACS, a exposição constante a ambientes insalubres, sem a devida proteção, compromete sua saúde física e mental, refletindo no adoecimento pela ausência de políticas públicas eficazes de saúde ocupacional relacionada aos trabalhadores da saúde.

A articulação entre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é fundamental para garantir o cuidado qualificado à saúde dos servidores públicos municipais, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que enfrentam riscos ocupacionais e ambientais. A RENAST, instituída em 2002, é uma rede articulada que visa assistir, prevenir, promover e vigiar o estado de saúde dos trabalhadores no SUS (BRASIL, 2012; RENAST, 2006; DIRETRIZES VISAT, 2013)

Os CEREST atuam como suporte técnico especializado, oferecendo vigilância epidemiológica, promoção da saúde e assistência qualificada, além de apoio metodológico via atenção matricial, porém muitas vezes estão presentes de forma fragmentada, com baixa cobertura municipal – frequentemente sem atuação concreta junto aos ACS.

Em muitos casos, registram-se deficiências estruturais, falta de pessoal ou ausência de articulação intersetorial, especialmente no nível municipal.

Essa lacuna deixa os ACS — que realizam visitas domiciliares diárias — sem o suporte necessário em prevenção, capacitação e notificação de agravos relacionados ao trabalho. A ausência de implementação efetiva das políticas da

RENAST e do CEREST revela uma frágil articulação institucional, o que contraria os princípios da integralidade e intersetorialidade estabelecidos pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.823/2012 (BRASIL, 2012).

Estudos e relatórios nacionais apontam que a efetividade dessas estruturas é comprometida por recursos insuficientes, fragilidade na formação profissional e falta de integração com atenção primária e fundações municipais de vigilância (REDE NACIONAL; VIEIRA *et al.*, 2016).

A lentidão na operacionalização caracteriza um cenário em que políticas públicas permanecem “no papel”, sem traduzirem-se em melhorias concretas para a saúde dos trabalhadores.

3.3 Necessidade de uma política municipal direcionada

Para responder a essa lacuna, faz-se urgente a criação de uma política municipal estruturada e integrada que fortaleça a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com foco específico nos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essas estruturas foram instituídas para garantir ações integradas de promoção, prevenção e vigilância em saúde do trabalhador, mas ainda enfrentam desafios estruturais e operacionais que comprometem sua efetividade (BRASIL, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2015).

Nesse sentido, a articulação entre as esferas municipal e regional deve contemplar:

1. **Estruturação de unidades municipais de referência em saúde do trabalhador (R/TM-ST)**, com equipes técnicas formadas e conectadas aos CEREST regionais. Essas unidades devem assegurar o apoio técnico e operacional contínuo aos ACS, especialmente no reconhecimento e manejo dos agravos relacionados ao trabalho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2015; BRASIL, 2013).
2. **Capacitação permanente dos ACS**, com protocolos específicos para vigilância em saúde do trabalhador, promovendo competências técnicas

para detecção precoce de riscos e adoecimentos. Essa prática já se mostrou eficaz em experiências de articulação ensino-serviço em outros municípios (RENAST, 2006; BRASIL, 2004).

3. **Consolidação de fluxos entre atenção primária, CEREST e laboratórios de apoio**, visando à efetividade do diagnóstico precoce de agravos relacionados ao trabalho, o registro sistemático das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) e a retroalimentação do sistema com dados epidemiológicos locais (MOROSINI; FONSECA, 2018).
4. **Financiamento público adequado**, conforme recomendado na 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2015), destinando recursos orçamentários próprios para estruturação e autonomia dos CEREST municipais.

Para além da normatividade, é fundamental que essa política defina metas claras, indicadores de desempenho e mecanismos de avaliação contínua. A participação dos Conselhos Municipais de Saúde e outras instâncias de controle social deve ser garantida como forma de assegurar transparência e responsabilidade na execução das ações.

Sem essa estruturação, os CEREST e a RENAST continuarão sendo iniciativas planejadas, mas inoperantes no cotidiano laboral dos ACS, mantendo esses profissionais expostos a riscos ocupacionais sistemáticos, sem suporte institucional, contrariando os princípios constitucionais de dignidade e saúde no trabalho (BRASIL, 1988; LIMA, 2022).

Ao se adotar o conceito de Saúde Única como base existencial para a saúde humana, compreende-se que não há como dissociar o bem-estar do trabalhador das condições ambientais e sociais em que ele está inserido. Essa abordagem torna-se especialmente pertinente ao se analisar o perfil de risco dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cuja atuação ocorre no seio de territórios marcados por desigualdades, insegurança sanitária e degradação ambiental (LOPES *et al.*, 2021; ELLWANGER; CHIES, 2022).

Embora a Emenda Constitucional nº 120/2022 tenha reconhecido oficialmente a atividade dos ACS como insalubre, tal reconhecimento ainda não foi acompanhado da implementação das salvaguardas necessárias à preservação da saúde e segurança desses trabalhadores (BRASIL, 2022a). Ao contrário do setor privado, onde a proteção à saúde laboral segue rigorosos protocolos — que vão da Análise Preliminar de Riscos (APR) à implementação de programas como o PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e o LTCAT (Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho) —, no setor público, e especialmente na atenção básica, observa-se uma lacuna institucional significativa (BRASIL, 2022b; GARCIA, 2022).

Nesse contexto, a Saúde Única oferece não apenas um modelo teórico, mas uma diretriz prática para a organização da política de saúde ocupacional. O conceito de continente (ambiente: fauna, flora, estrutura física, saneamento, clima) e conteúdo (atividades humanas, relações, práticas laborais) fornece os parâmetros técnicos para a detecção e avaliação dos riscos ocupacionais. Assim, cada domicílio visitado pelo ACS é um micro ecossistema, onde a interação entre fatores ambientais e humanos potencializa ou reduz os riscos à saúde (OHHLEP, 2022; WHO, 1946).

A lógica de gestão dos riscos nesse modelo deve integrar saberes diversos, reunindo profissionais da saúde, segurança do trabalho, vigilância ambiental e social. A atuação conjunta visa identificar os agentes nocivos físicos, biológicos, químicos, ergonômicos e psicossociais presentes no ambiente de trabalho do ACS e estruturar intervenções preventivas baseadas em evidências.

O não reconhecimento prático desses fatores leva à formulação de políticas laborais inefetivas, pois ignora a totalidade do ecossistema onde o trabalho é realizado. Sem compreender o território como um componente essencial do risco, qualquer ação de saúde do trabalhador será fragmentada, pontual e insuficiente (BRASIL, 2012; COSTA; FERREIRA, 2023). Por isso, a aplicação da lógica da Saúde Única não apenas qualifica o diagnóstico e a prevenção de agravos laborais, mas também oferece um marco ético e político para garantir condições dignas e seguras de trabalho.

Portanto, é imperativo que políticas públicas voltadas aos ACS — como a proposta de Política Municipal de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho — incorporem a Saúde Única como eixo organizador. Isso significa aplicar metodologias integradas de análise de risco, reconhecer os territórios como fontes determinantes da saúde e articular ações multissetoriais para proteção simultânea do meio ambiente e da saúde do trabalhador. O contexto existencial da saúde humana, como propõe a Saúde Única, exige justamente isso: harmonia entre ambiente e funções humanas como pré-requisito para o florescimento da vida em sua plenitude.

Figura 03-Demonstração da presença da saúde única nas visitas domiciliares



Fonte: O autor

3.4 Direito à Saúde e Segurança no Trabalho

O trabalho não representa apenas fonte de subsistência, mas constitui elemento central na promoção da dignidade humana, exigindo remuneração justa e condições laborais seguras e saudáveis. Domingos e Fialho (2018) enfatizam que as atividades laborais impactam diretamente a saúde física e mental dos trabalhadores, influenciando índices de adoecimento, absenteísmo e condições de vida.

A Constituição Federal de 1988 reforça esse entendimento ao dispor em seu art. 7º, inciso XXII, o direito à "redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança", estabelecendo o dever do

empregador de adotar medidas preventivas e garantir ambientes de trabalho adequados (BRASIL, 1988).

A exposição a riscos laborais pode ser classificada em duas categorias principais (MARTINS & SANTOS, 2020):

1. **Riscos relacionados ao ambiente de trabalho** – afetam todos os trabalhadores em um determinado espaço, independentemente da função exercida, como calor, ruído, agentes químicos e biológicos.
2. **Riscos decorrentes da atividade** – impactam apenas trabalhadores que exercem tarefas específicas, geralmente caracterizadas por periculosidade ou insalubridade, como nos casos dos ACS em visitas domiciliares (MARTINS & SANTOS, 2020).

Esses riscos são regulados por Normas Regulamentadoras (NRs), com destaque para (BRASIL, 2023a):

- **NR-15:** atividades insalubres — limites de tolerância ao calor, ruído, agentes químicos e biológicos;
- **NR-16:** atividades perigosas — envolvendo inflamáveis, explosivos e eletricidade;
- **NR-17:** ergonomia, para adequação das atividades a características psicofisiológicas dos trabalhadores.

Para operacionalizar a mitigação desses riscos, foram instituídos instrumentos técnicos obrigatórios nas organizações:

a) LTCAT – Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho e LIP – Laudo de Insalubridade e Periculosidade

Documento exigido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS (Lei 8.213/91 e Decreto 3.048/99), que comprova a exposição a agentes nocivos e fundamenta o direito ao adicional de insalubridade, periculosidade ou aposentadoria especial. Deve ser elaborado por médico do trabalho ou engenheiro de segurança, detalhando riscos presentes, duração da exposição,

medidas de controle e subsídios para o Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP (ABREU & GONÇALVES, 2021; BRASIL, 1999).

b) PGR – Programa de Gerenciamento de Riscos

Instituído pela NR-1 em 2022, o PGR substituiu o antigo Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA. Exige inventário de riscos, plano de ação com controles preventivos e revisões periódicas (BRASIL, 2023b). Conforme García (2022), trata-se de um processo contínuo de avaliação e remediação, incluindo monitoramento e acompanhamento operacional.

c) PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

Regulado pela NR-7 (BRASIL, 2023c), o PCMSO visa preservar a saúde do trabalhador por meio de monitoramento clínico, exames admissionais, periódicos e emissão de Atestado de Saúde Ocupacional - ASO. Prevê ações preventivas, vigilância ativa e passiva da saúde, fiscalização dos ambientes e orientações técnicas (SILVA & LIMA, 2021).

Os principais objetivos são:

- **Monitoramento:** acompanhamento contínuo do estado de saúde dos trabalhadores através dos exames ocupacionais;
- **Prevenção:** ações educativas — como o Diálogo Diário de Segurança - DDS e treinamentos específicos — para evitar adoecimentos e acidentes;
- **Controle:** implementação de equipamentos de proteção individual - EPIs, sinalização e medidas técnicas de segurança (SILVA & LIMA, 2021).

Dessa forma, esses instrumentos constituem pilares do Sistema de Segurança e Saúde do Trabalho (SST), visando integrar a preservação da vida, dignidade humana e responsabilidade legal do empregador (BRASIL, 2023a; SILVA & LIMA, 2021).

3.5 O dano extrapatrimonial nas relações de trabalho

A promulgação da Lei Federal nº 13.467/2017, conhecida como Reforma Trabalhista, introduziu significativas alterações na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), dentre as quais se destaca a inclusão dos artigos 223-

A a 223-G, que tratam especificamente dos danos de natureza extrapatrimonial. Essa normatização preencheu uma lacuna histórica no direito do trabalho brasileiro ao reconhecer, de forma sistematizada, o direito à reparação moral e existencial do trabalhador (BRASIL, 2017a).

O artigo 223-B da CLT define dano extrapatrimonial como “a ação ou omissão que ofenda a esfera moral ou existencial da pessoa física ou jurídica”, sendo estas as únicas titulares do direito à reparação nesse contexto. Trata-se, portanto, de uma violação que ultrapassa o âmbito patrimonial, atingindo diretamente valores subjetivos como dignidade, honra, integridade psíquica, imagem e identidade pessoal ou profissional (DELGADO, 2022).

A natureza do dano extrapatrimonial, especialmente no contexto das relações de trabalho, encontra amparo também no artigo 5º, inciso X, da Constituição Federal, que assegura “a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (BRASIL, 1988).

Em ambiente laboral, uma das formas mais recorrentes de violação extrapatrimonial é a submissão do trabalhador a condições inseguras de trabalho, isto é, situações que exponham sua integridade física ou mental a riscos concretos, previsíveis e evitáveis. Esses riscos podem estar associados à ausência de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), jornadas extenuantes, exposição a humilhações ou assédio moral, bem como à omissão de medidas preventivas diante de ambientes reconhecidamente insalubres ou perigosos (MARTINS, 2021).

Sob a ótica da responsabilidade civil, a exposição sistemática a tais riscos, sem a devida neutralização ou mitigação, configura omissão culposa do empregador, tornando-o passível de responsabilização quando o risco se concretiza em dano. Esse entendimento está em consonância com o princípio da precaução aplicado ao Direito do Trabalho, segundo o qual a proteção da saúde e segurança do trabalhador deve prevalecer mesmo diante da incerteza quanto à magnitude ou probabilidade do dano (SARLET; FENSTERSEIFER, 2017).

Além disso, o Supremo Tribunal Federal (STF) já reconheceu que, diante da relação de subordinação e hipossuficiência, cabe ao empregador o dever de implementar políticas de prevenção e cuidado, sob pena de violação à dignidade do trabalhador e à função social do contrato de trabalho (STF, ARE 664335, Rel. Min. Barroso, j. 04/12/2014).

Portanto, a omissão em garantir um ambiente de trabalho seguro não apenas fere normas de saúde e segurança, mas também pode ensejar responsabilidade civil por dano extrapatrimonial, devendo ser objeto de reparação material e simbólica conforme previsto na legislação trabalhista e constitucional vigente.

3.6 – A Saúde Única no contexto do trabalho

A Saúde Única ou Uma Só Saúde, termo este recentemente definido pelo Ministério da Saúde no Brasil, deriva do inglês “*One Health*” e se refere a uma abordagem integrada que reconhece a conexão entre a saúde humana, animal, vegetal e ambiental. A abordagem de Saúde Única/Uma Só Saúde propõe e incentiva a comunicação, cooperação, coordenação e colaboração entre diferentes disciplinas, profissionais, instituições e setores para fornecer soluções de maneira mais abrangente e efetiva (BRASIL, 2024).

No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2024) definiu os seguintes objetivos para a Saúde Única/Uma Só Saúde, visando alcançar resultados ótimos em saúde e bem-estar:

- 1. Mitigação de Ameaças à Saúde:** A Saúde Única busca enfrentar ameaças à saúde nas interfaces entre seres humanos, animais, plantas e o ambiente. Isso envolve a prevenção e controle de doenças que podem afetar todas essas esferas.
- 2. Base Funcional Integrada:** A abordagem da Saúde Única promove a integração, organização, coordenação, comunicação, complementação e cooperação entre diferentes setores e disciplinas. Ela reconhece que a saúde não pode ser abordada isoladamente, mas requer colaboração multissetorial e transdisciplinar.
- 3. Atuação em Diferentes Níveis:** O trabalho da Saúde Única ocorre em

diversos níveis: local, regional, nacional e global. Isso permite uma resposta mais eficaz a desafios emergentes e reemergentes, como pandemias, resistência antimicrobiana e mudanças climáticas.

Em resumo, a implementação da Saúde Única/Uma Só Saúde favorece a cooperação entre diferentes partes interessadas, desde as comunidades locais até a comunidade global, com o objetivo de proteger a saúde de todos os seres vivos e o meio ambiente, cuja abordagem é fundamental para enfrentar os desafios complexos que afetam nossa saúde coletiva, como por exemplo, a saúde dos ACS e da comunidade e essas relações decorrentes das funções exercidas pelo ACS durante a sua rotina de trabalho (BRASIL, 2024).

Assim, a abordagem de Uma Só Saúde transcende fronteiras disciplinares, setoriais e geográficas, buscando soluções sustentáveis e integradas para promover a saúde dos seres humanos, animais domésticos e silvestres, vegetais e o ambiente mais amplo (incluindo ecossistemas) (BRASIL, 2024).

A saúde humana está relacionada com a saúde animal, ambiental e vegetal e é esse o ponto chave da questão estudada. Esta relação pode ser vista:

Figura 04 – relação entre saúde animal, ambiental e vegetal



Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

Estes elementos estão presentes no cotidiano do Agente Comunitário de Saúde, que, ao visitar os domicílios, está, na verdade, adentrando um ecossistema diferente a cada casa que exerce as suas atividades, sem, no entanto, considerar ou mesmo ter a consciência dos riscos que está sendo exposto.

3.7 Interseção entre Saúde Única, Saúde Ocupacional e Riscos dos ACS em Visitas Domiciliares

Ao incorporar a abordagem da **Saúde Única** ao campo da Saúde e Segurança do Trabalho (SST), identificamos parâmetros cruciais para mensurar os riscos ocupacionais enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante suas visitas domiciliares. Este recorte reforça a ideia tratada como **continente** (meio ambiente) e **conteúdo** (atividade profissional), ambos interligados e essenciais à promoção da saúde humana plena (LOPES *et al.*, 2021; OHHLEP, 2022).

3.7.1 Riscos Ambientais e Sociais no Território de Atuação

Cada domicílio é um micro ecossistema onde fatores como saneamento precário, vetores, presença de animais, clima e estrutura física constituem elementos de risco coletivo. Um estudo transversal realizado no Ceará identificou, entre seis ACS, exposições a esses fatores e ausência de medidas preventivas eficazes (Arruda *et al.*, 2019).

Em paralelo, análise realizada em Baixo (CE) mostrou correlação entre cobrança excessiva, falta de equipamento e agravos físicos e psíquicos, como dores musculoesqueléticas, cefaleias e distúrbios visuais (Cavalcanti *et al.*, 2019)

4. Riscos Físicos, Biológicos e Psicossociais

Conforme constatado em estudos internacionais sobre profissionais de saúde comunitária, longas caminhadas, exposição ao sol, condições climáticas adversas, peso de materiais e falta de EPIs geram dores lombares, varizes e exaustão física (PMC, 2022).

No contexto brasileiro, uma pesquisa em Goiás identificou exposição frequente a materiais biológicos – sem capacitação adequada – expondo os ACS a riscos de infecções (UFG, 2021).

4.1 O Método de Detecção de Riscos como Reflexo da Saúde Única

O processo laboral dos ACS requer práticas análogas às adotadas no setor privado: a Análise Preliminar de Riscos deve mapear fatores ambientais e

ocupacionais (continente e conteúdo), culminando com elaboração de documentos como LTCAT, PGR e PCMSO — integrando informações multidisciplinares (BRASIL, 2023b; ABREU & GONÇALVES, 2021). A aplicação rigorosa da Saúde Única nesse contexto permite considerar o território como unidade de análise e ação, favorecendo intervenções intersetoriais — como saneamento, controle de vetores e EPIs — que beneficiam tanto o meio ambiente quanto os operadores de saúde comunitária (BRASIL, 2012; Costa; Ferreira, 2023).

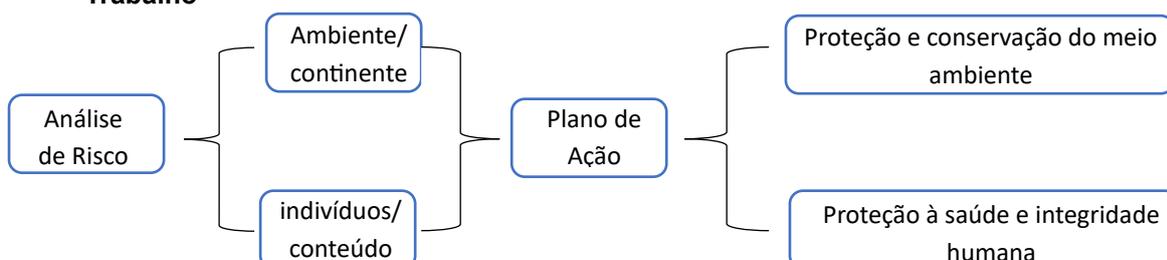
Vista sob a luz da Saúde Única, a residência visitada pelo ACS transcende o espaço laborativo tradicional, tornando-se um **território em tensão** onde fatores ambientais complexos e atividades profissionais interagem. Essa dimensão existencial reforça a compreensão de que a saúde humana depende da harmonia entre ambiente e função — e que, sem segurança integral, a saúde plena é inatingível (WHO, 1946; Lopes *et al.*, 2021).

4.2 Implicações para Políticas Públicas

Todo este cenário embasa a proposta de uma Política Municipal de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho, confluyente com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora -PNSTT (BRASIL, 2012), integrando ações ambientais, ocupacionais e comunitárias em uma lógica única e contínua (BRASIL, 2012; WIKI, 2025).

O objetivo é romper com o ciclo “trabalho → degradação ambiental → adoecimento humano” e promover condições dignas de trabalho, amparo à saúde dos ACS e proteção integral do meio ambiente.

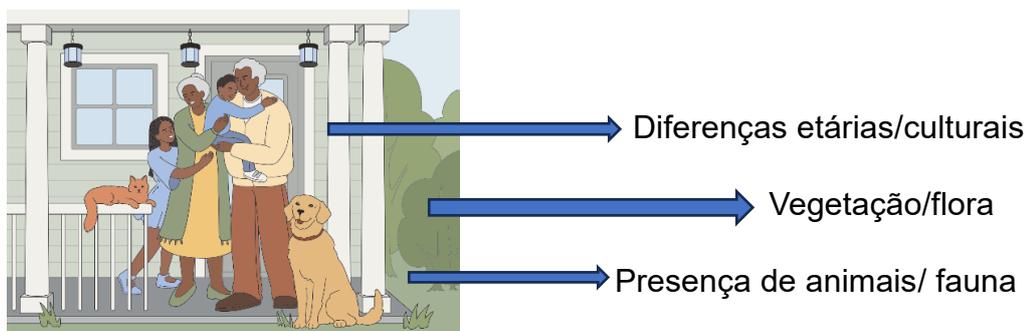
Figura 05 – Diagrama de fluxo de uma política de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho



Fonte: O autor

Cabe ressaltar que, nas atividades dos ACS, uma única residência contém características únicas, bem como a sua população. Costumes, presença ou ausência de violência, moradores com ou sem morbidades, presença ou ausência de animais domésticos em estado de acumulação, inclusive, envelhecimento, processo de adoecimento, asseio ou falta dele, entre outras infinitudes de fatores que tornam cada residência um microuniverso, conforme demonstrado na figura 06 e cada uma constitui um meio ambiente de trabalho específico, com condições únicas, que o ACS se insere no seu dia a dia, onde é exposto a diferentes tipos de riscos conforme a NR15 e NR01, provenientes do ambiente e das atividades, seguindo o eixo central da Saúde e Segurança do Trabalho e da Saúde Única.

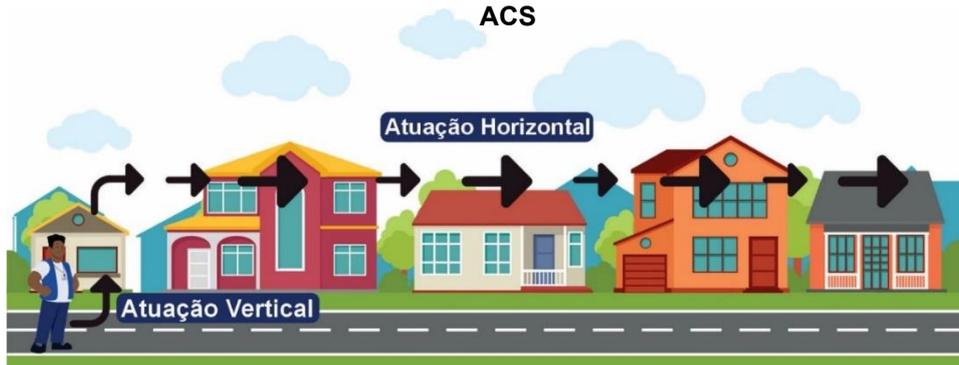
Figura 06 – ilustração do microuniverso doméstico onde atua o ACS



Fonte: Internet/O autor

Esta atuação do ACS pode ser dividida como Material e Formal, ou seja, a atuação formal seria o *modus operandi* do profissional, como ele faz e a atuação material se refere a o que é efetivamente feito (referenciar), assim como ela também pode ser classificada como horizontal (sequência de visitas na comunidade) ou vertical (visita ao domicílio das famílias) como observado na Figura 07.

Figura 07 - Demonstração de atuação horizontal ou vertical na rotina de trabalho do ACS



Fonte: O autor

Durante uma visita domiciliar, o ACS é exposto aos elementos daquele meio ambiente, podendo se infectar com algum microrganismo tanto por sua falta de conhecimento sobre sinais e sintomas de doenças infecciosas, zoonóticas e parasitárias quanto pela ausência de condições de proteção destes profissionais no ambiente de trabalho e, uma vez infectado na atuação vertical, pode carrear os patógenos aos demais componentes da comunidade na sua atuação horizontal, deixando de promover saúde para disseminar patógenos e provocar o estímulo para a ocorrência de doenças, gerando assim um dano extrapatrimonial como definido na forma da legislação.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

1. Descrever e discutir o adoecimento físico e psicológico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Goiana-PE, à luz da Saúde Única e do Direito do Trabalho

5.2 Objetivos Específicos

1. Descrever os fatores ambientais e ocupacionais presentes nas áreas de atuação dos ACS no município de Goiana-PE;
2. Descrever as supostas exposições a agentes físicos, químicos, biológicos e psicossociais nas vistas domiciliares dos ACS, com base nos princípios da Saúde Única e no Direito do Trabalho;
3. Verificar a existência e a efetividade das medidas de proteção laboral disponibilizadas aos ACS.

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem descritiva, realizado no município de Goiana, Pernambuco, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde (Apêndice I). A cidade apresenta características urbanas, rurais e litorâneas, sendo uma área estratégica para análise dos riscos ocupacionais enfrentados pelos ACS.

6.2 População de Estudo

O município de Goiana possui no total 214 Agentes Comunitários de Saúde no seu quadro funcional. No entanto, para fins deste estudo, fora considerado como critério de elegibilidade apenas os ACS em atividade. Como critério de exclusão, por sua vez, foram considerados inaptos para a participação na pesquisa os ACS que estavam de licença de qualquer natureza, férias ou em readaptação de função. Deste modo, 39 ACS não eram elegíveis à participação no estudo, restando um total de 175 ACS aptos. No total, 121 ACS responderam à pesquisa realizada, representando 69% do total elegível à participação.

6.3 Coleta de Dados

Para a coleta de dados, os participantes da pesquisa foram convidados por meio de mensagens enviadas através do aplicativo de comunicação instantânea WhatsApp, em um grupo onde estão todos os ACS do município. O convite foi realizado por meio de um e-card interativo que continha, de forma clara e acessível, o link direto para o formulário eletrônico elaborado na plataforma Google Forms. O e-card incluía um breve descritivo do estudo, apresentando seus objetivos e convidando os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a participarem voluntariamente, respondendo às perguntas contidas no questionário.

Figura 08 – E-card interativo da pesquisa de campo



Fonte: O autor

A etapa inicial de coleta ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2025. Nesse período, a taxa de adesão foi considerada baixa, com menos de 20 ACS elegíveis tendo respondido ao formulário. Diante dessa baixa participação, alguns ACS com maior tempo de atuação no município organizaram, de forma espontânea, uma mobilização interna para incentivar os colegas a contribuírem com o estudo. Essa ação de engajamento foi decisiva: em apenas dois dias, o número de respostas saltou para 121 participantes, conferindo ao estudo uma amostragem mais robusta e representativa da categoria, fortalecendo, assim, a legitimidade dos dados obtidos.

O formulário disponibilizado eletronicamente apresentava, logo em sua abertura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme o modelo disponível no Apêndice III. O prosseguimento no preenchimento do questionário só era possível após a leitura e a aceitação expressa do termo pelo participante. Ressalta-se que o TCLE foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, conforme documento anexo (Anexo 1).

O instrumento de coleta continha perguntas objetivas e discursivas voltadas à caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, bem como ao conhecimento sobre riscos ocupacionais, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), participação em treinamentos relacionados à Saúde e Segurança do Trabalho (SST) e histórico de adoecimento relacionado ao exercício profissional. Além disso, o questionário abordava a percepção dos ACS sobre o apoio institucional recebido no desempenho de suas atividades.

6.4 Análise de Dados

A análise dos dados coletados foi conduzida de forma mista, combinando abordagens quantitativas e qualitativas. Inicialmente, os dados foram organizados em planilhas eletrônicas utilizando o software Microsoft Excel®, o qual possibilitou o tratamento estatístico descritivo por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas, facilitando a visualização e interpretação das variáveis categóricas (MAROCO, 2011).

No que tange à abordagem qualitativa, optou-se pela aplicação da técnica de análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2016), que se estrutura em três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta técnica visa sistematizar e categorizar elementos significativos do conteúdo textual, permitindo a extração de sentidos latentes a partir do discurso dos participantes, com base em eixos temáticos previamente definidos ou emergentes do corpus.

A triangulação metodológica, ao integrar as duas abordagens, proporcionou maior robustez analítica à pesquisa, assegurando a validação cruzada dos resultados e ampliando a compreensão dos fenômenos investigados no contexto dos Agentes Comunitários de Saúde.

6.5 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado sob o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa através do Parecer Consubstanciado nº 7305285 e CAAE 85244424.4.0000.9547, respeitando as normas da Lei Federal nº 14.874/2024 (BRASIL, 2024).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi composto por 11 perguntas objetivas e uma pergunta de natureza subjetiva, totalizando 12 itens investigativos. Participaram da pesquisa 121 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em exercício no município de Goiana, estado de Pernambuco, o que representa aproximadamente 69,0% do universo total de ACS ativos na cidade, considerando os critérios previamente definidos de inclusão e exclusão.

A composição sociodemográfica da amostra revela que 78,0% dos participantes se identificam com o sexo feminino e 22,0% com o sexo masculino, perfil esse que está em consonância com o padrão nacional de feminização da categoria. Estudos recentes confirmam que as mulheres representam entre 80% e 90% do contingente de ACS no Brasil, refletindo tanto uma característica histórica da profissão quanto a reprodução de papéis de cuidado socialmente atribuídos ao feminino (FERNANDES *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2023).

Em relação à faixa etária, observou-se predominância de idade dos 36 anos ou mais, representando 79,3% dos participantes. Esse dado dialoga com o panorama nacional, no qual os ACS apresentam idade média ao redor dos 40 anos, conforme apontam inquéritos realizados em diferentes regiões do país (BRASIL, 2022; PEREIRA; GOMES; FERREIRA, 2021).

No tocante à escolaridade, destaca-se a predominância do nível médio completo entre os entrevistados, com parcela significativa já tendo alcançado o ensino superior completo ou em andamento. Essa elevação no grau de instrução reflete um movimento de profissionalização da categoria, favorecido pelas exigências dos concursos públicos de ingresso, pelos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) municipais e pelas políticas de valorização do trabalhador do SUS (OLIVEIRA; MACHADO; NASCIMENTO, 2019).

Tais resultados convergem com achados obtidos em municípios como Juazeiro, na Bahia, onde estudo local identificou que 81% dos ACS eram mulheres, 55% possuíam ensino médio completo e 11% tinham ensino superior, com idade média em torno de 40 anos (FREITAS *et al.*, 2021). A tendência de feminização e de elevação do nível educacional dos ACS tem sido reafirmada por diversos estudos contemporâneos, apontando um perfil de trabalhadores cada vez mais qualificados, com vínculos estáveis e integrados às políticas públicas de saúde territorializadas (SOUZA *et al.*, 2023; BRASIL, 2022).

As 03 perguntas iniciais visavam a percepção de faixa etária, sexo e tempo de profissão e foram seguidas de 14 perguntas aplicadas ao eixo temático do presente estudo.

- **A secretaria de Saúde oferece a você capacitações técnicas voltadas às causas, modos de transmissão e prevenção das doenças, regularmente? / Se sua resposta anterior foi SIM, a quantos cursos ou capacitações técnicas você participou no ano anterior (2024)?**

A primeira pergunta aplicada ao tema do questionário teve como finalidade apurar se a Secretaria Municipal de Saúde promovia, de forma regular e institucionalizada, capacitações técnicas voltadas à compreensão das causas, modos de transmissão e estratégias de prevenção de doenças

infectocontagiosas. Tais ações formativas são fundamentais para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois qualificam o entendimento teórico sobre os mecanismos de contágio e favorecem a adoção de condutas operacionais mais seguras durante as atividades em campo, especialmente nas visitas domiciliares.

A capacitação contínua é reconhecida como medida indispensável à prevenção de riscos ocupacionais de natureza biológica, em consonância com os princípios da vigilância em saúde e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (GOMES *et al.*, 2022; MENDES, 2021).

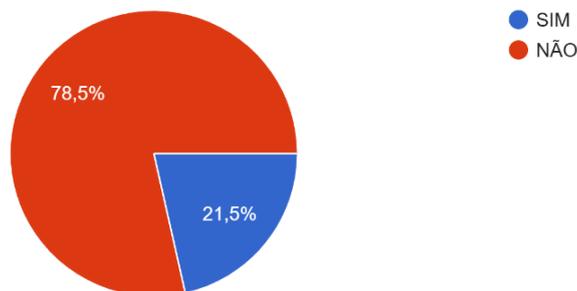
Os dados coletados indicam que 62,8% dos respondentes afirmaram não receber capacitações com regularidade, enquanto apenas 37,2% disseram que sim. Ao aprofundar a análise entre os que relataram a existência dessas formações, observou-se que a maioria mencionou a realização de apenas uma a cinco capacitações no período avaliado, o que sugere baixa frequência e possível insuficiência quanto à profundidade técnico-pedagógica dos conteúdos ministrados (SANTOS *et al.*, 2021).

Esse cenário evidencia não apenas a fragilidade institucional na implementação de uma política efetiva de educação permanente em saúde, como também sugere a possibilidade de confusão entre capacitações estruturadas e reuniões operacionais de caráter meramente instrucional. Tal distorção compromete a efetividade das estratégias preventivas, ampliando a vulnerabilidade dos ACS frente à exposição cotidiana a agentes biológicos nos domicílios e comunidades. Além disso, a ausência de educação continuada sistematizada compromete diretamente a qualidade das ações da Atenção Primária, ao limitar a atualização técnica e o empoderamento profissional desses trabalhadores (FERREIRA; GARCIA, 2023).

Gráfico 1: Capacitações, cursos ou treinamentos voltados a Segurança do Trabalho

Há capacitações, cursos ou treinamentos voltados à saúde e segurança do trabalho?

121 respostas

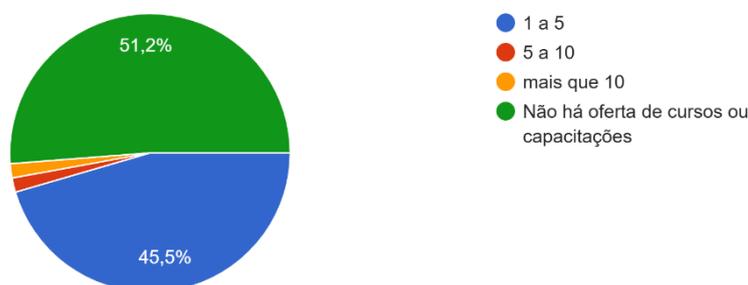


Fonte: Pesquisa de campo

Gráfico 2: Quantos cursos ou capacitações técnicas em 2024

Se sua resposta anterior foi SIM, a quantos cursos ou capacitações técnicas você participou no ano anterior (2024)?

121 respostas



Fonte: Pesquisa de campo

- **Há capacitações, cursos ou treinamentos voltados à saúde e segurança do trabalho?**

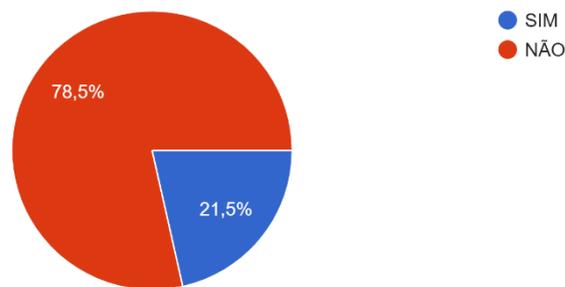
Quando questionados sobre treinamentos em saúde e segurança do trabalho, 80,0% dos ACS afirmaram não ter recebido capacitação no último ano (Gráfico 1), o que revela uma lacuna grave na proteção da saúde dos trabalhadores, contrariando as diretrizes da **NR-01**, que trata das disposições gerais e obrigações em segurança e saúde no trabalho, e da **NR-07**, que

estabelece a obrigatoriedade do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO (BRASIL, 2022a; BRASIL, 2022b).

Gráfico 3: Participação em Treinamentos de SST nos Últimos 12 Meses

Há capacitações, cursos ou treinamentos voltados à saúde e segurança do trabalho?

121 respostas



Fonte: Pesquisa de campo

- **Você recebe o adicional de insalubridade? / Você precisou ingressar com ação judicial para receber a insalubridade?**

O conjunto de respostas relativas ao adicional de insalubridade evidencia falhas estruturais na efetivação dos direitos trabalhistas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com repercussões diretas sobre a proteção da saúde funcional. A análise dos dados revela que 71,1% dos profissionais afirmaram receber o adicional de insalubridade, enquanto 28,9% indicaram não receber o benefício. Embora o índice majoritário indique o recebimento, a expressiva parcela que permanece desassistida indica ausência de critérios técnicos uniformes e fragilidade nos mecanismos de reconhecimento e proteção aos riscos ocupacionais inerentes à função (SOUZA *et al.*, 2023).

A natureza do trabalho desempenhado pelo ACS — com atuação em ambientes domiciliares, exposição a agentes biológicos e condições ambientais adversas — configura, nos termos do artigo 189 da Consolidação das Leis do Trabalho (Brasil, 1943), atividade insalubre em grau variável, o que impõe ao empregador o pagamento do adicional correspondente. Estudos recentes demonstram que a ausência de laudos técnicos, como o Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT), e a não implementação de programas como o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

(PCMSO) e o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) ainda são recorrentes no setor público, especialmente no nível municipal (SANTOS; ALMEIDA; LIMA, 2021; COSTA *et al.*, 2020).

A negligência na estruturação de programas obrigatórios compromete a formalização da proteção dos trabalhadores e cria um vácuo institucional que marginaliza direitos assegurados em lei (FERNANDES *et al.*, 2020). Soma-se a isso um dado ainda mais preocupante: entre os profissionais que recebem o adicional, 73,6% relataram que somente o obtiveram mediante ação judicial, ao passo que apenas 9,1% o receberam de forma administrativa, sem a necessidade de judicialização. Outros 17,4% afirmaram que ainda não recebem o adicional.

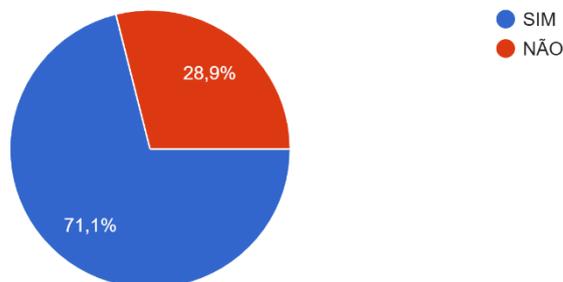
Este cenário denuncia uma prática sistemática de omissão por parte da administração pública, que se abstém de cumprir uma obrigação legal e transfere aos trabalhadores o ônus de reivindicar judicialmente um direito de natureza alimentar (BRASIL, 1988; PEREIRA *et al.*, 2022). A obrigatoriedade de acionar o Judiciário para acessar direitos básicos representa um processo de burocratização do acesso à justiça social, em contradição com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), da valorização do trabalho (art. 1º, IV) e da eficiência da administração pública (art. 37, caput) (BRASIL, 1988).

Além disso, ao descumprir obrigações previstas em normas como a NR-15 e a NR-07 — que determinam critérios técnicos para o reconhecimento da insalubridade e o acompanhamento médico-ocupacional — o empregador público incorre em violação das regras de proteção à saúde do trabalhador (BRASIL, 2022; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2021). Tal omissão compromete o equilíbrio entre ambiente laboral e a integridade física e psíquica do servidor, acentuando a vulnerabilidade desses profissionais no exercício de uma função essencial ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Gráfico 4: Percentual de ACS que recebem o adicional de insalubridade

Você recebe o adicional de insalubridade?

121 respostas

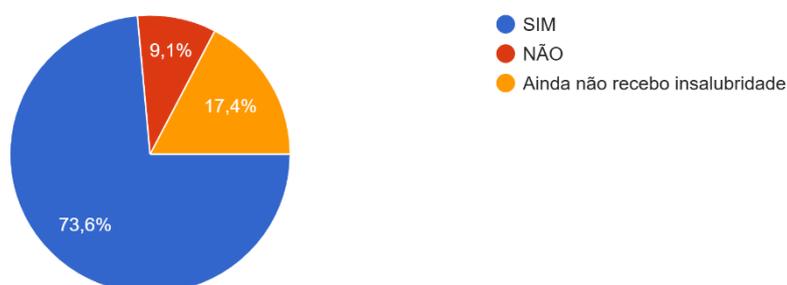


Fonte: Pesquisa de campo

Gráfico 5: Percentual de ACS que tiveram que ingressar com ação judicial para receber o adicional de insalubridade

Você precisou ingressar com ação judicial para receber a insalubridade?

121 respostas



Fonte: Pesquisa de campo

- **Você possui conhecimento sobre epidemiologia? / E sobre as Normas Regulamentadoras de Segurança do Trabalho, você:**

As duas perguntas seguintes tiveram como objetivo avaliar o nível de conhecimento técnico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre dois eixos centrais para o desempenho de sua função: epidemiologia e normas regulamentadoras de segurança do trabalho. Tais temas são fundamentais tanto para a proteção da saúde dos profissionais quanto para a eficácia das ações de

vigilância em saúde no território, constituindo requisitos essenciais à qualidade do serviço público prestado (PAIM, 2019; MONTEIRO; NASCIMENTO, 2021).

A primeira pergunta investigou se os ACS possuíam conhecimento em epidemiologia. Os resultados demonstraram que 60,3% dos respondentes declararam possuir esse conhecimento, enquanto 37,2% afirmaram saber muito pouco e 2,5% disseram não ter conhecimento algum. Embora a maioria tenha indicado alguma familiaridade com o tema, a expressiva proporção de respostas que revelam conhecimento superficial ou inexistente aponta para a fragilidade da formação técnica continuada desses profissionais (VIEIRA; SOARES; OLIVEIRA, 2022).

O conhecimento em epidemiologia é indispensável para a atuação em saúde coletiva, pois possibilita ao ACS reconhecer padrões de adoecimento, identificar fatores de risco e adotar condutas preventivas compatíveis com a realidade sanitária local (BRASIL, 2011; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2020). A formação limitada compromete a leitura crítica do território e restringe o papel estratégico do agente comunitário no enfrentamento de doenças, especialmente aquelas de caráter infeccioso ou endêmico (CUNHA; BARCELLOS, 2019).

Na pergunta subsequente, buscou-se avaliar o grau de familiaridade dos ACS com as Normas Regulamentadoras de Segurança do Trabalho. O cenário revelado é ainda mais preocupante: apenas 23,1% dos trabalhadores afirmaram conhecer bem as NRs, enquanto a maioria, 72,7%, declarou ter apenas uma noção superficial, e o restante demonstrou total desconhecimento ou apenas já ter ouvido falar do tema.

Esses dados evidenciam uma lacuna grave na qualificação funcional dos profissionais, especialmente diante da natureza insalubre da atividade exercida. As NRs, particularmente a NR-01 (que trata das disposições gerais e do gerenciamento de riscos ocupacionais) e a NR-07 (que estabelece o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO), são instrumentos legais que asseguram a proteção dos trabalhadores frente aos agravos decorrentes do trabalho (BRASIL, 2022a; BRASIL, 2022b). O desconhecimento de tais normas

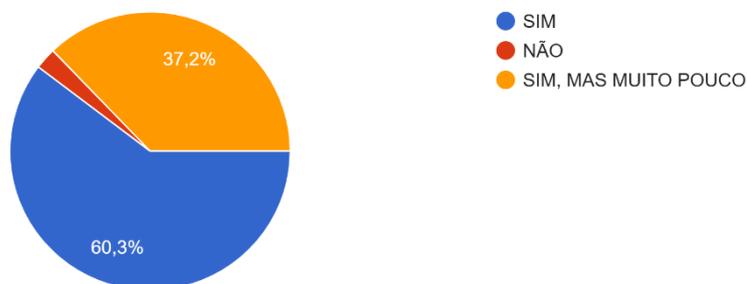
implica não apenas em risco aumentado de adoecimento, mas também em vulnerabilidade jurídica e funcional do servidor público (FERNANDES *et al.*, 2021).

A ausência de domínio sobre a legislação de segurança do trabalho dificulta o reconhecimento de situações irregulares, a reivindicação de direitos, e a adoção de práticas protetivas básicas durante a jornada laboral. Essa lacuna compromete o cumprimento do dever constitucional do Estado em assegurar um ambiente de trabalho seguro e saudável aos seus servidores, conforme estabelecido no artigo 7º, inciso XXII, da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Portanto, os dados analisados reforçam a urgência da implementação de uma política de educação permanente em saúde e segurança do trabalho, integrando conteúdos teóricos e práticos de forma sistematizada. O domínio de noções básicas de epidemiologia e das normas regulamentadoras deve ser compreendido como prerrogativa mínima e inegociável para o exercício ético, seguro e eficiente da função do ACS, devendo ser garantido por meio de programas regulares de capacitação, supervisionados por órgãos competentes e alinhados às diretrizes do Sistema Único de Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; PAIM, 2019).

Gráfico 6: Percentual de ACS que tem conhecimento sobre epidemiologia

Você possui conhecimento sobre epidemiologia?
121 respostas



Fonte: Pesquisa de campo

Gráfico 7: Percentual de conhecimento sobre as Normas Regulamentadoras

E sobre as Normas Regulamentadoras de Segurança do Trabalho, você:

121 respostas



Fonte: Pesquisa de campo

- **Sobre Saúde Única, você:**

A questão relacionada ao conhecimento sobre o conceito de Saúde Única teve como finalidade avaliar o grau de familiaridade teórica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com esse paradigma contemporâneo, que propõe uma abordagem integrada entre saúde humana, animal e ambiental, reconhecendo a interdependência entre esses três domínios como base fundamental para o enfrentamento de riscos sanitários e ambientais complexos (LEAL FILHO *et al.*, 2019; OMS, 2017).

Os dados indicam que 50,4% dos ACS afirmaram conhecer o conceito de Saúde Única, enquanto 31,4% declararam ter ouvido falar, mas saber pouco a respeito. Outros 9,1% disseram já ter ouvido falar, mas não saber o que é, e o mesmo percentual indicou nunca ter ouvido falar no termo. À primeira vista, a resposta majoritária positiva sugeriria um bom grau de familiaridade com o tema. No entanto, a análise qualitativa das respostas abertas revelou um descompasso preocupante entre a autopercepção de conhecimento e o domínio efetivo do conceito (FERREIRA *et al.*, 2020).

Nas ocasiões em que os respondentes foram convidados a expressar o que entendiam por Saúde Única, observou-se uma confusão recorrente com os princípios da saúde pública convencional, ou mesmo com ações gerais do Sistema Único de Saúde (SUS). Em geral, os ACS restringiam o entendimento do termo à assistência básica à população humana, desconsiderando a base

epistemológica e estratégica que orienta a Saúde Única: a compreensão de que os processos de adoecimento e saúde envolvem, de forma sistêmica e indissociável, os seres humanos, os animais e o meio ambiente (OMS, 2017; CARRASCO *et al.*, 2022).

Esse achado indica que, apesar da aparente familiaridade declarada, o conceito de Saúde Única não é devidamente compreendido nem incorporado na prática cotidiana dos profissionais. Tal lacuna compromete a eficácia de intervenções preventivas no território, especialmente naquelas relacionadas ao controle de zoonoses, manejo de resíduos, exposição ambiental e vigilância sanitária ampliada — áreas em que a atuação do ACS poderia ser estratégica, caso houvesse formação adequada (SANTOS; PAZ, 2021; BRASIL, 2018).

A incorporação do conceito de Saúde Única nas rotinas de capacitação e na política de educação permanente se mostra, portanto, indispensável. Trata-se de um referencial teórico que amplia a leitura de território, qualifica a atuação dos profissionais da Atenção Primária em Saúde e fortalece o trabalho intersetorial, com foco na promoção da saúde coletiva em sua integralidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; COSTA *et al.*, 2023). A fragilidade do domínio conceitual por parte dos ACS sugere a necessidade de revisão dos conteúdos curriculares nos treinamentos oferecidos, com ênfase em abordagens transdisciplinares que contemplem a complexidade das relações entre saúde humana, animal e ambiental, conforme os princípios norteadores da Saúde Única (LEAL FILHO *et al.*, 2019).

Gráfico 8: Percentual de conhecimento sobre Saúde Única

Sobre Saúde Única, você:

121 respostas



Fonte: Pesquisa de Campo

- **Você recebe Equipamentos de Proteção Individual para realizar as visitas domiciliares?**

A pergunta referente ao fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) teve como objetivo verificar se a Secretaria Municipal de Saúde tem cumprido uma das exigências mais elementares da proteção ao trabalhador em campo, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde. Dada a natureza externa, territorializada e potencialmente insalubre da atividade exercida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o acesso contínuo, adequado e padronizado aos EPIs constitui obrigação legal do empregador, prevista em normas regulamentadoras e respaldada por princípios constitucionais de proteção à saúde e à dignidade no trabalho (BRASIL, 1988; BRASIL, 2022).

O resultado da pesquisa revelou que apenas 15,7% dos ACS afirmaram receber EPIs para a realização das visitas domiciliares, enquanto 84,3% relataram não receber qualquer tipo de equipamento protetivo. Esse dado, por si só, já expressa uma falha gravíssima de gestão, indicando descumprimento sistemático da Norma Regulamentadora nº 6 (NR-06), a qual obriga o fornecimento gratuito, adequado e em perfeito estado de conservação dos EPIs aos trabalhadores sempre que houver exposição a riscos ocupacionais (BRASIL, 2022). A responsabilidade pelo fornecimento é exclusiva do empregador, sendo indelegável e contínua, conforme reforçado pela doutrina de Ferreira e Mendes (2019), que destacam os EPIs como instrumentos de proteção jurídica e sanitária dos trabalhadores em campo.

A ausência de EPIs compromete frontalmente a segurança dos profissionais, particularmente diante da diversidade de riscos biológicos, físicos e químicos a que estão sujeitos nas visitas domiciliares — incluindo exposição a secreções, materiais infectantes, animais, produtos químicos domésticos, temperaturas extremas, entre outros (FRIGUGLIETTI *et al.*, 2020). Além disso, representa violação ao artigo 7º, inciso XXII, da Constituição Federal, que assegura o direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 1988). Segundo Silva *et al.* (2021), a não entrega de EPIs no serviço público de saúde evidencia uma

desresponsabilização institucional que expõe o trabalhador à precarização de sua integridade física e psíquica.

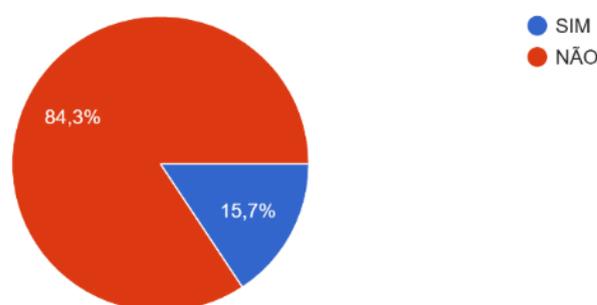
Essa negligência por parte do empregador público agrava a condição de vulnerabilidade dos ACS e revela descaso institucional com a saúde ocupacional. A não disponibilização de EPIs é não apenas uma infração legal, mas também um indicador de despreparo na gestão do trabalho em saúde, o que reforça a necessidade de uma política pública que institua práticas permanentes de vigilância em saúde do trabalhador, com ênfase no fornecimento de insumos, equipamentos e ações educativas (PAHO, 2022; COSTA *et al.*, 2023).

Portanto, o dado apresentado sustenta a proposta desta dissertação quanto à implementação de um sistema municipal de saúde e segurança do trabalhador, com foco no acompanhamento sistemático da exposição ocupacional, no fornecimento regular e padronizado de EPIs, e no fortalecimento da cultura de prevenção, em consonância com os princípios da Saúde Única e da integralidade do cuidado. Negligenciar o uso de equipamentos básicos de proteção representa, nesse contexto, não apenas uma infração administrativa, mas uma falha ética com impactos diretos sobre a saúde dos profissionais e a qualidade dos serviços prestados à população (LEAL FILHO *et al.*, 2019; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Gráfico 9: Recebimento de EPIs pelos ACS

Você recebe Equipamentos de Proteção Individual para realizar as visitas domiciliares?

121 respostas



Fonte: Pesquisa de Campo

- **Você já pegou alguma doença durante as suas visitas domiciliares? / Se sua resposta anterior for sim, qual a doença?**

A pergunta sobre a ocorrência de doenças adquiridas durante as visitas domiciliares buscou identificar o grau de exposição ocupacional vivenciado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no desempenho cotidiano de suas funções. Essa questão é central para a avaliação dos riscos ambientais e biológicos aos quais esses trabalhadores estão submetidos, sobretudo em contextos de trabalho externo, em contato direto com diferentes ambientes domiciliares, muitas vezes marcados por vulnerabilidade sanitária (SILVA *et al.*, 2022).

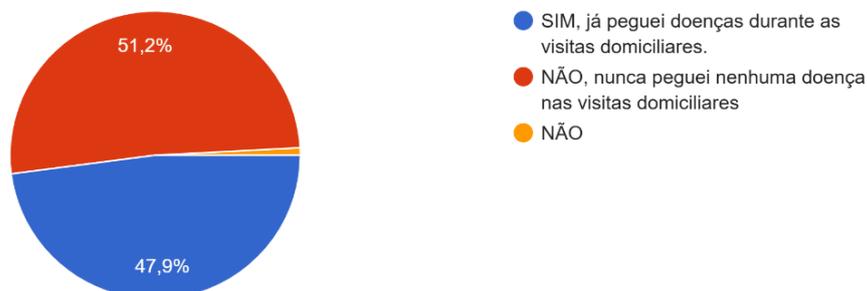
Os dados revelam que 47,9% dos ACS afirmaram já ter contraído algum tipo de doença durante as visitas domiciliares, enquanto 51,2% responderam que nunca adoeceram nessas condições, e uma fração residual (0,8%) escolheu a opção “não” de forma isolada, sem detalhamento. A proximidade entre os dois principais grupos de resposta demonstra que praticamente metade da força de trabalho adoeceu em serviço, o que configura um dado alarmante do ponto de vista da saúde do trabalhador (FERREIRA; MENDES, 2019).

A incidência significativa de adoecimento nesse contexto remete diretamente à ausência de medidas preventivas eficazes, como fornecimento regular de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), capacitações técnicas, acompanhamento médico ocupacional e ações de vigilância ambiental. Conforme estabelece o artigo 200, inciso VIII, da Constituição Federal, é dever do Sistema Único de Saúde (SUS) promover ações de saúde do trabalhador, o que inclui a formulação de políticas públicas voltadas à prevenção dos agravos decorrentes das condições laborais (BRASIL, 1988). A literatura recente destaca que a atuação em campo, sem suporte institucional adequado, favorece quadros de adoecimento físico e mental entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, sobretudo quando expostos a contextos de insalubridade e violência urbana (COSTA *et al.*, 2023).

Gráfico 10: Percentual de adoecimento laboral dos ACS

Você já pegou alguma doença durante as suas visitas domiciliares?

121 respostas



Fonte: Pesquisa de Campo

Esse índice de adoecimento torna-se ainda mais alarmante quando analisado em conjunto com os resultados previamente apresentados: a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não recebe Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); poucos possuem conhecimento consolidado sobre as normas regulamentadoras de segurança do trabalho; e muitos não foram capacitados recentemente sobre temas essenciais como biossegurança, vigilância sanitária ou o conceito de Saúde Única. Esse conjunto de fragilidades institucionais revela um quadro de exposição ocupacional crônica, em que os trabalhadores executam suas funções em territórios de risco sem proteção efetiva, em flagrante descumprimento das normativas sanitárias e trabalhistas brasileiras, como a Norma Regulamentadora nº 09 (NR-09), que trata da avaliação e controle dos riscos ambientais no ambiente de trabalho (BRASIL, 2022a), e a NR-07, que institui o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO (BRASIL, 2022b). Tal negligência reflete um processo de invisibilização da saúde do trabalhador no contexto da Atenção Primária, como também evidenciado em estudos recentes (LIMA *et al.*, 2022).

Dessa forma, os dados reforçam a necessidade premente de que a gestão pública local implemente políticas robustas de vigilância em saúde do trabalhador, com foco na identificação, prevenção e controle dos riscos ocupacionais a que estão submetidos os ACS. Tais políticas devem incluir: avaliação sistemática das condições laborais, elaboração de Laudos Técnicos das Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT), implantação de programas

contínuos de monitoramento de riscos ambientais, ações formativas em segurança do trabalho, e o fortalecimento de redes intersetoriais voltadas à proteção da saúde do servidor. Além de constituírem obrigações legais, tais medidas representam compromissos éticos do Estado brasileiro com a promoção de ambientes de trabalho dignos, conforme estabelece o artigo 7º, inciso XXII, da Constituição Federal (BRASIL, 1988). A ausência dessas garantias compromete não apenas a integridade física e mental dos trabalhadores, mas também a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população (GOMES *et al.*, 2021).

A análise revela que os ACS relataram com maior frequência doenças infecciosas comuns em ambientes de contato direto com a população, destacando-se:

- **Covid-19 – Mais mencionada**, com variações como “Covid”, “COVID 19”, “Covid19” etc.
- Gripe e resfriados – Muito frequentes, indicando vulnerabilidade respiratória.
- Escabiose (sarna) – Doença parasitária de alta transmissibilidade em ambientes insalubres.
- Dengue, chikungunya, zika – doenças vetoriais relacionadas à exposição territorial.
- Tuberculose (TB) – menos frequente, mas relevante pelo risco ocupacional.
- Conjuntivite, virose, bronquite, herpes zoster, ansiedade – citadas em menor número.

Outros relatos negam o adoecimento ou não fornecem resposta objetiva.

Quadro1: Principais Doenças Relatadas pelos ACS

Doença Relatada	Quantidade de relatos
Covid-19	21
Gripe / Resfriado	18
Escabiose (sarna)	6
Dengue / Chikungunya / Zika	5
Tuberculose (TB)	4
Conjuntivite	2
Virose	2
Herpes Zoster	1
Ansiedade / Estresse	2
Outros ou não especificado	59

Fonte: Pesquisa de campo

- **Você recebeu amparo da secretaria de saúde quando adoeceu? / Se sua resposta foi SIM, a secretaria realizou quais das ações abaixo?**

Os resultados apresentados aprofundam a compreensão sobre a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) quanto ao suporte institucional oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde em situações de adoecimento. Os dados revelam importantes fragilidades na resposta institucional frente aos agravos à saúde ocupacional, evidenciando a ausência de uma política estruturada de proteção e acolhimento voltada a esses trabalhadores da linha de frente da Atenção Primária à Saúde (LIMA *et al.*, 2022).

Na primeira pergunta, observou-se que apenas 12 dos 58 ACS que responderam que adoeceram em razão do trabalho relataram ter recebido algum tipo de amparo por parte da Secretaria de Saúde quando adoeceram, ou seja, 20,7%, enquanto 29,8% afirmaram categoricamente que não houve qualquer forma de suporte. 62 ACS declararam não ter adoecido durante as visitas domiciliares, não sendo, portanto, aplicáveis a questão. No recorte daqueles que de fato adoeceram, o dado revela que menos de um terço recebeu assistência institucional, apontando para uma grave omissão do ente público enquanto empregador diante do dever de zelar pela saúde de seus trabalhadores (SANTOS *et al.*, 2021).

A ausência de suporte institucional em caso de adoecimento relacionado ao trabalho representa violação ao artigo 7º, inciso XXII, da Constituição Federal, que impõe ao empregador — seja ele público ou privado — a responsabilidade de adotar medidas para a redução dos riscos inerentes à atividade profissional, mediante o cumprimento de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 1988). Tal omissão também contraria as diretrizes da Norma Regulamentadora nº 07 (NR-07), que exige a implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) como estratégia obrigatória de monitoramento da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2022).

A segunda pergunta, direcionada exclusivamente aos que afirmaram ter recebido algum tipo de apoio, revelou que 54,5% relataram como única medida institucional o recebimento do atestado médico, sem qualquer outra intervenção. Apenas 24% relataram que houve registro da ocorrência com verificação no território, 10,7% mencionaram afastamento temporário das atividades e somente 9,1% relataram fornecimento de medicamentos. Essa resposta majoritária, centrada em procedimentos meramente administrativos, evidencia a limitação da atuação institucional, a qual se distancia do princípio da integralidade do cuidado e da abordagem ampliada preconizada pelo Sistema Único de Saúde (MENDES, 2021).

Estes dados, somados às respostas anteriormente discutidas — nas quais 28,1% dos ACS relataram sentir "ausência de amparo profissional" e outros 28,1% afirmaram "auxiliar os cidadãos sem ter suporte próprio" —, reforçam a urgência de formulação e implantação de uma política municipal específica de acompanhamento da saúde dos ACS. Tal política deve compreender protocolos de atendimento em caso de adoecimento, fornecimento regular de EPIs, suporte psicossocial, compensações legais e inserção dos ACS nos programas de saúde do trabalhador existentes, com ênfase na prevenção, cuidado continuado e vigilância ativa (GOMES *et al.*, 2022).

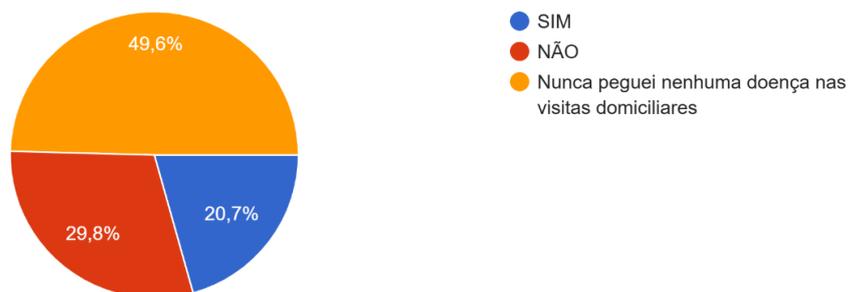
O conjunto desses achados revela uma assimetria evidente entre o compromisso ético e funcional dos ACS com a saúde da população e o suporte que recebem por parte do Estado. Essa dissonância compromete a integridade física e emocional dos profissionais, fragiliza sua atuação estratégica na Atenção

Primária e ameaça a sustentabilidade das ações em saúde nos territórios (FERREIRA; GARCIA, 2023).

Gráfico 11: Percepção dos ACS sobre o Apoio Institucional Recebido no adoecimento

Você recebeu amparo da secretaria de saúde quando adoeceu?

121 respostas

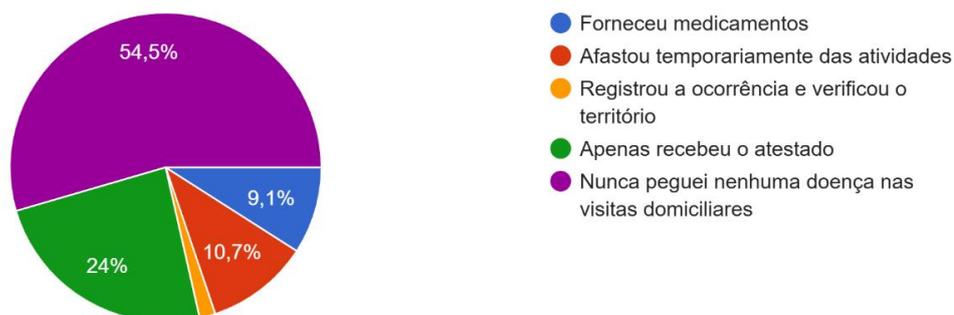


Fonte: Pesquisa de campo

Gráfico 12: Ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde

Se sua resposta foi SIM, a secretaria realizou quais das ações abaixo?

121 respostas



Fonte: Pesquisa de campo

- **Qual o seu sentimento sobre a sua atuação nas residências? Assinale a alternativa que mais representa o que você sente:**

A questão final buscou captar, de forma subjetiva e abrangente, a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o próprio trabalho em campo, especificamente durante as visitas domiciliares. A diversidade de

respostas aponta para um sentimento coletivo de frustração institucional, insuficiência de suporte e assimetria entre demandas e respostas operacionais.

Dentre os respondentes:

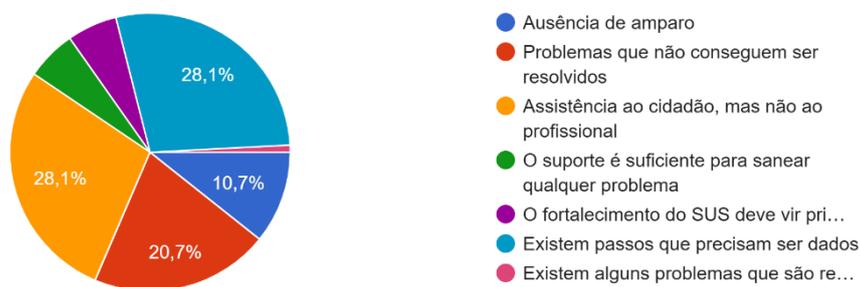
- 28,1% afirmaram sentir “ausência de amparo”;
- Outros 28,1% disseram que “auxiliam os cidadãos, mas não recebem apoio próprio”;
- 20,7% indicaram a existência de “problemas que não conseguem ser resolvidos”;
- Apenas 10,7% acreditam que “existem passos que precisam ser dados”;
- E apenas percentuais residuais expressaram confiança na suficiência do suporte, no fortalecimento do SUS ou na resolução de alguns problemas.

A leitura dos dados revela uma percepção majoritariamente negativa por parte dos trabalhadores, que se percebem desamparados tanto no plano institucional quanto em relação à sua proteção individual. Esses resultados não são isolados, mas reforçam as evidências levantadas em outras perguntas — como a falta de EPIs, ausência de capacitações, conhecimento limitado das normas de segurança, adoecimentos recorrentes, necessidade de judicialização de direitos e omissão do empregador público.

Gráfico 13: Sentimento relatado pelos ACS sobre a sua atuação profissional

Qual o seu sentimento sobre a sua atuação nas residências? Assinale a alternativa que mais representa o que você sente:

121 respostas



Fonte: Pesquisa de campo

8. CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa evidenciam que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Goiana-PE ocorre em ambientes de trabalho de alta complexidade, marcado por adoecimento decorrente de possíveis riscos físicos, biológicos e psicossociais. Cada residência visitada representa um ecossistema distinto, com condições sanitárias e epidemiológicas específicas, o que se alinha perfeitamente ao conceito de Saúde Única defendido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2024).

Entretanto, a ausência de mecanismos institucionais para a avaliação, monitoramento e mitigação desses riscos configura violação dos princípios da Saúde e Segurança do Trabalho, previstos no art. 7º, inciso XXII, da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Os dados coletados revelam fragilidades estruturais no sistema de proteção dos ACS, como, por exemplo:

1. Falta de capacitação contínua (80% não capacitados);
2. Não fornecimento regular de EPIs (84,3% não recebem);
3. Alta taxa de adoecimento ocupacional (47,9%);
4. Percepção de desamparo institucional (28,1% dos entrevistados).

Esses achados demonstram a inobservância das diretrizes das Normas Regulamentadoras, especialmente:

- NR-01: Obrigatoriedade do Gerenciamento de Riscos Ocupacionais;
- NR-06: Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual;
- NR-07: Realização de exames médicos periódicos (PCMSO);
- NR-09: Avaliação e controle de riscos ambientais.

A ausência de programas como o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT) entre os servidores públicos da saúde fere o princípio da isonomia, conforme preconizado nas Normas Regulamentadoras nº 01, 07, 15, 16 e 17, que instituem obrigações mínimas para ambientes laborais seguros e saudáveis (BRASIL, 2023).

Além disso, a exclusão dos ACS dessas proteções expõe os trabalhadores a condições insalubres, contrariando também o art. 225 da

Constituição Federal, que assegura o direito de todos a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, essencial à sadia qualidade de vida (BRASIL, 1988).

Sob a lógica da Saúde Única, a exposição dos ACS não pode ser vista apenas como risco pessoal, mas também como fator de amplificação de riscos coletivos.

O adoecimento do ACS, seja por doenças infectocontagiosas, zoonoses ou agravos psicológicos, representa um risco de propagação de doenças na comunidade, invertendo a lógica da promoção da saúde para a disseminação de agravos.

Essa dinâmica evidencia a necessidade de atuação preventiva e integrada, com políticas que envolva a implementação de uma política de Saúde do Trabalhador com foco na saúde humana, ambiental e animal, promovendo **Monitoramento** dos ambientes de trabalho (residências), **Prevenção:** Educação continuada em biossegurança e **Controle:** Intervenções diretas nas atividades para garantir o combate ao dano decorrente do trabalho, visto que a ausência de ações nesse sentido agrava as desigualdades em saúde e compromete a eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS).

A omissão do poder público em adotar medidas de proteção à saúde do trabalhador constitui violação a direitos fundamentais e pode ensejar a responsabilização estatal, conforme os princípios da responsabilidade civil objetiva prevista no art. 37, §6º, da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Além disso, a falta de documentos como LTCAT e PCMSO dificultam a correta concessão de benefícios previdenciários aos ACS, como aposentadoria especial, obstando até mesmo a concessão do adicional de insalubridade, exigindo necessariamente que para o seu reconhecimento, o profissional ingresse com um processo judicial que dura em média 02 anos para se concluir, ferindo direitos previstos na Lei nº 8.213/1991 (BRASIL, 1991).

Ainda, diante do exposto, como produto final desta intervenção, foi elaborado uma minuta de projeto de Lei Municipal (Apêndice X), por meio de convite à vários profissionais e participação deles, entre eles, biólogos, médicos-veterinários, engenheiro ambiental, farmacêutico, biomédico, enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos de segurança do trabalho, engenheiros de

segurança do trabalho, advogados, sanitaristas que atuam em diferentes setores diretamente relacionados à saúde.

A minuta, foi então, elaborada para o encaminhamento à gestão municipal, referente à criação e implantação da Política de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho do Município de Goiana, contemplando não só a criação de um Núcleo Municipal de Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde Pública (NSSAT), que configura-se não apenas como uma medida de política pública, mas como um imperativo jurídico e ético, assim como a **Criação do Sistema Municipal de Monitoramento Continuado da Saúde e Segurança do Trabalho e do Meio Ambiente (SSTMA)**, como mecanismo permanente de vigilância, avaliação e prevenção dos riscos ocupacionais e ambientais aos quais os servidores estão expostos, operacionalizado pelo NSSAT.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a relevância da interseção entre a Saúde Única e o Direito do Trabalho para compreender, avaliar e propor soluções efetivas frente ao adoecimento físico e psicológico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Goiana-PE. A pesquisa demonstrou que esses profissionais estão inseridos em um ecossistema laboral singular, onde cada residência visitada representa um microambiente com potenciais riscos físicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais.

A partir da análise dos dados, observou-se a exposição a condições insalubres e ausência de suporte institucional efetivo, refletindo fragilidades estruturais na implementação de políticas públicas de Saúde e Segurança do Trabalho (SST), que evidenciam a necessidade de implementação de documentos técnicos como LTCAT, PCMSO e PGR, bem como a concessão sistemática do adicional de insalubridade, ainda que previsto na Emenda Constitucional nº 120/2022.

O conceito de Saúde Única revelou-se um instrumento teórico essencial para a análise dos riscos laborais. Ao reconhecer o ambiente (continente) e as atividades desenvolvidas (conteúdo) como componentes interdependentes na determinação do risco ocupacional, este estudo aponta para a necessidade de uma abordagem integrada entre saúde humana, animal e ambiental — princípio fundamental da Saúde Única.

Verificou-se que a ausência de políticas integradas que levem em conta essa complexidade compromete não apenas a saúde dos trabalhadores, mas também a saúde coletiva das comunidades atendidas. O adoecimento de um ACS, potencialmente exposto a zoonoses, agentes infecciosos e sobrecarga emocional, pode gerar repercussões epidemiológicas mais amplas, especialmente em territórios vulneráveis.

Diante desse cenário, propõe-se como produto técnico da pesquisa a gestão municipal, a apresentação de uma minuta de projeto de Lei para a criação e implantação de uma Política Municipal de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho, estruturada sob os pilares da Saúde Única, e operacionalizada pelo

Núcleo Municipal de Saúde e Segurança do Trabalhador (NSSAT) aplicada a todos os servidores públicos. Essa política visa instituir o Sistema Municipal de Monitoramento Continuado da Saúde e Segurança do Trabalho e do Meio Ambiente (SSTMA), com foco na análise, prevenção e mitigação dos riscos ocupacionais e ambientais, promovendo a justiça social e a dignidade no serviço público.

Por fim, recomenda-se a ampliação das pesquisas sobre a efetividade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, notadamente no setor público, com foco específico nos ACS, dada a recorrente negligência dos centros especializados (CEREST) e da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) quanto ao suporte a esta categoria. A lentidão na implantação de ações concretas por essas instituições precisa ser enfrentada com urgência normativa, orçamentária e ética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, J. P.; GONÇALVES, R. M. LTCAT e PPP: documentos essenciais na caracterização da aposentadoria especial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, n. 2, p. 1–10, 2021.

ABREU, Maria Cristina; GONÇALVES, Rafael. **Saúde e Segurança do Trabalho**: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2021.

ALMEIDA, C. B.; SENA, E. L. Trabalho digno e sustentabilidade social no século XXI: desafios para políticas públicas. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 12, n. 3, p. 45–62, 2022.

ANDRADE DA SILVA, J. P.; RODRIGUES DE BRITO, C. K.; RIBEIRO, M. F. A extrafiscalidade e o direito fundamental à saúde. **Revista de Direito Tributário e Financeiro**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 20–34, 2023.

ANDRADE, M. S.; LIMA, R. M. O papel do emprego na redução das desigualdades sociais. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, p. 198–215, 2023.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2022.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2019.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; DONALÍSIO, Maria Rita. Determinantes sociais da saúde e a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 24, p. 1–8, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003900>.

BORNSTEIN, V. J. *et al.* Trabalho de agentes comunitários de saúde: entre a mediação social e a vigilância à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1187–1201, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400006>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 mar. 2025.

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **Regulamento da Previdência Social**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 maio 1999.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acesso em: 14 jun. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 120, de 5 de maio de 2022. **Reconhece o piso salarial nacional e a atividade insalubre dos Agentes Comunitários de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2022a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc120.htm. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981. **Política Nacional do Meio Ambiente**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde ... **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.213/1991.

BRASIL. Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. **Dispõe sobre sanções penais e administrativas derivadas de condutas lesivas ao meio ambiente**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. **Regulamenta os Agentes Comunitários de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. **Altera a CLT para adequar às novas relações de trabalho**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 jul. 2017a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm. Acesso em: 18 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 13.595/2018.

BRASIL. Lei Federal nº 14.874/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Promoção da Saúde no Brasil**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 02 fev. 2025.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**: guia para implantação. Brasília: MS, 2004. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_agentes_comunitarios.pdf. Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**: Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: MS, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Única**: Uma abordagem integrada para a saúde humana, animal e ambiental. Brasília: MS, 2024.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 1 – **Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais**. Brasília: MTE, 2023b.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 7 – **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional**. Brasília: MTE, 2023c.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Normas Regulamentadoras nº 15, 16 e 17**. Brasília: MTE, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego>. Acesso em: 05 jun. 2025.

CAVALCANTI, M. F. T. *et al.* Governança ambiental e saúde: um olhar a partir do território e da intersetorialidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, e00243223, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XEP243223.

CASTRO, A. P.; OLIVEIRA, D. G.; DIAS, R. M. Análise dos riscos ocupacionais e impactos ambientais em ambientes de trabalho insalubres. **Revista Brasileira de Saúde Ambiental**, v. 25, n. 1, p. 45–59, 2021.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório Final**: As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

COSTA, A. R.; FERREIRA, J. L. O território como local de trabalho: desafios da segurança laboral dos agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 911–920, 2023.

COSTA, G. L.; NASCIMENTO, R. A. A saúde do trabalhador em tempos de crise: desafios contemporâneos. **Revista Saúde & Trabalho**, v. 21, n. 1, p. 63-74, 2021.

COSTA, Hellen V.; CAMPOS, Gastão W. S. Precarização do trabalho e sofrimento entre agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, p. e190734, 2020.

COSTA, Hellen V.; FERREIRA, Ana Carolina. A saúde do trabalhador invisível: riscos ocupacionais na atenção primária. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 48, p. 1–12, 2023.

CUNHA, J. T.; MOTA, L. R. Função extrafiscal dos tributos como instrumento de justiça distributiva no Brasil. **Revista de Direito Tributário Atual**, n. 61, p. 245–267, 2023.

CUNHA, M. J.; BARCELLOS, C. Desafios da vigilância em saúde ambiental no contexto urbano. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, e00057818, 2019.

DEDECCA, Cláudio Salvadori; BALTAR, Paulo Eduardo Mangeon; AMORIM, Ana Cláudia. A crise do emprego e o sistema de proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 35, n. 101, p. 121–138, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2021.35101.009>.

DELGADO, Mauricio Godinho. **Curso de Direito do Trabalho**. 20. ed. São Paulo: LTr, 2022.

DESTEFANI, Darlene; SOUSA, Amanda; LOPES, André. Saúde Única e vigilância em saúde: integração de saberes no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. e00123421, 2022.

DIAS, P. R. *et al.* Interações entre saúde do trabalhador e meio ambiente: contribuições para uma abordagem integrada. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 48, e17, 2023. DOI: 10.1590/2317-636900032312.

ELLWANGER, J. H.; CHIES, J. A. B. Saúde Única (One Health): uma abordagem para entender, prevenir e controlar as doenças infecciosas e parasitárias. **Revista Biodiverso**, v. 2, p. 42–55, dez. 2022.

FERREIRA, A. P. S. *et al.* Riscos ocupacionais e saúde do trabalhador: um olhar multidisciplinar. **Revista Interdisciplinar de Saúde**, v. 5, n. 2, p. 45-57, 2019.

FERREIRA, Marina G.; MENDONÇA, Robson J. Entre o trabalho e o bem viver: reflexões sobre sustentabilidade humana no Brasil contemporâneo. **Estudos Interdisciplinares em Sociologia e Direito**, v. 25, n. 1, p. 67–84, 2023.

FERREIRA, Marina R. *et al.* One Health e riscos ocupacionais: a atuação do agente comunitário em territórios vulneráveis. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, p. e26, 2021.

FERREIRA, Renato P.; GARCIA, L. B. A ausência de educação permanente em saúde e o impacto na atenção primária. **Revista Saúde em Debate**, v. 47, n. 136, p. 11-25, 2023.

FRIGUGLIETTI, Daniel *et al.* Riscos biológicos em ambientes de trabalho e a proteção do trabalhador: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, e15, 2020.

GAIGER, L. M. Trabalho, economia e cidadania: repensando os fundamentos da proteção social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 141, p. 27–44, 2020.

GARCIA, R. S. O novo PGR na prática: implementação e desafios nas micro e pequenas empresas. **Cadernos de Engenharia de Segurança do Trabalho**, v. 8, n. 1, p. 55–72, 2022.

GOMES, D. F.; ARAÚJO, K. L. F.; LIMA, R. L. S. Determinantes sociais da saúde: interfaces e desafios na gestão pública. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 11, n. 2, p. 158-171, 2021.

GOMES, Mariane *et al.* Agentes comunitários de saúde: perfil, funções e desafios. **Interface (Botucatu)**, v. 25, p. e200861, 2021.

GOMES, M. P. *et al.* O papel da capacitação em biossegurança na proteção dos trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia e Vigilância em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2022.

GOVERNO FEDERAL. Ministério da Saúde. **Uma Só Saúde (One Health)**. Brasília, 2024.

GUIMARÃES, Laís Monteiro; COSTA, Beatriz Aparecida. Precarização do trabalho e sofrimento psíquico: impactos da ausência de políticas de proteção à saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 48, e5, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000010921>.

HENRY, R.; SOUZA, J.; ALMEIDA, L. Exposição ambiental e risco ocupacional: uma perspectiva integrada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1606-1614, 2015.

ILO – International Labour Organization. **World Employment and Social Outlook: Trends 2023**. Geneva: ILO, 2023.

LEAL FILHO, W. *et al.* Saúde Única e sustentabilidade: uma agenda integrada para o século XXI. **Revista Ambiente & Sociedade**, v. 22, p. e01234, 2019.

LIMA, C. V. A responsabilidade do Estado pelas condições de trabalho dos servidores públicos. **Revista de Direito Administrativo**, v. 280, p. 105–130, 2022.

LIMA, Patrícia *et al.* A saúde do trabalhador da atenção primária: um olhar sobre as condições de trabalho e adoecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 3, e20210741, 2022.

- LOPES, M. F. *et al.* Saúde Única: desafios e perspectivas para a vigilância ambiental em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, e00051721, 2021.
- MARTINS, Carlos Eduardo; SANTOS, Débora Nascimento. O trabalho como determinante social do adoecimento e a responsabilidade do empregador. **Revista Jurídica da UFRJ**, v. 6, n. 1, p. 93–112, 2020.
- MARTINS, S. H. **Responsabilidade Civil por Danos Morais nas Relações de Trabalho**. São Paulo: Saraiva, 2021.
- MELLO, J. A. F. *et al.* A transição do modelo biomédico ao ampliado: reflexos nas práticas de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3561-3570, 2022.
- MENDES, Eduardo W. O cuidado em saúde no século XXI: o desafio da integralidade. **Revista Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 7-19, 2021.
- MENDES, L. T.; FERREIRA, J. A. Saúde Única e Ambientes de Trabalho: Perspectivas Integradas para Promoção da Saúde. **Revista Saúde & Sociedade**, v. 32, p. e230126, 2023.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal "Uma Só Saúde". Brasília, 2024.
- MONTEIRO, L. F.; NASCIMENTO, M. L. Conhecimento epidemiológico na atenção primária: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 33-45, 2021.
- MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Community workers in Primary Health Care in Brazil: an inventory of achievements and challenges. **Saúde Debate**, v. 42, Spe 1, p. 261–274, 2018.
- NASCIMENTO, C. A.; CASTRO, M. E.; FERREIRA, L. P. Política fiscal, equidade e bem-estar social: um olhar sob a perspectiva da saúde única. **Revista de Economia e Desenvolvimento Sustentável**, v. 5, n. 1, p. 40–58, 2022.
- OHHLEP – ONE HEALTH HIGH-LEVEL EXPERT PANEL. **One Health definition**. Geneva: World Health Organization, 2022.
- OLIVEIRA, J. R.; NASCIMENTO, L. F. Sistemas de gestão integrados como instrumentos de promoção da sustentabilidade organizacional. **Revista de Gestão Ambiental e Sustentabilidade**, v. 10, n. 2, p. 85-101, 2023.
- OLIVEIRA, L. C. *et al.* Degradação ambiental e impactos à saúde: revisão sobre a inter-relação entre território e adoecimento. **Saúde & Ambiente**, v. 13, n. 1, p. 44-56, 2023.

OLIVEIRA, Lucas Mendes de. Impostos Pigouvianos: aspectos jurídicos e econômicos da tributação sobre produtos prejudiciais à saúde e ao meio ambiente. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. 77, p. 193–215, jan./jun. 2020.

OLIVEIRA, Rafael da S.; CARNEIRO, Mariana. Responsabilidade socioambiental e segurança do trabalho no setor público: uma análise interdisciplinar. **Revista de Políticas Públicas**, v. 25, n. 2, p. 143–158, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Atualizada em 2023. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em 15 jul. 2025.

PAIM, Jairnilson S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

PAHO – Pan American Health Organization. **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária em Saúde**. Washington, D.C.: PAHO, 2022.

PEREIRA, A. L. *et al.* Interface entre saúde ambiental e saúde do trabalhador: uma abordagem sistêmica sob a ótica da Saúde Única. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 48, p. e20230023, 2023.

PEREIRA, J. H. *et al.* A judicialização da saúde e os direitos dos trabalhadores no Brasil. **Revista de Direito do Trabalho**, v. 48, n. 2, p. 210-225, 2022.

PIRES, Denilson M. **Trabalho, saúde e território**: perspectivas críticas na análise das condições laborais. Recife: Editora UFPE, 2022.

POCHMANN, Marcio; MORAIS, Leandro Pereira. **Trabalho e bem-estar no século XXI**: desafios para a reconstrução do Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2022.

RIBEIRO, Carla J.; LIMA, João V. Os riscos invisíveis no cotidiano dos agentes comunitários de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0024309, 2020.

ROCHA, Rosana; PORTO, Marcelo Firpo. Determinantes sociais, ambientais e do trabalho na saúde coletiva: desafios para a intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 13–24, 2021.

SARLET, I. W.; FENSTERSEIFER, T. **Direito constitucional ambiental**: o direito fundamental ao meio ambiente equilibrado. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2017.

SENNETT, Richard. **O trabalho útil**. Rio de Janeiro: Record, 2019.

SILVA, A. T.; LIMA, P. H. **Saúde Ocupacional**: prevenção e controle no ambiente de trabalho. São Paulo: Atlas, 2021.

SILVA, H. M. *et al.* Implementação da ISO 45001 e seus impactos na cultura de segurança das empresas brasileiras. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 22, n. 1, p. 99-113, 2022.

SILVA, L. R.; PEREIRA, J. H. Insalubridade e negligência: a luta dos ACS pelo reconhecimento constitucional e sua efetividade nas gestões municipais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 1–12, 2023.

SILVA, Renata M. *et al.* Adoecimento e negligência institucional: estudo com agentes comunitários de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 145–158, 2023.

SINGER, P. **Reformando o capitalismo**: uma introdução à economia solidária. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2021.

SOARES, Edna Lúcia da Silva; SILVEIRA, Henrique José Pinto. Saúde e segurança no serviço público municipal: desafios na efetivação da política de proteção ao trabalhador. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 143, p. 435–456, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.277>.

SOUZA, A. R. de *et al.* A abordagem da Saúde Única na proteção do trabalhador exposto a riscos ambientais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 389-400, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024292.11602023.

SOUZA, G. B.; LIMA, R. T. Avaliação de Riscos Ambientais no Setor Público: desafios e estratégias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 9, p. e00123422, 2022.

STF. Supremo Tribunal Federal. ARE 664335. Relator: Min. Luís Roberto Barroso. Tribunal Pleno. Julgado em 04 dez. 2014. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=7496310>. Acesso em: 12 abr. 2025.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 1946.

APÊNDICE 1 – Carta de Anuência



ANEXO 1 - CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador **DANILO GUSTAVO DOS SANTOS SOUZA**, brasileiro, solteiro, servidor estatutário desta secretaria, de número de matrícula 6474, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Única – PMPSU da Universidade Federal Rural de Pernambuco a desenvolver o seu projeto de pesquisa de **ANÁLISE DO ADOECIMENTO FÍSICO E PSICOLÓGICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIANA-PE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE ÚNICA E DO DIREITO DO TRABALHO**, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim, cujo objetivo é destacar a importância de uma análise multidimensional, considerando a interseção entre a saúde física e psicológica dos ACS, a abordagem integrativa da Saúde Única e os princípios e proteções oferecidos pelo Direito do Trabalho para apresentar possíveis soluções à questão apresentada.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

De mesmo modo, declaramos que o **Centro de Apoio Psicossocial – CAPS CORREIA PICANÇO**, serviço de apoio psicossocial deste município, acolherá todo entrevistado que se sentir constrangido em responder o questionário ou que de algum modo se sinta desconfortável com a sua participação.

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Goiana, data da assinatura digital.

Documento assinado digitalmente
gov.br ANDRÉ MANDARINE DUARTE
 Data: 23/11/2024 18:42:58-0300
 Verifique em <https://validar.ti.gov.br>

ANDRÉ MANDARINE DUARTE
 Secretário Municipal de Saúde



**SECRETARIA
 MUNICIPAL
 DE SAÚDE**

Rua da Praia, S/Nº, Centro, Goiana-PE
 E-mail: sesau@goiana.pe.gov.br
 CNPJ: 10.545.001/0001-75

APÊNDICE 2 – Formulário de Pesquisa *Google Forms*




FORMULÁRIO

de Pesquisa de campo

Discente: Danilo Gustavo dos Santos Souza
Orientador: DR. Daniel Friguglietti Brandespim

Seção 1 de 2

Pesquisa Social

✕
⋮

B
I
U
↻
✕

Formulário direcionado aos Agentes Comunitários de Saúde de Goiana-PE para pesquisa de dissertação para obtenção do título de Mestre no PMPSU - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Única - Universidade Federal Rural de Pernambuco

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

Convidamos **você**, Agente Comunitário de Saúde do município de Goiana, para participar como voluntária da pesquisa "Análise do adoecimento físico e psicológico do Agente Comunitário de Saúde do município de Goiana-PE sob a ótica da Saúde Única e do Direito do trabalho", que está sob a responsabilidade do pesquisador **Daniilo Gustavo dos Santos Souza**, residente à Rua do Gravatá, nº 54, centro, Goiana-PE, CEP 55900-000, Celular (81) 997978245, E-mail: daniilo.ssouza@ufrpe.br e orientação do **Professor Daniel Friguglietti Brandespim**, celular (81) 999738385 e E-mail: daniel.brandespim@ufrpe.br. Também participa desta pesquisa o colaborador: **Professor José Wilton pinheiro Júnior**, celular (81) 9 9979-3745 e E-mail: wilton.pinheiro@ufrpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar do estudo, guarde uma cópia deste termo eletrônico em seus arquivos para consultar quando necessário. Você também pode solicitar aos pesquisadores uma versão deste documento a qualquer momento por um dos e-mails registrados acima.

Você está livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade. Caso deseje participar do estudo, a sua aceitação será registrada por gravação audiovisual antes de iniciar a entrevista para coleta de dados através de entrevista.

Descrição da pesquisa: Com intuito de colaborar para uma melhor compreensão e tentar possibilitar uma solução mais adequada para o adoecimento do Agente Comunitário de Saúde em razão de sua exposição a fatores de risco ligados ao meio ambiente, plantas, animais e pessoas no território de atuação durante as visitas domiciliares e a ausência de preparo e percepção da gestão de saúde na compreensão destes elementos, que são elementos de Saúde Única. O objetivo é realizar uma análise do adoecimento físico e psicológico do Agente Comunitário de Saúde do município de Goiana-PE, sob a ótica da Saúde Única e do Direito do Trabalho

Ø **Procedimentos para coleta de dados através de questionário:** a pesquisa será realizada por meio de 01 (um) questionário on-line através do Google Forms, constituído por 13 (treze) perguntas relacionadas à livre opinião do grupo convidado voluntário em relação ao caso concreto apresentado (Exemplos: há a compreensão sobre os métodos preventivos necessários durante a visita domiciliar? Você já adoeceu em razão do trabalho? etc.). Estima-se que grupo convidado voluntário precisará de aproximadamente de 10 (dez) minutos para responder ao questionário que será apresentado via Whatsapp. A livre opinião e a precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa.

Ø **Procedimentos para coleta de dados através de entrevista:** a pesquisa será realizada através de formulário do Google Forms, encaminhado via Whatsapp para todos os 207 Agentes comunitários de Saúde de Goiana, terá duração aproximada de 10 minutos e será encaminhado para consolidação na mesma plataforma, impressos os resultados e arquivados. Para garantir a qualidade das respostas, leia com atenção cada pergunta e responda objetivamente. No caso de dúvidas, fique à vontade para tirar elas com o pesquisador.

Ø **Possíveis desconfortos causados pela pesquisa, medidas adotadas para minimização e providências em caso de dano.** Ao participar da pesquisa o grupo convidado voluntário poderá ter problemas, tipo: falta de habilidade com a ferramenta, falta de sinal de internet ou bateria do celular. Caso ocorra algum desses problemas, será possível o preenchimento posterior, pois a pesquisa será realizada por 7 dias, mantendo-se a liberdade e respeito pela opinião.

O grupo convidado voluntário poderá preencher e submeter o formulário num prazo de 07 dias, que é o tempo de duração da pesquisa.

O grupo convidado voluntário deverá responder todas as perguntas contidas no formulário, assinalando "não se aplica" ou "não" quando não houver resposta.

Durante a pesquisa, as informações coletadas serão armazenadas em computador protegido com senha, firewall e antivírus. Periodicamente, serão realizadas cópias de segurança dos dados em dispositivo USB (Pen Drive), disco rígido externo. Esses cuidados serão tomados para contornar os riscos inerentes ao mundo virtual e as limitações dos equipamentos eletrônicos utilizados.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo. Concluído o estudo, o pesquisador armazenará as informações coletadas em dispositivo eletrônico local, dispositivo USB (Pen Drive), disco rígido externo,

apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Os dados coletados ficarão guardados sob a responsabilidade do pesquisador Danilo Gustavo dos Santos Souza, no endereço de sua residência, pelo período mínimo 5 (cinco) anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores, assim como será oferecida assistência integral, imediata e gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes desta pesquisa.

Ø Os voluntários serão beneficiados diretamente com a confidencialidade de sua identidade e o espaço seguro para sua expressão.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRPE no endereço: Rua Manoel de Medeiros, S/N Dois Irmãos – CEP: 52171-900 Telefone: (81) 3320.6638 / e-mail: cep@ufrpe.br (1º andar do Prédio Central da Reitoria da UFRPE, ao lado da Secretaria-Geral dos Conselhos Superiores). Site: www.cep.ufrpe.br.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRPE, com Parecer Consubstanciado nº 7305285 e CAAE 85244424.4.0000.9547

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentim...

Você concorda participar desta pesquisa? *

SIM

NÃO

Seção 2 de 2

Formulário de Pesquisa - Dissertação de Mestrado - PMPSU UFRPE

Formulário direcionado aos Agentes Comunitários de Saúde de Goiana-PE para pesquisa de dissertação para obtenção do título de Mestre no PMPSU - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Única

Qual a sua idade? *

- 18 a 25 anos
- 26 a 35 anos
- 36 anos ou mais

Qual o seu sexo biológico? *

- Masculino
- Feminino

Quanto tempo de atuação profissional você tem? *

- 0 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 a 30 anos
- 31 anos ou mais

A secretaria de Saúde oferece a você capacitações técnicas voltadas às causas, modos de transmissão e prevenção das doenças, regularmente? *

- SIM
 - NÃO
-

Se sua resposta anterior foi SIM, a quantos cursos ou capacitações técnicas você participou no ano anterior (2024)? *

- 1 a 5
 - 5 a 10
 - mais que 10
 - Não há oferta de cursos ou capacitações
-

Há capacitações, cursos ou treinamentos voltados à saúde e segurança do trabalho? *

- SIM
 - NÃO
-

Você recebe o adicional de insalubridade? *

- SIM
 - NÃO
-

Você precisou ingressar com ação judicial para receber a insalubridade? *

- SIM
- NÃO
- Ainda não recebo insalubridade

Você possui conhecimento sobre epidemiologia? *

- SIM
- NÃO
- SIM, MAS MUITO POUCO

E sobre as Normas Regulamentadoras de Segurança do Trabalho, você: *

- Conheço bem
- Nunca ouvi falar
- Já ouvi falar, mas não sei o que é
- Já ouvi falar, mas sei pouco a respeito

Sobre Saúde Única, você: *

- Conhece
- Nunca ouvi falar
- Já ouvi falar, mas não sei o que é
- Já ouvi falar, mas sei pouco a respeito

Você é informado sobre quais são os cuidados preventivos necessários para não se infectar ou correr o risco de adoecer durante a visita domiciliar? *

- SIM
- NÃO

Você recebe Equipamentos de Proteção Individual para realizar as visitas domiciliares? *

- SIM
- NÃO

Você já pegou alguma doença durante as suas visitas domiciliares? *

- SIM, já peguei doenças durante as visitas domiciliares.
- NÃO, nunca peguei nenhuma doença nas visitas domiciliares

Se sua resposta anterior for sim, qual a doença? *

Texto de resposta curta
.....

Você recebeu amparo da secretaria de saúde quando adoeceu? *

- SIM
- NÃO
- Nunca peguei nenhuma doença nas visitas domiciliares

Se sua resposta foi SIM, a secretaria realizou quais das ações abaixo? *

- Forneceu medicamentos
- Afastou temporariamente das atividades
- Registrou a ocorrência e verificou o território
- Apenas recebeu o atestado
- Nunca peguei nenhuma doença nas visitas domiciliares

Se sua resposta foi SIM, a secretaria realizou quais das ações abaixo? *

- Forneceu medicamentos
- Afastou temporariamente das atividades
- Registrou a ocorrência e verificou o território
- Apenas recebeu o atestado
- Nunca peguei nenhuma doença nas visitas domiciliares

Qual o seu sentimento sobre a sua atuação nas residências? Assinale a alternativa que mais representa o que você sente: *

- Ausência de amparo
- Problemas que não conseguem ser resolvidos
- Assistência ao cidadão, mas não ao profissional
- O suporte é suficiente para sanear qualquer problema
- O fortalecimento do SUS deve vir primeiro do que qualquer problema particular
- Existem passos que precisam ser dados
- Outros...

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras, participei desta pesquisa espontaneamente e que assinei o TCLE desta pesquisa. *

- Concordo

APENDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
SECRETARIA-GERAL DOS CONSELHOS DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR
CONSELHO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

(ANEXO DA RESOLUÇÃO Nº 361/2021 DO CEPE)

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PESQUISAS ON-LINE COM MAIORES DE 18 ANOS

Convidamos _____, Agente Comunitário de Saúde do município de Goiana, para participar como voluntária da pesquisa “Análise do adoecimento físico e psicológico do Agente Comunitário de Saúde do município de Goiana-PE sob a Perspectiva da Saúde Única e do Direito do trabalho”, que está sob a responsabilidade do pesquisador **Danilo Gustavo dos Santos Souza**, residente à Rua do Gravatá, nº 54, centro, Goiana-PE, CEP 55900-000, Celular (81) 997978245, E-mail: danilo.ssouza@ufrpe.br e orientação do **Professor Daniel Friguglietti Brandespim**, celular (81) 999738385 e E-mail: daniel.brandespim@ufrpe.br. Também participa desta pesquisa o colaborador: **Professor José Wilton Pinheiro Júnior**, celular (81) 9 9979-3745 e E-mail: wilton.pinheiro@ufrpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar do estudo, guarde uma cópia deste termo eletrônico em seus arquivos para consultar quando necessário. Você também pode solicitar aos pesquisadores uma versão deste documento a qualquer momento por um dos e-mails registrados acima.

Você está livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade. Caso deseje participar do estudo, a sua aceitação será registrada por gravação audiovisual antes de iniciar a entrevista para coleta de dados através de entrevista.

Descrição da pesquisa: Com intuito de colaborar para uma melhor compreensão e tentar possibilitar uma solução mais adequada para o adoecimento do Agente Comunitário de Saúde em razão de sua exposição a fatores de risco ligados ao meio ambiente, plantas, animais e pessoas no território de atuação durante as visitas domiciliares e a ausência de preparo e percepção da gestão de saúde na compreensão destes elementos, que são elementos de Saúde Única. O objetivo é realizar uma análise do adoecimento físico e psicológico do Agente

Confere com o original assinado pelo Reitor em Exercício e arquivado nesta Secretaria-Geral.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
SECRETARIA-GERAL DOS CONSELHOS DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR
CONSELHO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

(ANEXO DA RESOLUÇÃO Nº 361/2021 DO CEPE)
Comunitário de Saúde do município de Goiana-PE, sob a Perspectiva da Saúde Única e do Direito do Trabalho

➤ **Procedimentos para coleta de dados através de questionário:** a pesquisa será realizada por meio de 01 (um) questionário on-line através do *Google Forms*, constituído por 13 (treze) perguntas relacionadas à livre opinião do grupo convidado voluntário em relação ao caso concreto apresentado (Exemplos: há a compreensão sobre os métodos preventivos necessários durante a visita domiciliar? Você já adoeceu em razão do trabalho? etc.). Estima-se que grupo convidado voluntário precisará de aproximadamente de 10 (dez) minutos para responder ao questionário que será apresentado via *WhatsApp*. A livre opinião e a precisão de suas respostas são determinantes para a qualidade da pesquisa.

➤ **Procedimentos para coleta de dados através de entrevista:** a pesquisa será realizada através de formulário do *Google Forms*, encaminhado via *WhatsApp* para todos os 207 Agentes comunitários de Saúde de Goiana, terá duração aproximada de 10 minutos e será encaminhado para consolidação na mesma plataforma, impressos os resultados e arquivados. Para garantir a qualidade das respostas, leia com atenção cada pergunta e responda objetivamente. No caso de dúvidas, fique à vontade para tirar elas com o pesquisador.

➤ **Possíveis desconfortos causados pela pesquisa, medidas adotadas para minimização e providências em caso de dano.** Ao participar da pesquisa o grupo convidado voluntário poderá ter problemas, tipo: falta de habilidade com a ferramenta, falta de sinal de internet ou bateria do celular. Caso ocorra algum desses problemas, será possível o preenchimento posterior, pois a pesquisa será realizada por 7 dias, mantendo-se a liberdade e respeito pela opinião.

O grupo convidado voluntário poderá preencher e submeter o formulário num prazo de 07 dias, que é o tempo de duração da pesquisa.

O grupo convidado voluntário deverá responder todas as perguntas contidas no formulário, assinalando “não se aplica” ou “não” quando não houver resposta.

Durante a pesquisa, as informações coletadas serão armazenadas em computador protegido com senha, firewall e antivírus. Periodicamente, serão realizadas cópias de segurança dos dados em dispositivo USB (*Pen Drive*), disco rígido externo. Esses cuidados serão tomados para contornar os riscos inerentes ao mundo virtual e as limitações dos equipamentos eletrônicos utilizados.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou

Confere com o original assinado pelo Reitor em Exercício e arquivado nesta Secretaria-Geral.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
SECRETARIA-GERAL DOS CONSELHOS DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR
CONSELHO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

(ANEXO DA RESOLUÇÃO Nº 361/2021 DO CEPE)

publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo. Concluído o estudo, o pesquisador armazenará as informações coletadas em dispositivo eletrônico local, dispositivo USB (*Pen Drive*), disco rígido externo, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Os dados coletados ficarão guardados sob a responsabilidade do pesquisador Danilo Gustavo dos Santos Souza, no endereço de sua residência, pelo período mínimo 5 (cinco) anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores, assim como será oferecida assistência integral, imediata e gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes desta pesquisa.

➤ Os voluntários serão beneficiados diretamente com a confidencialidade de sua identidade e o espaço seguro para sua expressão.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRPE no endereço: Rua Manoel de Medeiros, S/N Dois Irmãos – CEP: 52171-900 Telefone: (81) 3320.6638 / e-mail: cep@ufrpe.br (1º andar do Prédio Central da Reitoria da UFRPE, ao lado da Secretaria-Geral dos Conselhos Superiores). Site: www.cep.ufrpe.br .

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRPE, com Parecer Consubstanciado nº _____ e CAAE _____

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

() **Aceito participar da pesquisa** () **Não aceito participar da pesquisa**

Confere com o original assinado pelo Reitor em Exercício e arquivado nesta Secretaria-Geral.

APENDICE 4 – Produto Final



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



PROJETO DE LEI Nº ____/2025

*Dispõe sobre a implantação da **Política de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho do Município de Goiana** através da criação do **Núcleo Municipal de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho (NSSAT)**, do **Sistema de Monitoramento Continuado da Saúde e Segurança do Trabalho e do Meio Ambiente (SSTMA)** utilizando a bases da **Saúde Única/Uma Só Saúde** e estabelece regras para concessão do adicional de insalubridade, no âmbito do município de Goiana-PE e dá outras providências.*

O **PREFEITO DO MUNICÍPIO GOIANA, ESTADO DE PERNAMBUCO**, no uso de suas atribuições legais, e ainda amparado na Lei Orgânica do Município, FAZ SABER que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º Fica estabelecida, no âmbito da Administração Pública Municipal Direta e Indireta de Goiana-PE a **Política Municipal de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho**, manifesta através da atuação do **Núcleo Municipal de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho (NSSAT)**, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de planejar, implementar, coordenar e monitorar ações voltadas à proteção da saúde, segurança ocupacional e ambiental dos servidores públicos municipais, com base nas Normas Regulamentadoras de Segurança do Trabalho, da consolidação das Leis Trabalhistas, das normas municipais referentes ao regime jurídico dos servidores públicos municipais, NBR, NHO, NIOSH, OSHA, bem como a conservação do meio ambiente e a promoção de ações de melhorias dos fatores ambientais aplicados os princípios da Saúde Única/Uma Só Saúde.

CAPÍTULO I – DA COMPOSIÇÃO DOS MEMBROS DO NSSAT

Art. 2º O NSSAT será composto por um total de 10 membros titulares indicados pelas secretarias estratégicas do município para um mandato de 04 anos, sendo admitida recondução e representantes das entidades sindicais e Conselho Municipal de Saúde, que atuarão na participação social, distribuídos conforme a composição funcional especificada a seguir:



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



- a) **02 servidores efetivos** da Secretaria Municipal de Saúde, com enquadramento funcional de nível superior em áreas diversificadas, eleitos em assembleia das categorias convocada pela entidade representativa dos servidores da saúde, sendo:
- 01 veterinário da Vigilância em Saúde;
 - 01 servidor da Atenção Primária à Saúde;
- b) **01 Analista Ambiental** com formação em Engenharia Ambiental, Gestão Ambiental, Medicina Veterinária ou Ciências Biológicas Veterinário da Secretaria de Meio Ambiente SEAPEMA ou Agência Municipal de Meio Ambiente de Goiana, AMAG, preferencialmente efetivo;
- c) **01 Engenheiro civil ou Arquiteto** da Secretaria de Obras e Patrimônio Arquitetônico preferencialmente efetivo;
- d) **01 servidor** da Secretaria de Serviços Públicos e Abastecimento, efetivo;
- e) **01 servidor** da Secretaria de Educação e Inovação, efetivo;
- f) **01 representante da gestão em saúde**, podendo ser o secretário ou alguém indicado por ele;
- g) **01 médico do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho**
- h) **01 Técnico de Segurança do Trabalho**
- i) **01 representante de cada sindicato representativo**
- j) **01 Representante do conselho de saúde**, garantindo transparência e participação social.

§1º Os membros titulares do NSSAT farão jus a uma gratificação de função correspondente a 10% (dez por cento) de seu salário base, durante o período de mandato, de responsabilidade de suas respectivas secretarias de origem.

§2º Os profissionais contidos nas alíneas “g” e “h” poderão ser substituídos por uma empresa contratada a partir de procedimento licitatório que comprove sua capacidade técnica de execução para atuação em conjunto com o núcleo.

CAPÍTULO II – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º O NSSAT terá a seguinte composição em sua mesa diretora:

1. Presidente
2. Secretário



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



§ 1º Compete ao Presidente:

- I Representar o núcleo diante dos órgãos de controle interno e externo;
- II Cumprir e fazer cumprir a presente norma, a legislação trabalhista, as Normas Regulamentadoras de Segurança do Trabalho, aos princípios da Saúde Única e todas as legislações pertinentes aos servidores de todos os entes federados;
- III Convocar e presidir as reuniões ordinárias ou extraordinárias do NSSAT;
- IV Dirigir e supervisionar todas as atividades do NSSAT;
- V Conduzir as pautas em conjunto com os demais membros do núcleo.

§ 2º Compete ao Secretário:

- I Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias e redigir suas respectivas atas;
- II Receber as correspondências, organizar os requerimentos, preparar as pautas e organizar as reuniões;
- III Manter organizada a secretaria bem como colaborar com a organização administrativa;

Art. 4º O NSSAT elegerá sua mesa diretora na primeira reunião colegiada após a composição dos seus membros.

§1º o mandato da mesa diretora durará 02 anos, podendo ser prorrogado uma vez de maneira subsequente.

§2º O NSSAT será vinculado à secretaria municipal de saúde, a qual será responsável por proporcionar estrutura física, materiais de expediente, pessoal e equipamentos que sejam necessários para a concretização dos objetivos do núcleo.

§3º O NSSAT se reunirá uma vez ao mês, ordinariamente, para recepção dos dados de monitoramento de segurança ambiental e do trabalho, analisar requerimentos, correspondências e toda e qualquer pauta programada, presencialmente ou de maneira remota (assíncrona).

§4º O NSSAT se reunirá extraordinariamente sempre que necessário, através da convocação do seu presidente.

§5º Na primeira reunião de cada ano, o NSSAT comporá, de maneira colegiada, o calendário de reuniões ordinárias e atividades programadas do ano.

§6º Todas as decisões do núcleo serão colegiadas, requerendo a maioria simples como quórum.



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



CAPÍTULO II – DAS COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DO NSSAT

Art. 5º É de responsabilidade do NSSAT a composição dos instrumentos de gestão de saúde ambiental e segurança do trabalho, de observância obrigatória por todo o poder público municipal:

I – **Plano Municipal de Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (PM-GRO)**: contemplando a identificação de perigos e avaliação de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, com base na NR 01;

II – **Plano Municipal de Gestão e Controle Ambiental do Trabalho (PM-GCAT)**: com análise dos impactos ambientais das atividades laborais e sua correlação com a saúde humana, conforme o conceito de Saúde Única, para criação de planos de intervenção com foco na preservação do equilíbrio ambiental, fauna e flora, bem como a vigilância às áreas de preservação ambiental e biomas;

III – **Plano de Ação Integrada em Saúde do Trabalhador (PAIST)**: com ações preventivas, treinamentos, capacitações, análise ergonômica dos postos de trabalho (NR 17), prevenção de riscos psicossociais e medidas de monitoramento ocupacional;

IV – **Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT Municipal)**: documento técnico com base na NR 15, 16 e 17, com emissão de **LIP – Laudo de Insalubridade e Periculosidade**, que classificará e caracterizará o adicional de insalubridade por ambiente e função.

§1º O NSSAT atuará como fiscalizador das ações de saúde e segurança do trabalho e de saúde e conservação ambiental em todas as atividades de todas as secretarias municipais, com poder de imposição de sanção administrativa diante da inobservância às normas estabelecidas, gerando responsabilidade civil a quem, por ação ou omissão, der origem ao dano.

§2º Diante da constatação da desobediência a um dos instrumentos de gestão, o NSSAT atuará a secretaria correspondente sobre a situação e, após deliberação da situação em reunião com os membros, oferecerá denúncia à Procuradoria Municipal de Goiana, que dará início a um Inquérito Administrativo para apurar a responsabilidade, nos termos da Lei Complementar 018/2009, Leis municipais de pertinência e legislações correspondentes a cada situação especificamente, e, uma vez comprovada materialidade, o inquérito deverá evoluir para um processo administrativo para que seja verificada a autoria e imposta a responsabilidade civil correspondente.

§3º Nos processos em que houver responsabilidade técnica ou interesse de algum



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



setor/secretaria com representação no núcleo, atuará este membro em nome de quem o indicou em conjunto ao NSSAT nos atos necessários no processo administrativo para a defesa da denúncia apresentada.

§4º O NSSAT receberá os requerimentos de adicional de insalubridade dos servidores e verificará, de acordo com o LTCAT Municipal, o grau de risco correspondente, despachando em suas reuniões ordinárias ou extraordinárias cada pedido de maneira colegiada, enquadrando o servidor de acordo com o resultado dos laudos técnicos vigentes, correspondentes a sua função, ambiente e exposição já periciados no LTCAT Municipal e expedidos por intermédio do LIT.

§5º O NSSAT publicará anualmente um **Relatório Técnico de Avaliação dos Riscos Ocupacionais**, com consolidação de dados de exames, ações de capacitação, incidentes, indicadores de absenteísmo por adoecimento laboral, cumprimento de metas preventivas e recomendações de aprimoramento dos planos.

§6º O relatório será remetido à Procuradoria-Geral do Município, ao Conselho Municipal de Saúde e aos sindicatos representativos para conhecimento, análise e proposição de melhorias intersetoriais.

CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA SAÚDE ÚNICA/UMA SÓ SAÚDE NA AVALIAÇÃO DOS RISCOS E NA GESTÃO AMBIENTAL

Art. 6. A elaboração dos planos técnicos dispostos nesta Lei, bem como a atuação do NSSAT e do SSTMA, deverá observar e aplicar obrigatoriamente os princípios da **Saúde Única/Uma Só Saúde** (*One Health*), conforme previsto pelo Ministério da Saúde e pela abordagem internacional Uma Só Saúde.

Art. 7. A análise dos riscos ocupacionais deverá considerar, sob a ótica da Saúde Única/Uma Só Saúde, as fontes essenciais de risco:

1. Os ambientes naturais e construídos (fauna, flora, microbiota, recursos naturais);
2. As atividades humanas laborais, considerando seus efeitos no ecossistema;
3. Os impactos cumulativos e residuais dessas interações na saúde humana, animal e ambiental, avaliada em curto, médio e longo prazo

Parágrafo único. A avaliação técnica deverá incorporar dados epidemiológicos, ambientais



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



e sanitários, contemplando seus efeitos sistêmicos nos ecossistemas e na saúde dos servidores e da coletividade.

Art. 8. Os instrumentos de gestão (PM-GRO, PM-GCAT e PAIST) deverão integrar a lógica da Saúde Única/Uma Só Saúde ao:

1. Identificar desequilíbrios ambientais provocados por ações antrópicas;
2. Propor medidas de mitigação de riscos, remediação de danos e promoção da preservação ambiental, correlacionando-as com a segurança e saúde no trabalho e o desenvolvimento humano, processo de industrialização e urbanização;
3. Promover práticas sustentáveis, como controle de resíduos, manejo de vetores, conservação da biodiversidade, dos biomas e uso racional de recursos

Art. 9. O NSSAT poderá firmar cooperação técnica com instituições públicas, científicas, ambientais e sanitárias – conforme incentivado pelo Ministério da Saúde – para fortalecer planos e análises no âmbito da Saúde Única/Uma Só Saúde.

CAPÍTULO V – DO SISTEMA DE MONITORAMENTO CONTINUADO DA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO - SSTMA

Art. 10º Fica instituído o Sistema Municipal de Monitoramento Continuado da Saúde e Segurança do Trabalho e do Meio Ambiente (SSTMA), como mecanismo permanente de vigilância, avaliação e prevenção dos riscos ocupacionais e ambientais aos quais os servidores estão expostos.

Art. 11º O SSTMA será operacionalizado pelo NSSAT e terá como instrumentos de gestão:

I – Plano Municipal de Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (PM-GRO):

Contemplando a identificação de perigos e avaliação de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, com base na NR 01 e no conceito de Saúde Única para estudo das fontes essenciais de risco e seus efeitos sobre o ser humano;

II – Plano Municipal de Gestão e Controle Ambiental do Trabalho (PM-GCAT):

Com análise dos impactos ambientais das atividades laborais e sua correlação com a saúde humana, conforme o conceito de Saúde Única, para criação de planos de intervenção com foco na preservação do equilíbrio ambiental, fauna e flora, bem como a vigilância às áreas de preservação ambiental e biomas;

III – Plano de Ação Integrada em Saúde do Trabalhador (PAIST):

Fundamentada na NR07, com base nas informações obtidas no PM-GRO e PM-GCAT,



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



construir medidas que visem neutralizar ou, na impossibilidade de neutralização, mitigar a exposição aos riscos ambientais e das atividades executadas, na forma de:

1 – Monitoramento – Exames ocupacionais obrigatórios de acordo com a NR07, imunização;

2 – Prevenção – Capacitação Técnica Continuada, treinamentos, capacitações, Ações de integração, Diálogo de Segurança, análise ergonômica dos postos de trabalho (NR 17), prevenção de riscos psicossociais e medidas de monitoramento ocupacional, realizadas por profissionais legalmente habilitados.

§1º Todas as capacitações serão obrigatórias, presenciais ou em formato remoto com comprovação de aproveitamento, e ocorrerão anualmente.

§2º A ausência injustificada do servidor acarretará registro funcional e obrigatoriedade de reposição do conteúdo em módulo suplementar.

3 – Controle – Fornecimento dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) determinados no PM-GRO, sinalizações e bloqueios de segurança para prevenção de acidentes, em conformidade com a NR26, bem como medidas administrativas que apliquem adaptações estruturais, de jornada de trabalho ou de processos com a finalidade de reduzir a exposição do servidor a um determinado risco.

IV – Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT Municipal):

Documento técnico emitido por Médico do Trabalho ou Engenheiro de Segurança do Trabalho com base na NR 15, 16 e NR 17, **emitindo o LIP – Laudo de Insalubridade e Periculosidade**, que classificará e caracterizará a insalubridade por ambiente e função, com emissão de ART (Atestado de Responsabilidade Técnica) e LIP (Laudo de Insalubridade e Perigosidade). Analisará o expert o Meio Ambiente e suas populações, as atividades executadas e os fatores de risco derivados deles e determinará, de acordo com o verificado, a legitimidade do adicional de insalubridade ou Periculosidade, bem como o grau correspondente em consonância com a norma municipal.

Art. 12º o monitoramento será realizado pelo Técnico de Segurança do Trabalho, que atuará no acompanhamento das atividades e monitoramento do meio ambiente de trabalho, bem como monitorará e fiscalizará o cumprimento das medidas de Monitoramento, Prevenção e Controle compostas pelo NSSAT, gerando relatórios que deverão ser encaminhados ao NSSAT para conhecimento e providências.

CAPÍTULO VI – DA CONCESSÃO DO ADICIONAL DE INSALUBRIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



Art. 13º O adicional de insalubridade será concedido com base no LIP – Laudo de Insalubridade e Periculosidade, elaborado por Médico do Trabalho ou Engenheiro de Segurança do Trabalho ou por serviço técnico que o substitua na composição do NSSAT, em atenção à Consolidação das Leis do Trabalho, Normas Regulamentadoras de Segurança do Trabalho, Lei Complementar 018/2009 e Lei Complementar 001/2025.

Art. 14º Uma vez elaborado o LIP – Laudo de Insalubridade e Periculosidade e estabelecido o sistema, os servidores que ingressarem no serviço público deverão apresentar requerimento ao NSSAT, solicitando a avaliação do direito ao adicional com base no seu ambiente de trabalho e suas atividades.

§1º O NSSAT enquadrará o servidor de acordo com o resultado dos laudos técnicos vigentes, correspondentes a sua função, ambiente e exposição já periciados no LTCAT Municipal e expedidos por intermédio do LIT.

§2º Cada Laudo conterá a definição sobre a legitimidade da insalubridade e, quando constatada esta legitimidade, o percentual correspondente, **com incidência sobre os vencimentos básicos do servidor**, conforme os seguintes níveis, determinados na Lei Complementar 001/2025:

- **Grau Mínimo:** 20% (vinte por cento);
- **Grau Médio:** 30% (trinta por cento);
- **Grau Máximo:** 40% (quarenta por cento).

§3º Não será necessária a realização de perícia individual para fins de concessão, exceto quando não houver laudo aplicável ou em casos de divergência técnica.

§4º O NSSAT deverá emitir parecer conclusivo assinado pelo médico do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho bem como pela maioria simples de seus membros no prazo de até 30 (trinta) dias úteis, prorrogável mediante justificativa técnica.

CAPÍTULO IV – DO CIRCUITO DE GESTÃO INTEGRADA

Art. 15º O sistema será estruturado nas seguintes etapas:

I – **Diagnóstico Técnico Preliminar Funcional e Ambiental:** levantamento das condições ambientais, riscos ocupacionais, perfil funcional, faixa etária, função, fatores psicossociais, biológicos e ambientais;

II – **Planejamento Estratégico (PM-GRO, PM-GCAT, PAIST):** elaboração dos planos integrados de gerenciamento, gestão ambiental e ações em saúde do trabalhador, contando



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



com a inclusão de protocolos psicossociais específicos, incluindo:

- a) Atendimento psicológico gratuito;
- b) Encaminhamento prioritário para CAPS ou psicólogos credenciados;
- c) Avaliação de Burnout e sofrimento ético-profissional.

III – Implementação de Medidas de Monitoramento, Prevenção e Controle: aplicação de medidas técnicas e administrativas, sinalização, uso de EPI/EPC, exames médicos ocupacionais, treinamentos, capacitação técnica continuada;

IV – Avaliação Contínua e Revisão dos Documentos: A revisão desta legislação e dos planos técnicos ocorrerá **a cada 4 anos**, com base nas evidências acumuladas, novas regulamentações e tecnologias e do fator de Monitoramento da Política de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho - reavaliações técnicas periódicas, atualizações dos planos e reemissão dos laudos conforme alterações nos ambientes e atividades.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16º Os laudos emitidos pelo **médico do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho do NSSAT** terão força normativa e fé pública para fins de concessão do adicional de insalubridade, dispensando perícias judiciais e reduzindo litígios.

Art. 17º O Executivo Municipal regulamentará, no prazo de até 120 (cento e vinte) dias, os procedimentos administrativos e integração da presente política ao contexto municipal e aos órgãos de controle e fiscalização ambiental, defesa civil, vigilância em saúde e em qualquer outro contexto que se mostre necessário para o pleno funcionamento do NSSAT e do SSTMA.

Art. 18º

Art. 19º Os casos omissos deverão ser disciplinados por decreto municipal, sendo o seu conteúdo previamente deliberado e aprovado pelo NSSAT

Art. 19º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias.

Art. 20º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 21º Revogam-se as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito do Município de Goiana, ____ de _____ de 2025.

MARCÍLIO RÉGIO SILVEIRA DA COSTA
Prefeito Municipal



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Lei é resultado do produto final da pesquisa desenvolvida no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Única da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), sob o título **“ADOCIMENTO FÍSICO E PSICOLÓGICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GOIANA-PE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE ÚNICA E DO DIREITO DO TRABALHO”** de autora do discente **DANILO GUSTAVO DOS SANTOS SOUZA**, servidor público municipal da secretaria de saúde de Goiana-PE de investidura efetiva, de número de matrícula 6474, mestrando concluinte do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Única da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) de matrícula acadêmica nº 20231008549.

A referida dissertação utilizou como amostra de pesquisa o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Goiana, e teve como ponto de partida a constatação de que estes servidores exercem suas atividades laborais em um contexto de exposição a múltiplos riscos – físicos, biológicos, psicossociais e ambientais – sem respaldo técnico, jurídico e institucional que assegure a prevenção desses agravos.

Durante a investigação, identificaram-se deficiências estruturais no que tange ao fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), à inexistência de treinamentos periódicos em Saúde e Segurança do Trabalho (SST) e à ausência de programas sistematizados como o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) – elementos que, embora obrigatórios na iniciativa privada, não estão presentes na estrutura do serviço público municipal. Essa lacuna representa não apenas um risco sanitário, mas também uma afronta ao direito fundamental à saúde e segurança no trabalho, consagrado no art. 7º, inciso XXII, da Constituição Federal.

A dissertação identificou, ainda, que o adoecimento dos ACS não ocorre apenas de forma individualizada. A partir do referencial teórico da Saúde Única – abordagem que integra saúde humana, animal e ambiental – demonstrou-se que cada residência visitada representa um ecossistema singular, com populações humanas, microbiota, animais domésticos, fatores ambientais e sociais. Assim, os riscos aos quais o ACS está exposto se tornam incontáveis e imprevisíveis. Através dos resultados da pesquisa realizada, nenhum método de monitoramento, prevenção ou controle existe para resguardar a sua saúde e segurança laboral, neutralizando ou mitigando os riscos para que estes não se tornem danos. Partindo do conceito básico de fontes essenciais de risco, foi percebido que o meio



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
 PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



ambiente, que é uma dessas fontes, quando em desequilíbrio, afeta todos estes ecossistemas singulares, alterando-os e tornando mais inseguro o trabalho do profissional que ali atua. Logo, também há a necessidade de atuar na prevenção do desequilíbrio e na conservação do meio ambiente onde o ser humano está inserido.

Uma vez que o ACS seja infectado em uma residência por algum agente biológico, esta infecção não afetará apenas a sua saúde, mas tornar-se-á um risco em potencial de transmissão de patógenos para outros domicílios e comunidades, invertendo a lógica da promoção da saúde para a promoção de DANOS.

A partir dessa constatação, o projeto propõe a criação do Núcleo Municipal de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho (NSSAT) e a implementação do Sistema de Monitoramento Continuado da Saúde, Segurança do Trabalho e do Meio Ambiente (SSTMA), integrando os princípios da Saúde Única, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Estes instrumentos visam suprir a lacuna institucional hoje existente, atuando tanto na proteção da saúde dos trabalhadores quanto na conservação do meio ambiente, a partir de planos integrados de análise, prevenção, controle e mitigação de riscos ambientais e ocupacionais.

O projeto de lei reflete, portanto, uma resposta técnica, ética e normativa às fragilidades identificadas no campo empírico da pesquisa. Ele aborda dois eixos centrais de vulnerabilidade:

- 1) **os riscos ocupacionais** enfrentados pelos servidores públicos no desempenho de suas funções, e
- 2) **os impactos da ação humana no meio ambiente** – seja pela atuação laboral, seja pelos processos de urbanização – sobre o meio ambiente, que, por sua vez, retroalimentam o ciclo de adoecimento da população. Ao articular esses dois eixos, propõe-se um circuito de gestão integrado, baseado em evidências científicas, e em consonância com os paradigmas modernos de saúde coletiva, proteção ambiental e responsabilidade institucional.

Por tudo isso, o presente Projeto de Lei é mais do que uma inovação normativa: trata-se de um instrumento de transformação institucional, fruto de pesquisa aplicada, integrada, construída sob os olhos de múltiplos profissionais, que promove a valorização dos servidores públicos, a sustentabilidade das políticas públicas e o fortalecimento do fundamento existencial da Saúde Única no âmbito das políticas públicas de saúde como método de fortalecimento dos efeitos das medidas desenvolvidas para o alcance da eficiência, eficácia e efetividade da política de Saúde e segurança ambiental e do trabalho construída para o município de Goiana.



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA



COOPERAÇÃO TÉCNICA

Pareceristas que contribuirão na elaboração da minuta da Política Pública de Saúde e Segurança Ambiental e do Trabalho produto da pesquisa realizada pelo discente como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Única:

Janderson Aurélio Oliveira dos Santos – Biólogo CRBio/PE nº 139.101/05-P;

Pedro Alves da Silva Filho – Veterinário – CRMV/PE nº 980;

Leticia Tavares da Silva – Engenheira Ambiental - CREA/PE nº 181950007-1;

Luiz Vitor da Conceição dos Santos – Farmacêutico – CRF nº 11481109413;

Yanne Karolyne Pimentel de Alcântara – Biomédica – CRBM nº 2610;

Karolayne Beatriz Colaço de Santana – Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família – COREN/PE nº 715-305;

Williams Gomes de Araújo – Enfermeiro de Saúde Mental – COREN/PE nº 415360;

Gabriel Sampaio Falcão – Médico da Estratégia de Saúde da Família – CRM/PE 37439;

Marina de Medeiros Souto – Médica do Trabalho - CRM/PB nº 8585;

Isabela Gomes Tavares – Coordenação Médica DAB – CRM/PE nº 28092;

Clisia Rafaela de Oliveira – Cir. Dentista da Estratégia de Saúde da Família – CRO/PE nº 12918;

Hugo Henrique de Castro Marinho – Cir. Dentista CEO – CRO/PE nº 8600;

Otoniel Miranda do Nascimento Filho – Técnico de Segurança do Trabalho – MTE nº 5635/PB;

Franklyly John Xavier Ferreira – Técnico de Segurança do Trabalho – TEM nº 16602/PE;

José Edmilson Paiva de Vasconcelos Júnior – Engenheiro de Produção e Técnico de Segurança do Trabalho – MTE nº 16302/PE;

Deusomir Oliveira da Silva Júnior – Engenheiro de Segurança do Trabalho - CREA/PE nº 044676/PE;

Bruno Paiva de Albuquerque Menezes – Engenheiro Civil e Arquiteto – CREA/PE nº 182299844-1 / CAU-BR A288283-3;

Jonathan Eduardo da Silva Pádua – Engenheiro Químico e Engenheiro de Segurança do Trabalho - CREA/PB nº 11527622022;

Handerson de Castro Marinho – Engenheiro Químico (Suape) – CREA/PE nº 1811111335

Manases José de Lima Bernardo – Psicólogo Sanitarista - CRP/PE nº 02/18717;

Eduardo Henrique de Lima Tavares – Advogado - OAB/PE nº 52.249;

Miquéias Filipe Rodrigues – Advogado - OAB/PE nº 62.601;

Alisson Douglas de Barros – Advogado - OAB/PE nº 56.405;

Fabiola Maria Sant’Ana Costa – Bióloga, Sanitarista - Presidente do SIMUSS (Sindicato Municipal dos Servidores da Saúde de Goiana-PE);

Gilvan Carlos de Freitas Mendonça Fernandes – Gerente de Vigilância Sanitária de Goiana-PE

DANILO GUSTAVO
DOS SANTOS SOUZA

Assinado de forma digital por
DANILO GUSTAVO DOS SANTOS
SOUZA
Dados: 2025.07.07 22:06:33 -03'00'

DANILO GUSTAVO DOS SANTOS SOUZA

Mestrando PMPSU

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL
RURAL DE PERNAMBUCO -
UFRPE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Análise do adoecimento físico e psicológico dos Agentes Comunitários de Saúde de Goiana-PE sob a perspectiva da Saúde Única e do Direito do Trabalho

Pesquisador: Daniel Friguglietti Brandespim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85244424.4.0000.9547

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO- UFRPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.305.285

Apresentação do Projeto:

As informações aqui descritas foram extraídas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2463529.pdf", submetido em 29/11/2024 e postado pelo pesquisador na Plataforma Brasil.

O presente estudo tem como objetivo analisar a atuação do Agente Comunitário de Saúde - ACS na comunidade e as exposições a riscos as quais são expostos de acordo com as Normas Regulamentadoras de Segurança do Trabalho, as diretrizes legais trazidas pela Constituição Federal e a Consolidação das Leis do Trabalho na perspectiva da Saúde Única, considerando cada residência visitada pelo ACS como sendo um meio ambiente específico, dotado de particularidades e exposições a risco específicas, entre eles físicos, químicos, biológicos, sociais. Muito se fala de saúde e segurança do trabalho quando se trata de trabalhadores de setores privados tais como indústria, construção civil, hospitais, entre outros e se ignora o fato deste profissional estar em contato constante com ambientes diferentes (residências), estando com os municípios antes deles terem ciência que estão doentes (NR15) e, no entanto, não trazem consigo EPI algum e nem recebem a mesma garantia normativa que obriga o setor privado a preservar a integridade do trabalhador através das documentações e procedimentos de saúde e segurança obrigatórios, como Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), Laudo

Endereço: Rua Dom Manuel de Medeiros, s/n Dois Irmãos, 1º andar do Prédio Central da Reitoria da UFRPE

Bairro: Recife

CEP: 52.171-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3320-6638

E-mail: cep@ufrpe.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL
RURAL DE PERNAMBUCO -
UFRPE**



Continuação do Parecer: 7.305.285

Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT), Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), que são instrumentos importantíssimos na manutenção do bem estar do trabalhador tanto no que se refere aos riscos oriundos do meio ambiente quanto aqueles que são originados a partir das atividades executadas. Neste estudo, serão explorados os princípios da Saúde Única no contexto do Direito do Trabalho sendo estes utilizados como instrumento de referência, focando especificamente na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em Goiana, Pernambuco. Será investigado como as condições de trabalho e o modo como esses agentes desempenham suas funções diárias podem estar relacionados ao seu adoecimento e quais os possíveis prejuízos essa dinâmica de adoecimento laboral impõe à comunidade assistida por estes ACS, e a partir desta percepção, será possível se delimitar um conjunto de ações necessárias para a coalização do bem-estar físico, psicológico e social a partir da atenção ao meio ambiente, ser humano, animais e plantas, elementos enfrentados durante o exercício das funções dos ACS especialmente nas visitas domiciliares. Estes resultados servirão de matéria-prima para a confecção do produto objetivado, que é uma política pública de monitoramento, prevenção e controle das exposições de riscos, gerenciado, aplicado e fiscalizado por uma equipe multidisciplinar criada na secretaria municipal de saúde de Goiana, destacando a importância de uma análise multidimensional, considerando a interseção entre a saúde física e psicológica dos trabalhadores, a abordagem integrativa da Saúde Única e os princípios e proteções oferecidos pelo Direito do Trabalho. Isso pode proporcionar uma visão mais completa e fundamentada dos desafios enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

As informações aqui descritas foram extraídas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2463529.pdf", submetido em 29/11/2024 e postado pelo pesquisador na Plataforma Brasil.

Objetivo Primário:

Realizar uma análise do adoecimento físico e psicológico do Agente Comunitário de Saúde do município de Goiana-PE, sob a Perspectiva da Saúde Única e do Direito do Trabalho.

Objetivo Secundário:

1. Realizar análise preliminar de riscos nas áreas de atuação profissional dos ACS;
2. Relacionar, com base na análise preliminar de riscos, a exposição do ACS a riscos inerentes

Endereço: Rua Dom Manuel de Medeiros, s/n Dois Irmãos, 1º andar do Prédio Central da Reitoria da UFRPE
Bairro: Recife **CEP:** 52.171-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3320-6638 **E-mail:** cep@ufrpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL
RURAL DE PERNAMBUCO -
UFRPE



Continuação do Parecer: 7.305.285

aos meios ambientes (residências) e os riscos originados da execução das atividades do profissional durante as visitas domiciliares;

3. Sugerir possíveis medidas preventivas de adoecimento na categoria profissional de ACS;

4. Identificar ações de investimento com treinamentos, educação continuada em saúde sobre a temática de segurança do trabalho e biossegurança e demais ações que tenham o objetivo de promover o bem-estar do profissional ACS em Goiana-PE;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações aqui descritas foram extraídas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2463529.pdf", submetido em 29/11/2024 e postado pelo pesquisador na Plataforma Brasil.

Riscos:

Considerando que a coleta de dados poderá causar desconfortos ou constrangimentos entre os participantes, e, diante deste desconforto ou constrangimento, os participantes poderão se negar a responder o instrumento de pesquisa, assim como poderão ser encaminhados para o Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) do município de Goiana-PE, que concordou em receber os participantes que sentirem desconfortáveis ou constrangidos em responder o questionário.

Benefícios:

a coleta de dados trará como benefícios especialmente o mapeamento de como a gestão em saúde pode combater o adoecimento do ACS em razão de seu trabalho. Uma vez que consiga verificar os elementos principais que impõem prejuízos à saúde física e psicológica do ACS no seu dia a dia de trabalho nas comunidades, terá a oportunidade de desenhar um sistema de amparo dos profissionais já adoecidos e de implementar formas de prevenir o adoecimento daqueles que estão em atividade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As informações aqui descritas foram extraídas dos arquivos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2463529.pdf" e "PROJETO_DE_MESTRADO_FINAL_DANILO_SANTOS.pdf", submetidos e postados pelo pesquisador na Plataforma Brasil, respectivamente, em 29/11/2024 e 24/11/2024.

Endereço: Rua Dom Manuel de Medeiros, s/n Dois Irmãos, 1º andar do Prédio Central da Reitoria da UFRPE
Bairro: Recife **CEP:** 52.171-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3320-6638 **E-mail:** cep@ufrpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL
RURAL DE PERNAMBUCO -
UFRPE



Continuação do Parecer: 7.305.285

Trata-se de uma pesquisa com abordagem acadêmica realizada pelo estudante de pós-graduação DANILO GUSTAVO DOS SANTOS SOUZA para obtenção do título de Mestre do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Única da Universidade Federal Rural de Pernambuco, sob a orientação do professor Dr. Daniel Friguglietti Brandespim e coorientação do professor Dr. José Wilton Pinheiro Júnior. Com o objetivo de analisar a atuação do Agente Comunitário de Saúde - ACS na comunidade e as exposições a riscos as quais são expostos. Tendo contribuído ações necessárias para a coalização do bem-estar físico, psicológico e social a partir da atenção ao meio ambiente, ser humano, animais e plantas, elementos enfrentados durante o exercício das funções dos ACS especialmente nas visitas domiciliares.

Início da pesquisa: dezembro/2024

Previsão de conclusão: agosto/2025

Início da coleta de dados: fevereiro/2025

Ambiente da coleta (virtual e/ou presencial): virtual

Tamanho da amostra: 207

Local: Goiana - PE

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou pendências e lista de inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou pendências e lista de inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os documentos atendem às normas regulamentadoras do sistema CEP/CONEP/CNS/MS.

Considerações Finais a critério do CEP:

1) Atentar para o CARTA CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS onde o(a) pesquisador(a) poderá encontrar as Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

2) Ressalta-se que cabe ao(à) pesquisador(a) responsável encaminhar os relatórios de pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS 466/2012, Art. XI.2.d e Resolução CNS 510/2016, Art. 28.V.

Endereço: Rua Dom Manuel de Medeiros, s/n Dois Irmãos, 1º andar do Prédio Central da Reitoria da UFRPE
Bairro: Recife **CEP:** 52.171-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3320-6638 **E-mail:** cep@ufrpe.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL
RURAL DE PERNAMBUCO -
UFRPE**



Continuação do Parecer: 7.305.285

3) Ressalta-se que cabe ao(à) pesquisador(a) "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa", conforme Resolução CNS 466/2012, Art. XI.f.

4) Em caso de alteração em projeto de pesquisa já aprovado pelo CEP, deve-se anexar na Plataforma Brasil todos os documentos que foram modificados junto com uma carta justificativa contendo a descrição e os motivos para a emenda conforme Resolução CNS 251/1997, Art. III.2.e e Norma Operacional 001/2013, Art. 2.1.h.1.

5) Em caso de dúvidas, o(a) pesquisador(a) pode buscar as normas e resoluções emitidas pela CONEP que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, disponíveis publicamente no site <http://www.cep.ufrpe.br/> (menu > normas e resoluções), assim como contactar o CEP-UFRPE através de e-mail (cep@ufrpe.br) ou telefone (+55-81-3320.6638).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2463529.pdf	29/11/2024 15:29:17		Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	29/11/2024 15:26:59	Daniel Friguglietti Brandespim	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado_assinado.pdf	25/11/2024 09:56:56	Daniel Friguglietti Brandespim	Aceito
Outros	CURRICULO_JOSE_WILTON_PINHEIRO_JUNIOR.pdf	25/11/2024 09:56:10	Daniel Friguglietti Brandespim	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Daniel_Brandespim.pdf	25/11/2024 09:55:45	Daniel Friguglietti Brandespim	Aceito
Outros	Lattes_Danilo_Gustavo_dos_Santos_Souza.pdf	25/11/2024 09:53:20	Daniel Friguglietti Brandespim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_MESTRADO_FINAL_DANILO_SANTOS.pdf	24/11/2024 21:24:49	Daniel Friguglietti Brandespim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/11/2024 21:21:36	Daniel Friguglietti Brandespim	Aceito
Declaração de Instituição e	CARTA_DE_ANUENCIA_MESTRADO_DANILO_assinado.pdf	24/11/2024 21:20:50	Daniel Friguglietti Brandespim	Aceito

Endereço: Rua Dom Manuel de Medeiros, s/n Dois Irmãos, 1º andar do Prédio Central da Reitoria da UFRPE
Bairro: Recife **CEP:** 52.171-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3320-6638 **E-mail:** cep@ufrpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL
RURAL DE PERNAMBUCO -
UFRPE



Continuação do Parecer: 7.305.285

Infraestrutura	CARTA_DE_ANUENCIA_MESTRADO_ DANILO_assinado.pdf	24/11/2024 21:20:50	Daniel Friguglietti Brandespim	Aceito
----------------	--	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 18 de Dezembro de 2024

Assinado por:
MAITE KULESZA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dom Manuel de Medeiros, s/n Dois Irmãos, 1º andar do Prédio Central da Reitoria da UFRPE
Bairro: Recife **CEP:** 52.171-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3320-6638 **E-mail:** cep@ufrpe.br