



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.36.93.AO06>

Saúde e estilo de vida dos trabalhadores do setor extrativo do Paraná

Lifestyle and health of workers in Paraná Extractive Industry

Salud y estilo de vida de los trabajadores del sector extractivo de Paraná

Luciano Nadolny^(a), Denise de Camargo^(b), Ana Claudia Nunes de Souza
Wanderbroocke^(c)

^(a) Mestrado em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná – UTP. Serviço Social da Indústria, Curitiba, Paraná – Brasil. e-mail: luciano.nadolny@gmail.com

^(b) Doutora. Docente do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil; e-mail: denicamargo@gmail.com

^(c) Doutora. Docente do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná – Brasil. e-mail: contato@anaclaudiaw.psc.br

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo conhecer o estilo de vida e a saúde dos trabalhadores da Indústria Extrativa do Paraná e como eles vivenciam a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. O estudo foi realizado a partir dos dados quantitativos coletados pelo Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida realizado pelo Serviço Social da Indústria (SESI), nos anos 2010 e 2014, e da análise qualitativa de dados produzidos, em 2016, de entrevistas semiestruturadas individuais com trabalhadores de uma indústria extrativa localizada na Região Metropolitana de Curitiba. O estilo de vida e saúde foi pesquisado nos seguintes fatores: no relato

de doenças crônicas e do risco para doenças crônicas; no relato do dia de trabalho e dos cuidados com prevenção à saúde. Encontrou-se indicadores desfavoráveis à saúde maiores do que os de todos os trabalhadores do Paraná e do Brasil e verificou-se que os trabalhadores entrevistados não têm acesso a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria Nº 1.823, 2012) e não participam como membros da comunidade e do controle social da política de saúde. O único serviço de saúde que vivenciam são os oferecidos nos exames periódicos descritos na Norma Regulamentadora (NR) 7 da Lei Nº 6.514 e oferecidos pelas empresas em que trabalham.

Palavras-chave: Estilo de vida, Saúde do trabalhador, Política de Saúde do Trabalhador.

Abstract

This study aimed to know the lifestyle and health of workers in Paraná Extractive Industry and how they experience the National Health Policy for Workers. The study was carried out based on the quantitative data collected by the Health and Lifestyle Survey conducted by the Social Service of Industry (SESI) in the years 2010 and 2014, and the qualitative analysis of data produced in 2016 from individual semi-structured interviews with workers of an extractive industry located in the Metropolitan Region of Curitiba. The lifestyle and health were investigated in the following factors: chronic diseases and chronic diseases risk; reporting of the work day and health care. Unfavorable health indicators were found to be greater than those of all workers in Paraná and Brazil and it was found that workers interviewed did not have access to the National Worker Health Policy (Ordinance No. 1823, 2012) and did not participate as members of the community and social control of health policy. The only health services they experience are those offered in the periodic examinations described in NR 7 of Law No. 6,514 and offered by the company.

Keywords: Healthstyle, Occupational health, Occupational health police.

Resumen

Este escrito tiene como objetivo conocer el estilo de vida y la salud de los trabajadores de la Industria Extractiva de Paraná y como ellos experencian la Política Nacional de Salud del Trabajador y de la Trabajadora. El estudio fue realizado a partir de datos quantitativos recogidos por el Diagnóstico de Salud y Estilo de Vida hecho por el Serviço Social da Industria (SESI), en los años 2010 y 2014, y del analisis qualitativa de datos producidos, en 2016, de entrevistas semiestructuradas individuales con trabajadores de una industria extractiva ubicada em la Región Metropolitana de Curitiba. El estilo de vida y salud fue investigado en los siguientes factores: en el informe de enfermedades crónica y del riesgo de enfermedades crónicas; en el informe del día laboral y de los cuidados que anteceden a la salud. A partir de eso, llegó a indicadores desfavorables a la salud más grandes de que todos los otros trabajadores de Paraná y Brasil y constató que los trabajadores entrevistados no tienen acceso a la Política Nacional de la Salud de los Trabajadores y de las Trabajadoras (Ordenanza Nº 1.823, 2012) y no hacen parte como miembros de la comunidad y del control social de la política de salud. El único servicio de salud que reciben son los ofrecidos en los exámenes periódicos descritos en la Norma de Regulación (NR) 7 de la Ley Nº 6.514 y ofrecidas por las compañía em que trabajan.

Palabras clave: Estilo de vida, Salud del trabajador, Política de Salud del Trabajador.

Introdução

A relação saúde-trabalho no Brasil é permeada de tensões políticas, que se revelam quando se recupera a história do processo de industrialização no país, com o surgimento da classe operária, com a presença das organizações sindicais e com as pautas das reivindicações dos trabalhadores no campo da saúde. A reconstrução dessa história

mostra que as modificações se deram da concepção assistencialista e paternalista de saúde - modelo centrado sobre os interesses privados - para a busca de instrumentos de melhora das condições de trabalho e defesa da saúde como direito universal e dever do estado. Essa foi uma mudança de um sistema que discriminava a cidadania, uma vez que só tinha acesso à saúde o trabalhador vinculado ao mercado de trabalho formal, quem tivesse carteira de trabalho assinada, para poder usufruir de uma saúde como direito universal (Antunes, 1982 e Lacaz, 2007).

O paradigma da Saúde do Trabalhador, que emerge da luta política, é uma perspectiva que se contrapõem aos conceitos da Saúde Ocupacional dos anos 50, no sentido em que valoriza os conhecimentos dos trabalhadores sobre o seu trabalho e considera-os agentes e capazes de intervirem no seu contexto. Essa ideia vem ressaltar que o trabalhador é portador de saberes e vivências sobre a sua atividade e deve participar do controle dos fatores de nocividade e das modificações da dinâmica, regime de trabalho e condições necessárias para a defesa de sua saúde (Lacaz, 2007 e Arthur, 2015).

Nos anos 60 e 70 do século passado, no contexto do industrialismo desenvolvimentista, defendia-se a ideia de que as empresas deveriam sustentar os serviços médicos, oferecendo atendimento clínico-individual dentro das recomendações prescritas pelo paradigma da Saúde Ocupacional. Essa orientação culminou nos anos da ditadura militar, no Brasil, com o estado delegando às empresas a tutela da saúde dos trabalhadores – a qual foi estabelecida na política pública que obrigava a criação dos Serviços especializados de Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança nas empresas em que trabalham 100 pessoas ou mais (Arthur, 2015).

Os anos 70 e 80 são marcados pelo início do movimento de redemocratização do país e das lutas nos sindicatos pela formação das centrais sindicais. Nesse contexto, surgem muitas discussões sobre saúde-trabalho, e são realizadas as pautas de reivindicações que culminam, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Dessa conferência saíram os princípios de orientação do sistema de saúde para subsidiar a constituinte de 1988, que definiu os direitos universais à saúde como deveres do estado brasileiro, com o princípio de descentralização e, inclusive, assegurando a participação social dos trabalhadores. Essa conquista se deu por meio não só da mobilização dos trabalhadores organizados nos sindicatos, mas também por meio da dinâmica social do Brasil. Nesse momento, havia uma intensa mobilização política da sociedade por meio de

diversas entidades sociais, corporativas, educacionais e um movimento estudantil atuante nas questões que interessavam à sociedade (Arthur, 2015).

É deste contexto que surge os princípios do sistema de saúde vigente, instituído pela constituinte de 1988, principalmente no que se refere a política pública da saúde do trabalhador. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012) define os seguintes princípios: universalidade; integralidade; participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade; e precaução. Considera-se que essa política foi uma conquista do movimento popular, dos setores democráticos da sociedade e dos sindicatos de trabalhadores e, após trinta anos, perguntamos: como é o estilo de vida e a saúde dos trabalhadores da indústria extrativa do Paraná e como esses trabalhadores vivenciam a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora?

Pensar sobre a saúde dos trabalhadores na indústria extrativa nos remete também a questão da saúde do homem, visto que a força de trabalho nesse contexto é predominantemente masculina. Sabe-se que o uso dos serviços de saúde é diferente entre os homens e as mulheres. Os estudos constatarem que os homens têm mais dificuldades que as mulheres de acessarem os serviços de atenção básica à saúde (Moura et al 2014; Arruda et al, 2017; Gomes et al, 2007) e procuram principalmente os serviços em níveis especializados quando em situações de adoecimento. Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de saúde (SAI-SUS) indicam que, em 2010, a média anual de consultas médicas de homens com idade entre 20 e 59 anos foi de 0,06, bem inferior à encontrada entre as mulheres, de 4,33 (Arruda, et al 2017). Os dados demonstram a dificuldade dos homens em utilizarem os serviços de atenção básica de saúde e também podem ser indicadores dos poucos cuidados que eles dedicam a sua saúde em geral (Figueiredo, 2015; Alves et al, 2011).

Desde que as estatísticas e os fatos revelaram essa realidade, estudos têm surgido no sentido de compreensão dos processos que expliquem o porquê os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres (Gomes et al, 2007; Alves et al, 2011; Schraiber et al, 2010). Alguns estudos a partir da perspectiva de gênero buscam explicação na configuração subjetiva dos homens, em que o cuidado não é considerado como prática masculina (Gomes et al, 2007; Hammerschmidt e Santos, 2009). Outros colocam o foco nas dificuldades que os homens encontram de acesso ao serviço por causa dos horários de funcionamento das unidades de saúde e de não conseguirem se ausentar

do trabalho com a disponibilidade necessária para buscar os atendimentos à saúde (Figueiredo, 2005; Schraiber et al, 2010). Neste estudo, o tema da saúde do homem será tratado pela perspectiva da Psicologia da Saúde e problematizada a partir do acesso dos homens a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Psicologia da Saúde é entendida como área de aplicação da psicologia voltada aos cuidados de saúde geral com prioridade no desenvolvimento da promoção de saúde e de prevenção de doenças (Alves et al, 2011).

Método

Para identificar o perfil e conhecer o estilo de vida e saúde dos trabalhadores da indústria extrativa, a pesquisa foi realizada em dois momentos. Inicialmente buscou-se informações por meio do instrumento Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida – DSEV (Serviço Social da Indústria, 2014) com o objetivo de estabelecer o perfil de saúde dos trabalhadores, e que nesta pesquisa serviram de fonte de dados secundários. O DSEV é um instrumento elaborado pelos técnicos do Serviço Social da Indústria que tem por objetivo conhecer as Doenças Não Transmissíveis – DNT (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, obesidade, entre outras) prevalentes na população de trabalhadores e realizar um diagnóstico que determine o perfil de risco para, assim, implementar programas de educação para a saúde que estimulem o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis por meio de modificações no estilo de vida. O instrumento é respondido pelos funcionários das empresas e posteriormente tabulado em software estatístico.

Para o presente estudo, foram analisados do DSEV, os dados referentes a sexo dos respondentes, faixa etária, escolaridade, estado civil, renda individual, fatores de risco para doenças crônicas, aglomeração de fatores de risco, relato de doenças crônicas e necessidade de tratamento odontológico. Para fazer o exame dos dados, a amostra foi dividida em três grupos: dados de todos os respondentes no Brasil, dados dos respondentes apenas dos trabalhadores do Estado do Paraná, e dados dos respondentes que atuam no setor extrativo do Paraná, com Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), versão 2.0, de segundo nível: 05, 06, 07, 08 e 09 (IBGE, 1994).

Participaram das avaliações do DSEV, no Brasil, entre agosto de 2010 e março de 2014, 373.733 trabalhadores, dos mais variados segmentos econômicos. No estado do Paraná, foram 71.168 trabalhadores entre novembro de 2011 a fevereiro de 2014, com

mais de três mil empresas participantes. Fazendo o recorte para o setor extrativo, foram avaliados 1.485 trabalhadores, distribuídos em 12 empresas do Paraná.

Em um segundo momento, buscou-se conhecer como esses trabalhadores vivenciam as Políticas de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras por meio de entrevistas individuais com trabalhadores de uma empresa do segmento de extração mineral, localizada na Região Metropolitana de Curitiba (RMC).

Os dados qualitativos foram produzidos em uma empresa localizada em um município da Região Metropolitana de Curitiba (RMC). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da RMC foi de 0,783 em 2010, o que a situa na faixa de desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribuiu para o IDHM da RMC é a longevidade, com índice de 0,853, seguido de renda, com índice de 0,803, e de educação, com índice de 0,701. No município estudado há 16 unidades de saúde para atendimento à população (unidades de saúde, centro de especialidades, pronto atendimento 24 horas, farmácia municipal, centro de atenção psicossocial e centro de testagem e aconselhamento DST/AIDS). Dentre essas, há uma unidade de saúde localizada a aproximadamente 1,5 km da empresa onde 6 participantes da pesquisa residiam.

As entrevistas foram realizadas em 2016 em uma empresa que contava, nesse momento, com 94 trabalhadores, sendo 82 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Os dados sobre a faixa etária da empresa são semelhantes aos dados indicados no estudo realizado pelo Sesi Paraná, por meio do DSEV. Foram sorteados 12 trabalhadores, os quais foram convidados para as entrevistas, destes, 8 aceitaram o convite. Os dados foram categorizados pelos temas das perguntas. Participaram da pesquisa oito trabalhadores, entre 27 e 69 anos de idade, todos do sexo masculino. Em relação à quantidade de tempo em que estão registrados na empresa a média é 11,7 anos, e a mediana é 9,4 anos.

Todos os participantes são casados e possuem filhos ou enteados. Estão divididos nos setores de balança, mina, manutenção, usina, comercial e pátio. Os cargos atuais dos trabalhadores são: auxiliar administrativo, líder de produção, motorista de carreta, operador britador e painel, mecânico industrial, mecânico diesel líder, ajudante de pátio e supervisor comercial de agregados. Esse último já foi coordenador de produção. Quanto à escolaridade, encontramos uma pessoa que nunca estudou; quatro que possuíam o fundamental incompleto; um com ensino médio incompleto; um com ensino médio completo; e um com superior concluído. A maioria dos trabalhadores morava nas

proximidades da empresa (seis dos oito), não demorando mais do que 15 minutos de carro para chegar ao local de trabalho. Dependendo da condição climática, alguns trabalhadores deslocam-se para a empresa de bicicleta. Dois trabalhadores moravam em Curitiba e o deslocamento variava entre 30 a 40 minutos.

Resultados

Perfil dos trabalhadores da indústria extrativa

Foram descritos e comparados dados de três segmentos: Brasil, Paraná, e o corte para o setor extrativo. A análise dos dados indicou que mais de um terço dos homens que atuam no setor extrativo (36,16%) possuem mais de quarenta anos de idade. Esse dado é consideravelmente superior às médias brasileira e paranaense, que correspondem a 20,07% e 17,07%, respectivamente. Ou seja, é uma população mais velha do que a de outros segmentos industriais. Outro dado analisado foi sobre a participação feminina no setor estudado. Enquanto a média de mulheres que responderam ao DSEV no Brasil foi de 30,29%, e no Paraná foi de 38,48%, no setor extrativo o índice cai para 13,20%. Esse resultado pode traduzir-se pelas condições do trabalho realizado, uma vez que em muitas empresas o uso de força é exigido de uma maneira constante e, em algumas vezes, até com risco de acidentes de trabalho acentuado.

Em relação a escolaridade, quase metade da população de trabalhadores do setor extrativo não concluiu o ensino fundamental, ou seja, não possui nove anos de estudo completos. Esse indicador é muito maior do que os resultados registrados para todos os segmentos pesquisados no Brasil e no Paraná, ambos perto de 20% dos pesquisados.

No período das avaliações do DSEV, quase 70% dos avaliados ganhavam entre um e três salários-mínimos, ficando abaixo dos resultados do Paraná e do Brasil. Na Tabela 1, nota-se que mais de 12% estão na faixa de rendimento abaixo de um salário-mínimo no setor extrativo. Pode-se inferir, quanto a essa última porcentagem, estagiários, menores aprendizes ou até mesmo pessoas que não souberam responder corretamente à questão.

Tabela 1
Distribuição dos respondentes DSEV no Brasil, Paraná e setor extrativo Paraná, segundo a renda individual

Distribuição proporcional segundo a renda individual	Brasil	Paraná	Setor Extrativo PR
Menos de 1 SM	3,59%	8,41%	12,19%
De 1 a 3 SM	76,05%	75,84%	69,90%
Maior que 3 até 5 SM	12,39%	8,93%	9,23%
Maior que 5 até 10 SM	5,12%	3,71%	4,38%
Maior que 10 SM	2,03%	1,58%	1,28%
Não sabe ou não respondeu	0,82%	1,53%	3,03%

Fonte: DSEV, elaborado pelos autores.

As doenças crônicas não adquiridas, em um curto espaço de tempo e na maioria das vezes, segundo o Ministério de Saúde (Brasil, 2016) são fruto do acúmulo de fatores de risco pelo indivíduo. De acordo com a entidade, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já eram responsáveis por 63% das mortes no mundo, em 2008, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2016).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2016), em 2013, mais de 70% das mortes no Brasil foram originadas pelas DCNT. O setor extrativista paranaense destaca-se negativamente nos indicadores de tabagismo atual (23,1%), consumo de gordura animal (58,18%), histórico familiar de diabetes (23,23%) e pré-obesidade (40,54%).

Encontramos na Tabela 2 a distribuição dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas. De maneira geral, os indicadores tanto para o setor extrativo como para os trabalhadores do Paraná e do Brasil não são os melhores. São considerados fatores de risco pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) a atividade física insuficiente, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, o consumo inadequado de frutas e hortaliças, o sobrepeso e a obesidade, os níveis alterados de pressão arterial e a hiperglicemia.

Quanto mais fatores de risco associados houver, maiores são as possibilidades de surgimento de uma das doenças que diminuem a qualidade de vida das pessoas. Os fatores de risco que podem levar ao aumento das DCNT estão associados principalmente a fatores sociais e comportamentais (Ministério da Saúde, 2016).

Tabela 2
Distribuição dos respondentes DSEV no Brasil, Paraná e setor extrativo Paraná, segundo os fatores de risco para doenças crônicas

Fatores de risco para doenças crônicas (frequência)	Brasil	Paraná	Setor Extrativo PR
Tabagismo atual	10,70%	11,58%	23,10%
Consumo de gordura animal	47,18%	48,74%	58,18%
Consumo de álcool em excesso	2,28%	1,27%	2,15%
História familiar de hipertensão	47,49%	45,77%	47,61%
Hipertensão arterial referida	9,63%	10,00%	14,55%
Obesidade	16,80%	15,46%	22,02%
Adição de sal à comida pronta	4,49%	5,06%	5,66%
Baixo nível de atividade física	68,03%	52,79%	47,81%
História familiar de diabetes	20,66%	20,25%	23,23%
Avaliação negativa da própria saúde	1,82%	2,45%	2,83%
Diabetes	2,36%	3,06%	4,85%
Obesidade central	23,04%	22,80%	18,92%
Ausência de frutas e verduras diariamente	72,32%	72,20%	72,39%
Pré-obesidade	37,20%	34,05%	40,54%

Fonte: DSEV, elaborado pelos autores.

A Tabela 3 trata da aglomeração de fatores de risco e percebe-se que no setor extrativo o número de trabalhadores com mais de três fatores associados está bem acima dos indicadores para os trabalhadores das indústrias brasileira e paranaense, acima de 70%. Esse indicador, associado aos outros já levantados, aponta para a necessidade de esclarecimentos e cuidados preventivos e de promoção da saúde para a população estudada.

Tabela 3
Distribuição dos respondentes DSEV no Brasil, Paraná e setor extrativo Paraná, segundo aglomeração de fatores de risco

Distribuição dos trabalhadores segundo aglomeração de fatores de risco	Brasil	Paraná	Setor Extrativo PR
Nenhum	0,96%	0,91%	0,61%
Um	9,21%	10,15%	6,40%
Dois	27,34%	27,95%	21,21%
Três ou mais	62,49%	60,99%	71,78%

Fonte: DSEV, elaborado pelos autores.

Dentro da avaliação feita pelo DSEV, há uma pergunta para o levantamento da morbidade referida, na qual se descreve: “Algum médico já disse que você tem ou teve ...”, e são apresentados alguns quadros nos quais o trabalhador pode marcar mais de uma modalidade. A

4 apresentada abaixo mostra a prevalência de doenças não transmissíveis.

Pode-se notar, na Tabela 4 que o diagnóstico de hipertensão já diagnosticada e com o trabalhador tendo conhecimento é quase 50% superior aos grupos do Brasil e do Paraná. A prevalência de diabetes representa o dobro dos trabalhadores avaliados no Brasil. Outro fator levantado é que a provável dependência de álcool é quase três vezes maior da média brasileira, e duas vezes maior do que a média paranaense. Mais de 20% dos avaliados relataram problemas na coluna ou nas costas. Os problemas auditivos já detectados foram apontados por mais de 11% dos trabalhadores, correspondendo a mais do que o dobro do descrito por todos os grupos econômicos.

A avaliação sobre a necessidade de tratamento odontológico é outro indicador levantado pela aplicação do DSEV que chama a atenção. Não apenas para os dados do setor extrativo no Paraná, mas para os dados do Brasil e do Paraná também. Mais de 45% dos trabalhadores do setor extrativo precisam de prótese total ou parcial – índice superior ao nacional e ao paranaense. Mais de 21% deveriam realizar a extração de pelo menos um dente, ou seja, não há mais possibilidade de tratamento odontológico.

A prevalência (ou acúmulo) de doenças não transmissíveis é outro ponto que se destaca. A hipertensão arterial já referida, associada ao colesterol elevado, à obesidade e à falta de atividade física, contribui para o aumento dos fatores de risco associado. Nota-se, na Tabela 5, que mais de 11% dos trabalhadores possuem mais de três DCNT – índice superior aos registrados nas médias das populações brasileira e paranaense. O setor extrativo apresenta valores maiores que as médias também para uma e duas doenças já diagnosticadas.

Tabela 4:
Distribuição dos respondentes DSEV no Brasil, Paraná e setor extrativo Paraná, segundo prevalência de doenças não transmissíveis

Prevalência de doenças crônicas	Brasil	Paraná	Setor Extrativo PR
Hipertensão arterial referida (1)	9,63%	10,00%	14,55%
Angina	0,46%	0,95%	1,14%
Infarto	0,43%	0,76%	0,94%
Acidente vascular cerebral (derrame)	0,49%	0,80%	1,08%
Insuficiência cardíaca	0,66%	1,29%	1,28%
Colesterol elevado	8,15%	8,10%	9,16%
Outras doenças do coração	1,60%	2,33%	2,36%
Diabetes (2)	2,36%	3,06%	4,85%
Doença renal crônica	1,40%	1,82%	1,89%
Obesidade (3)	16,80%	15,46%	22,02%
Bronquite ou asma	9,93%	10,52%	9,63%
Enfisema pulmonar	0,56%	1,12%	1,62%
Câncer	0,61%	0,89%	0,74%
Cirrose	0,45%	0,95%	1,48%
Provável dependência de álcool (4)	4,56%	6,06%	11,38%
Depressão referida (5)	4,57%	7,29%	6,67%
Transtornos mentais comuns (6)	8,10%	12,08%	8,48%
Artrite, reumatismo ou gota	2,10%	3,32%	3,43%
Problema da coluna ou das costas	12,20%	15,85%	20,94%
Tendinite, LER ou Dort	5,91%	7,85%	5,05%
Problemas auditivos	5,62%	6,68%	11,58%

(1) Hipertensão arterial referida: uso de anti-hipertensivos ou relato de diagnóstico médico prévio.

(2) Diabetes *mellitus* detectado por meio de diagnóstico prévio ou relato de uso de hipoglicemiantes.

(3) Obesidade: índice de massa corporal maior ou igual a 30,0 kg/m².

(4) Diagnosticado por meio da escala Cage, utilizada para detecção de adição ao álcool (a sigla vem do termo em inglês: *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eyeopener*).

(5) Relato de diagnóstico médico prévio de depressão.

(6) Transtornos Mentais Comuns (transtorno de depressão e ansiedade) – pontuação maior ou igual a 4 na escala GHQ12 (Questionário Geral de Saúde).

Fonte: DSEV, elaborado pelos autores.

Para apreender os dados apresentados pelo DSEV quanto aos trabalhadores do setor extrativo do Paraná, realizou-se algumas relações para tentar entender a situação de saúde da população estudada.

Começando pela distribuição etária, nota-se um grupo de trabalhadores do sexo masculino mais experiente, no qual a maioria está acima dos trinta e cinco anos de idade

e tem nível de escolaridade de ensino fundamental não concluído, sendo que quase 3% não estudaram.

Os fatores associados impactados pela natureza do trabalho, pela idade e pela escolaridade são a provável dependência de álcool, os problemas nas costas e coluna, e os problemas auditivos. Os dois últimos fatores podem ser respondidos pelas condições de trabalho não favoráveis em algumas empresas. Por mais que o ambiente de trabalho tenha melhorado e incorporado várias tecnologias nos últimos tempos, muitos trabalhadores ainda/já trabalharam em condições de esforço físico, e hoje o corpo sente a ação desse esforço.

Tabela 5

Distribuição dos respondentes DSEV no Brasil, Paraná e setor extrativo Paraná, segundo relato de doenças crônicas.

Distribuição proporcional segundo o relato de doenças crônicas	Brasil	Paraná	Setor Extrativo PR
Nenhum	61,01%	56,74%	50,51%
Um	23,58%	23,58%	25,19%
Dois	9,16%	10,72%	12,73%
Três ou mais	6,25%	8,96%	11,58%

Fonte: DSEV, elaborado pelos autores.

Ainda, os trabalhadores do setor extrativo apresentam alguns indicadores negativos para a saúde, aliados ao envelhecimento, os quais são superiores aos demais segmentos econômicos. Essa análise do segmento extrativo sugere que devemos olhar com atenção aos dados apreciados. O envelhecimento da população pode implicar no aumento da incidência de DCNT, visto que, estatisticamente, a taxa de prevalência é maior em grupos mais velhos.

Estilo de vida dos profissionais - Resultados das entrevistas

Para citação neste trabalho, os participantes serão identificados aleatoriamente pelo nome de matérias-primas encontradas dentro da extração mineral no estado do Paraná: Xisto, Calcário, Argila, Carvão, Chumbo, Talco, Granito e Mármore.

O estudo, a partir dos dados do Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (AEAT) de 2014 (Brasil, 2016), mostra que no setor extrativo acontecem 86% mais acidentes por mil trabalhadores do que a média dos acidentes em todos os demais segmentos que empregam no Brasil. O risco de óbito é quase 4 vezes maior, bem como

ocorrem mais do que o dobro de óbitos a cada mil acidentes registrados. Fomos investigar, no relato de nossos entrevistados, se as causas desses altos índices têm relação com a qualidade de vida dos trabalhadores. Sobre o tema de acidente de trabalho, Talco, um dos nossos entrevistados relatou:

“Ah, eu... durante esse período que eu trabalho aqui na firma aqui eu já sofri três acidentes, né? Três acidentes. Daí... o mais grave está fazendo o que... um... acho que uns três anos mais ou menos, que eu tive um acidente que... eu quebrei o pé, em dois lugares. E daí por causa desse acidente eu fiquei... dois meses encostado. Foi a única vez que eu dependi de tá ocupando médico volta e meia, por causa que eu estava com o pé quebrado, mas não por causa de... problema de saúde, outras coisas não.”

O relato acima é de um trabalhador de 50 anos, que desenvolve suas atividades como operador de britagem, e seu salário estava na faixa de R\$ 1.400,00. Para incrementar o salário, ele declara que faz horas extras, inclusive nos fins de semana. Sobre o seu dia de trabalho, contou:

“Ah, eu acordo, vamos supor, 6h30 da manhã. Eu saio de casa 7h para mim ir pro serviço. Vou de bicicleta, ou vou de carro. Daí lá na firma eu faço meu expediente de serviço, né? Faço meu horário... e daí de tarde termino o horário, bato o cartão e venho embora... Tomo um golinho de café bem cedo... mas só para disfarçar. Mas o café mesmo eu tomo na firma... almoço também na firma. (come alguma coisa à tarde?) A tarde não, só em casa, depois que chega em casa... geralmente eu tomo um café, ou... se eu não tomo café eu janto. ...E daí eu... lá por 9h30/10h mais ou menos eu vou dormir... final de semana, geralmente, quando tá apurado a firma convoca eu para vim trabalhar.”

Quando perguntado sobre o que faz para cuidar da saúde, respondeu:

“O que que eu faço? Eu sou uma pessoa saudável sabe... eu não... não tenho problema de saúde... dizer que volta e meia tá indo em hospital e posto de saúde... isso é... muito muito difícil acontecer. É muito difícil mesmo... Não...eu já fui em médico. Mas... por causa de outras coisas, mas não por causa de... saúde, de doença, isso aquilo... Por causa de acidente, daí já tive em médico.”

O trabalhador considera-se uma pessoa saudável, que não tem problemas de saúde, e que só foi ao médico quando sofreu acidentes ou sentiu uma indisposição, a qual, segundo ele, foi “dor de barriga”.

Os dados da pesquisa do DSEV indicam que o diagnóstico de hipertensão é 50% superior aos trabalhadores do Brasil e do Paraná. Esses são índices computados por meio de dados autodeclarados pelos trabalhadores, portanto, casos já diagnosticados com o trabalhador tendo conhecimento. Assim, o índice pode ser ainda maior se considerarmos os índices da população brasileira referentes a casos ainda não diagnosticados. De acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL (Ministério da Saúde, 2016), 25,7% da população brasileira tinha diagnóstico de hipertensão arterial em 2016, contra 22,5% em 2006, ano em que foi realizada a primeira pesquisa. A média no estado do Paraná é de 25,9%.

Dois trabalhadores declararam ter sido diagnosticados com hipertensão. O trabalhador Carvão possui 49 anos, com salário de base da categoria de R\$ 3.843, relatou:

“Olha... se eu consultei... comecei com 3 meses... a cada 3 meses, só para... pegar receita lá, para pegar o remédio de pressão. Agora, mudou lá para 6 meses, mas é só pra isso.... No posto de saúde... Daí eu vou lá e... só mede a pressão e me dá a receita... já.”

Quando perguntado se faz exames cardiológicos esse trabalhador indicou:

“Não... esse eu tenho que fazer ainda... no Senai lá, no Sesi. Ah, faz anos já que eu fiz, daí... não tinha feito, né. Agora veio para nós fazer...Nunca fiz teste de esteira.”

O trabalhador Chumbo, de 55 anos, na empresa há mais de 20 anos, atua no setor de manutenção, e seu salário era em torno de R\$ 4.600,00. Relatou que:

“Só ia no médico para trocar a receita... que eu tomo um... remédio para pressão... (descobriu que tinha problema de pressão). No periódico... já faz uns 5 anos...”

Como observado na Tabela 3, os trabalhadores do setor extrativo apresentam indicadores acima das médias paranaenses e brasileiras no que se refere ao acúmulo de fatores de riscos associados.

Apenas um dos entrevistados relatou possuir uma rotina de fazer atividade física, como andar de bicicleta com frequência. Argila possui 69 anos, tem curso superior, e seu salário era de aproximadamente R\$ 3.800,00:

“Ando de bicicleta... assim, para me manter sempre ativo. Sempre de... sempre mexendo, sempre trabalhando ou praticando esportes... tomar sol tal e tal. Ah, eu

procuro, de propósito assim, estar exposto ao sol... mas por pouco tempo. ... eu não me descuido... alimentação. Alimentação para mim é uma coisa assim que a gente deve... eu me alimento... aliás, eu como para viver, e não vivo pra comer... pego todo aquele anel de gordura lá eu boto fora... Alimentação e atividade física...”

Observa-se situações opostas narradas por dois entrevistados. O entrevistado Xisto, de 27 anos, ensino médio incompleto, trabalha no setor de balança, ganha aproximadamente R\$ 2.400,00, e diz precisar fazer “umas extrinhas” para completar o salário. Sobre o que faz para se cuidar, como praticar alguma atividade física, disse:

“Ultimamente nada, viu? Não, pior que não.”

Nas palavras de Mármore, com 46 anos (ensino médio completo, trabalha no setor de produção, salário em torno de R\$ 2.550,00) em resposta sobre o que tem feito de atividade física:

“É... tudo o que eu devia fazer acho que não né... porque exercício é pouco. A não ser correr aí dentro né... mas, assim, fazer exercício não...”

Os demais trabalhadores indicam que as ações que tomam para cuidar da saúde são, basicamente, cuidar da alimentação, e não fumar ou ingerir pouca bebida alcoólica.

Nos relatos dos trabalhadores entrevistados, dois expuseram que já havia algum tempo que não iam com regularidade ao consultório odontológico. Esses dois participantes são os entrevistados que possuíam a menor taxa de escolaridade – 2º ano do fundamental e outro que nunca frequentara a escola –, e os menores salários, respectivamente de R\$ 1.400,00 e R\$ 1.200,00.

A fim de identificar quais eram as ações dos entrevistados para correlacionar possíveis agravos à saúde e antecipar possíveis doenças, perguntamos aos trabalhadores sobre a rotina com exames médicos, questionando qual foi a última vez que fizeram/se fizeram exame de sangue, e qual foi a última vez que procuraram um cardiologista. Carvão relatou que foi diagnosticado com pressão alta em um exame periódico dentro da empresa. Outros trabalhadores também relataram participar somente dos exames periódicos promovidos pela empresa e das consultas médicas e exames exigidos por essa rotina.

O único trabalhador que possui plano de saúde próprio (e é pago por ele) é Argila. Descreveu uma rotina que vai além dos exames periódicos descritos na NR 7. Em suas palavras:

“Ah... bastante. É... Precaução. Na maioria das vezes foi por precaução... Então, é... urologista, é... cardiologista, é... todos os outros médicos é tudo para controle. (exame sangue): Foi quando eu voltei no gastro... é... aí ele pede aquele exame geral, completo, né? Voltei ali no começo de setembro. (Cardiológico): Foi em agosto. É... inclusive fiz teste de esteira e tal...”

Perguntamos aos oito trabalhadores o que eles entendiam por saúde. Nas das respostas identificamos afirmações que apontam apenas para a ausência de doenças ou estar bem, conforme abaixo:

“tá bem, não ter gripe, não ter nada... o que você for fazer você conseguir fazer... tanto caminhar bastante ou conversar, jogar bola, essas coisas... e isso... isso que é para mim saúde. Saúde boa...” (Xisto)

“A saúde, para mim, é o... Eu... eu estar bem... comigo mesmo. É... eu estar bem, para sair, dormir bem... eu acordar... de bem com... não de mau humor, né? Tá de bem com a minha família...” (Calcário)

“Saúde é tudo para gente, né...A pessoa ter saúde? Que nem dizia um cara... é tudo de bom, né? Ah, saúde é tudo, né. Uma pessoa que tem saúde é uma pessoa que não vai no médico... só... eu não, é difícil assim eu ficar doente, assim... é só gripe.... disse assim ó "é bom você tomar dois, para você controlar toda vida". Mas, eu já fiquei, assim, 2/3 dias sem tomar.... tomando remédio fazendo uns 13/14 anos... Daí quando começou a querer tomar dor de cabeça eu tomei...”(Carvão).

Tudo, né?... Primeiro plano, no meu ponto de vista. Porque se você não tiver saúde... nada funciona.” (Chumbo).

“Ah... a saúde para pessoa, eu acho que é a pessoa se sentir uma pessoa disposta, né... com coragem para enfrentar... o dia a dia, ...A saúde... quer dizer que se a pessoa não tem saúde, a pessoa não tem como disposição, né? Pra encarar o dia a dia né...” (Talco).

“A saúde é a coisa mais importante da vida da gente. Daí a pessoa trabalha, come bem e vive... Porque a pessoa sem saúde... não é nada na vida...” (Granito).

“Saúde... a gente tem... várias formas de ver, mas acho que o principal é você está bem, né... saúde é você não ter dor, é poder aproveitar a vida ... de um modo geral.” (Mármore).

Destoando das respostas acima, o conceito de saúde desenvolvido por Argila:

“Saúde é... o bem estar. Saúde é o alicerce no qual você tem que se apoiar, e este alicerce tem que estar sólido, íntegro, inteiro, entendeu? Então, é... essa definição de saúde, ao meu modo de ver, começou a acontecer depois dos 40 anos. Porque até os 40 anos é tudo a Deus dará... tal... então, é... já tive problemas seríssimos de cálculos renais. Mas também a minha família todinha teve...”

Identificamos, ao final de nossa pesquisa, que a maior parte dos trabalhadores não pratica atividades físicas com frequência, são mais reservados em suas relações interpessoais, não participam de festas ou visitas à residência de pessoas que não são de suas famílias.

A maioria dos trabalhadores entrevistados enquadra-se no perfil traçado pelo DSEV, principalmente no que concerne aos dados referente à escolaridade, idade e faixa salarial. As rotinas de saúde e consulta com profissionais de saúde foram realizadas em exames periódicos obrigatórios e exigidos na NR 7 Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

Discussão

Ao avaliar o estilo de vida e a saúde dos trabalhadores da indústria extrativa do Paraná, por meio do DSEV, encontrou-se indicadores desfavoráveis maiores do que os de todos os trabalhadores do Paraná e do Brasil. Deparamo-nos com os seguintes dados: a dependência de álcool (11,38%), a hipertensão arterial referida (14,55%), os problemas nas costas e coluna (20,94%), e os problemas auditivos (11,58%). Os dois últimos itens podem ser justificados pelas condições de trabalho não favoráveis em algumas empresas, como maquinário antigo e exigência postural precária. Por mais que o ambiente de trabalho tenha melhorado e incorporado várias tecnologias nos últimos tempos, muitos trabalhadores ainda trabalham em condições de esforço físico.

Observamos que, para a maioria dos participantes, as respostas dos trabalhadores apontam para a ideia de saúde como ausência de doença ou estar bem fisicamente. Apenas um dos entrevistados, o único com curso superior, compreende saúde como um bem-estar que envolve atividade física, alimentação, relacionamento interpessoal e família como pilares para a melhoria de condição de vida.

Percebemos, ainda, que apesar da luta dos trabalhadores brasileiros pela ampliação de seus direitos para a melhoria das condições de saúde e pela defesa da saúde pública

como um direito universal, boa parte dos trabalhadores que participaram da pesquisa fez ou faz seus monitoramentos e controles de saúde apenas nos exames periódicos que estão dentro do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – uma exigência legal prevista na NR 07. Foi por meio dos exames promovidos pela empresa que alguns trabalhadores descobriram estar com alterações na pressão arterial, ou dores. Foi também por meio dessa intervenção que vários colaboradores realizaram exames de rotina, como exame de sangue, pressão arterial ou eletrocardiograma. O cumprimento da legislação por parte da empresa tem ajudado na prevenção e no monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis.

Quanto à questão apresentada sobre como os trabalhadores do setor extrativo do Paraná vivenciam a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2012), chegamos à conclusão de que os trabalhadores entrevistados não têm acesso e não participam como membros da comunidade e do controle social da política de saúde. Também as outras diretrizes da Política não se efetivam em serviços de saúde para os trabalhadores do setor extrativo do Paraná, e o único acesso aos serviços de saúde que os entrevistados tiveram foi por meio das ações promovidas pela empresa em que trabalhavam.

Conclusão

A realidade da qual nos aproximamos confirma as informações indicadas nas publicações da área (Artur, 2015; Gomes e Lacaz, 2005; Lacaz, 2007; Hoefel e Severo, 2011). Esses estudos, por sua vez, apontaram para ações precárias e institucionais desarticuladas, em que grandes contingentes de trabalhadores estão fora do alcance da política de saúde, não sendo considerados protagonistas na condução dos processos da política de saúde.

Por um lado, o Brasil tem uma política de saúde pública que pretende ser universal, por outro lado, o serviço não atende aos trabalhadores. A realidade que conhecemos com essa pesquisa foi de que embora a saúde seja um direito universal, os trabalhadores só têm acesso aos exames de saúde oferecidos pela empresa. Portanto, na prática, o serviço de saúde ainda funciona no modelo anterior, vinculado aos locais de trabalho, revelando a perspectiva dos conceitos da Saúde Ocupacional, a qual foi objeto de críticas pelo

movimento de luta dos trabalhadores e dos setores democráticos do Brasil, nos anos 70 e 80 do século passado.

Minayo-Gomez e Fonseca Thedim-Costa (1997) desenvolveram uma pesquisa há 20 anos em que relatam o esforço em pensar e criar políticas públicas para a saúde do trabalhador, mas que muitas vezes não são suficientes. Colocam a importância da participação da iniciativa privada como parceira na construção de uma rede de proteção aos trabalhadores. Reconhecem que:

...para o setor público de saúde, do âmbito municipal ao federal, é premente a necessidade de consolidar ações de saúde do trabalhador que abranjam da vigilância à assistência em seu sentido amplo. Porém, a limitada intervenção da Saúde Pública num campo que nunca foi objeto central de preocupação, agudizada pelos percalços da gestão financeira e de recursos humanos na implementação do Sistema Único de Saúde, tem se refletido na tendência de tratar como questão menor a atenção integrada, mas diferenciada, aos trabalhadores. Essa ausência de respostas efetivas vem servindo de justificativa para que o setor privado se incumba gradativamente de determinadas tarefas que, em princípio, seriam um compromisso fundamental do Estado (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997, p. 31).

A luta dos trabalhadores e trabalhadoras do setor de extração mineral ainda está no começo. Não podemos responsabilizar as pessoas por suas condições de saúde. Há a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas que abordem a promoção de saúde de forma interdisciplinar e em vários contextos: nas empresas, nas escolas e nos lares. Para uma maior visibilidade e encontro de caminhos em relação aos cuidados com sua saúde a questão precisa ser problematizada a partir da perspectiva de gênero (Figueiredo, 2005; Schraiber et al, 2010). Somente quando todos os atores desse grande espetáculo forem verdadeiros parceiros em prol da melhoria da saúde dos trabalhadores é que avançaremos e atingiremos os mais elevados indicadores sociais, com a melhoria da vida dos nossos trabalhadores.

Referências

Alves, R. F., Lima, A. G. B., Souza, F.M., Ernesto, M.V., Silva, R.V. (2011) Saúde do homem na interface com Psicologia da Saúde. In: ALVES, R.F. (Org.) *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB, 346 p.

- Antunes, R. (1982) A classe operária e a objetivação do capitalismo no Brasil. In: *Classe Operária, Sindicatos e Partido no Brasil – Da Revolução de 30 até a Aliança Nacional Libertadora*, São Paulo: Cortez. (p. 39-56)
- Arruda, G. O., Mathias, T. A. F., & Marcon, S. S. (2017). Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 279-290. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.20532015>
- Artur, K. (2015). Participação e direito à saúde dos trabalhadores. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 853-868. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015133201>
- Brasil. Ministério da Previdência Social. (2016) Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho. AEAT. 2014. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-sst>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL*. Recuperado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/12/Lancamento-resultados-2016.pdf>
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>
- Gomes, R., Nascimento, E. F. & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
- Gomez, C. M., & Lacaz, F. A. C. (2005). Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 797-807. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>
- Hammerschmidt, Karina Silveira de Almeida, & Santos, Silvana Sidney Costa. (2009). Família: redes, laços e políticas públicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 1203-1208. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000400016>

- Hoefel, M. G. L., Severo, D.O. (2011). Participação social em saúde do trabalhador: avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*; 5 (4): 119-138
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE.(1994) Comissão Nacional de Classificação. Disponível em: <http://concla.ibge.gov.br/classificacoes/portema/atividades-economicas/classificacao-nacional-de-atividades-economicas.html>
- Lacaz, F. A. C. (2007). O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 757-766. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>
- Minayo-Gomez, Carlos, & Thedim-Costa, Sonia Maria da Fonseca. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(Suppl. 2), S21-S32. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>
- Moura, E. C., Santos, W., Neves, A. C. M., Gomes, R., & Schwarz, E. (2014). Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 429-438. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>
- Organização Mundial da Saúde. OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde: redução dos riscos, promoção da vida saudável*. Genebra: OMS.
- Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012 (2012) Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Ministério da Saúde. Recuperado em 10 novembro, 2015, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
- Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R., Silva, G. S. N. da, & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 961-970. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>
- Serviço Social da Indústria. (2014) *Diagnóstico de saúde e estilo de vida do trabalhador da indústria. Manual de instruções para operacionalização do diagnóstico*. (DSEV). Brasília: SESI.

