

Informe técnico

Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador

O desafio de construir a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes trabalhadores no Sistema Único de Saúde – SUS

National Health Politics for the Eradication of Child Labor and Protection of Adolescent Workers

The challenge of building a comprehensive health care of children and teenagers workers in Sistema Único de Saúde – SUS

Simone Alves dos Santos

Centro de Vigilância Sanitária. Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador. DVST/CEREST Estadual/CVS/CCD/SES, São Paulo, Brasil.

Menino das Laranjas

<i>Menino que vai pra feira</i>	<i>Lá no morro a gente acorda cedo</i>
<i>Vender sua laranja até se acabar</i>	<i>E é só trabalhar</i>
<i>É filho de mãe solteira</i>	<i>Comida é pouca e muita a roupa</i>
<i>Cuja ignorância tem que sustentar</i>	<i>Que a cidade manda pra lavar</i>
<i>É madrugada, vai sentindo frio</i>	<i>De madrugada ele, menino, vem pra feira</i>
<i>Porque se o cesto não voltar vazio</i>	<i>Tentando encontrar</i>
<i>A mãe já arranja um outro pra laranja</i>	<i>Um pouco pra poder viver até crescer</i>
<i>Esse filho vai ter que apanhar</i>	<i>E a vida melhorar</i>
<i>Compra laranja, doutor;</i>	
<i>Ainda dou uma de quebra pro senhor!</i>	

Compositor: Theo de Barros

Introdução

A inserção de crianças e adolescentes no mundo do trabalho ainda é realidade em nosso país. Eternizada por Elis Regina, a música composta por Theo de Barros em 1965 conta a história, muito atual, do menino das laranjas, que acorda cedo para vender frutas e ajudar a mãe no sustento do lar.

É uma situação cotidiana, que foi recentemente demonstrada em dados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Mapa de Indicadores sobre Trabalho Infantil* escancara essa realidade, com base nos resultados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios, referente ao Censo Demográfico 2010.

Em relação aos anos anteriores, os dados apresentados até mostram que houve redução.

Porém, ainda eram 3,4 milhões de brasileiros entre 10 e 17 anos trabalhando na semana de referência da pesquisa. Dentre os paulistas foram 553.912, correspondendo a 10,4% do total de crianças e adolescentes dessa faixa etária no estado.

Trabalhar é proibido para crianças de 10 a 13 anos, entretanto, 71.172 (2,7%) encontravam-se ocupadas na semana de referência em São Paulo. Entre 14 e 15 anos, faixa em que se admite o trabalho na condição de aprendiz, eram 123.544 (9,1%) jovens trabalhando. Os adolescentes entre 16 e 17 anos, que podem trabalhar, exceto nas atividades perigosas e degradantes que compõem a Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil, 359.197 estavam ocupados, o que corresponde a 27,5% do total dessas idades.

*<http://censo2010.ibge.gov.br/trabalho infantil/>

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador – edição 2011-2015 – trabalho infantil refere-se “às atividades econômicas ou atividades de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não, realizadas por crianças ou adolescentes em idade inferior a 16 (dezesseis) anos – ressalvada a condição de aprendiz a partir dos 14 (quatorze) anos, independentemente da sua condição ocupacional”.

O Plano traz também o conceito de proteção ao adolescente trabalhador, considerando “todo trabalho desempenhado por pessoa com idade entre 16 e 18 anos e, na condição de aprendiz, de 14 a 18 anos, conforme definido pela Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998”.

As ações do poder público e o avanço no ordenamento jurídico brasileiro sobre a questão devem ser celebrados, assim como a forte mobilização da sociedade civil em favor das crianças e dos adolescentes.

Embora os índices mostrem redução, milhares deles, em plena formação física, emocional e social, ainda estão inseridos em situações reconhecidamente precárias de trabalho. Os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em crianças e jovens resultam em sequelas que os incapacitam para a vida e comprometem seu futuro profissional.

Outros números demonstrados na PNAD 2010 salientam o problema e reforçam a necessidade de ações voltadas à garantia dos direitos previstos às crianças e adolescentes na Constituição Federal de 1988 – “direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao

respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Ainda sobre os dados do estado de São Paulo, o universo de crianças e adolescentes trabalhadores era majoritariamente masculino. Dentre os homens, eram 11,9% os ocupados – somando 320.587. Enquanto entre as mulheres, 8,9% – 233.325 – estavam ocupadas.

Abaixo apresentamos três variáveis, analisadas em cada estrato, sobre crianças e adolescentes ocupados: local de residência, não frequência à escola e não remuneração pelo trabalho realizado. A PNAD 2010 fornece outras importantes informações, que devem ser analisadas para subsidiar a definição e o planejamento de ações voltadas ao enfrentamento dessa dura realidade.

Daqueles com menos de 13 anos e 11 meses, cujo trabalho é inadmissível, 71.172 exerciam alguma atividade na semana de referência: 64.564 residentes na área urbana e 6.608 na área rural; 35,6% (25.351) não eram remunerados no trabalho principal; e 20% (14.254) não frequentavam escola.

Aqueles trabalhadores entre 14 e 15 anos – 123.544 crianças – 114.346 eram residentes na área urbana e 9.198 na área rural, 13,9% (17.123) não eram remunerados e 14,5% (17.854) não frequentavam a escola.

Importante destacar o prejuízo causado às crianças que trabalham em relação à frequência escolar. Comparando a variável no universo dos que não trabalhavam, o percentual é de apenas 2,5% (63.458) dentre aqueles com menos de 13 anos e 5,7% (70.565) no grupo de 14 e 15 anos.

Já os 359.197 jovens de 16 e 17 anos ocupados: 340.710 residentes na área urbana e 18.487 na área rural; 24,9% (89.472) não frequentavam escola; e 4,1% (14.733) não eram remunerados pelo trabalho realizado. Ressalte-se ainda que apenas 43,9% (157.517) tinham carteira de trabalho assinada.

Há que se destacar os diversos fatores que contribuem para a inserção precoce de crianças e adolescentes no mundo do trabalho. Um deles: a pobreza e desemprego dos pais, que leva à necessidade de complementar a renda familiar. Outro: a falta de acesso a bens e serviços, item fortemente estimulado pelas necessidades impostas pela sociedade de consumo. Mais um: a própria estrutura do mercado de trabalho, que oferece condições apropriadas para absorver esse tipo de mão de obra. E o último, sem esgotar os motivos: o fato de o trabalho ser visto pela sociedade como disciplinador, formador e preventivo da marginalidade.

Sobre este último motivo, Nobre (2003) aponta que pessoas e institutos importantes como a escola, as equipes de saúde e as próprias famílias utilizam estas justificativas para defender o trabalho de crianças e adolescentes de classes sociais desfavorecidas. Ao contrário, as classes sociais ricas valorizam os aportes educacionais e culturais na formação das crianças, e não o trabalho. Tal concepção reforça as situações de exclusão social.

Ainda nesta análise, cabe mencionar as dificuldades da sociedade em observar os efeitos negativos do trabalho, como geradores de doenças e acidentes. No Brasil, os acidentes de trabalho ocupam índices preocupantes, consequência de más condições, caracterizadas por situações de risco à saúde presentes no cotidiano dos trabalhadores. A teoria de culpar as vítimas

pela ocorrência de seus próprios infortúnios ainda é vigente, sendo atribuído como causas ou descuido, comportamentos fora do padrão, falhas dos operadores (ações ou omissões), desrespeito à norma ou prescrição de segurança, entre outras (Vilela, Iguti e Almeida, 2004).

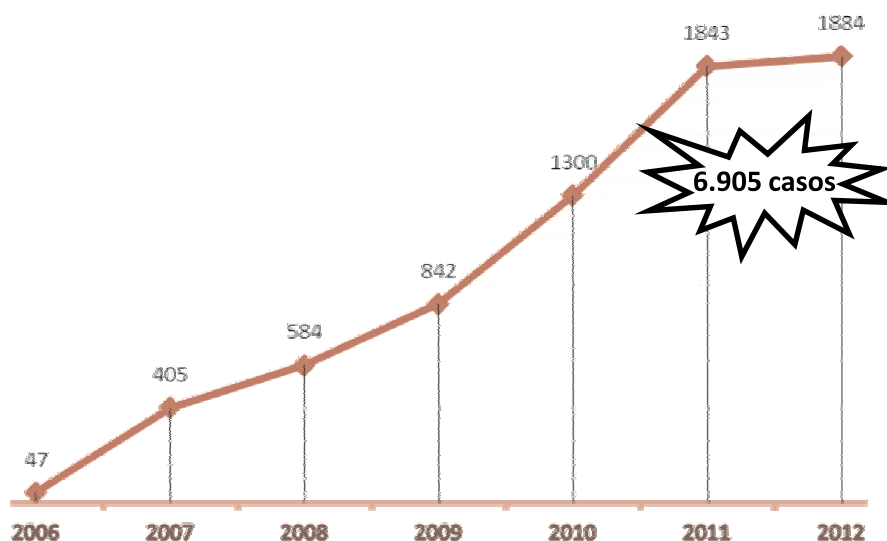
O trabalho realizado em condições precárias acarreta prejuízos, por vezes permanentes, à saúde dos trabalhadores adultos. Nesse cenário perverso encontram-se crianças e adolescentes que, apesar de toda a proteção legal e do avanço científico, têm afetadas sua integridade física e psicológica, com interferências no processo de construção da identidade e no desenvolvimento social (Garbin, Santos e Carmo, 2004).

Diante desse cenário e alusivo ao Dia Mundial contra o Trabalho Infantil (12 de junho), a Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador e o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador reforçam, neste informe técnico, o compromisso do SUS no estado de São Paulo na organização e desenvolvimento de ações efetivas, que contribuam para a erradicação no trabalho infantil e para a proteção do adolescente trabalhador.

Situação Epidemiológica no Estado de São Paulo

Com base nos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN – foram registrados, no estado de São Paulo, 6.939 acidentes em pessoas de 10 a 17 anos, no período de 2006 a 2012. O gráfico 1 mostra a evolução das notificações, de onde se verifica que vem aumentando a cada ano.

Conforme pode-se observar na tabela 1, o maior número de registros é de meninos (77,8%), na faixa etária entre 16 e 17 anos (91%).



Fonte: SINAN-ST – setembro de 2013 (dados preliminares)

Gráfico 1. Distribuição das notificações de acidentes de trabalho em pessoas de 10 a 17 anos, segundo ano. Estado de São Paulo, 2006-2012

Tabela 1. Trabalhadores entre 10 a 17 anos, vítimas de acidente de trabalho, segundo sexo e faixa etária. Estado de São Paulo, 2006-2012

Variáveis	Nº	%
Total	6.905	100
Sexo		
Masculino	5.369	77,8
Feminino	1.536	22,2
Faixa Etária (anos)		
10 a 13	74	1,1
14 a 15	547	7,9
16 a 17	6.284	91,0

Fonte: SINAN-ST – setembro de 2013

No mapa 1 chama a atenção, além do município de São Paulo, com 1.877 casos, e demais municípios da Região Metropolitana, com 543 casos, os municípios de Franca e São José do Rio Preto, com 684 e 517 casos, respectivamente. São 24 municípios, com um total de 3.621 notificações, representando 52% do total de casos registrados no sistema, no período de 2006 a 2012.

Verifica-se, no gráfico 2, que os casos de acidentes de trabalho em menores de 18 anos tem sido notificado em diversos pontos da rede de atenção à saúde, desde a atenção básica, destacando-se os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador –

CEREST, responsáveis por 26% (1.830) das notificações.

A tabela 2 mostra as consequências que os acidentes representam para a vida destes indivíduos ainda em formação. Mesmo que se tenha um número considerável de informações ignoradas, 2.247 (32,5%) tiveram incapacidades temporárias, 92 (1,3%) incapacidades permanentes e 26 (0,4%) foram a óbito pelo acidente de trabalho.

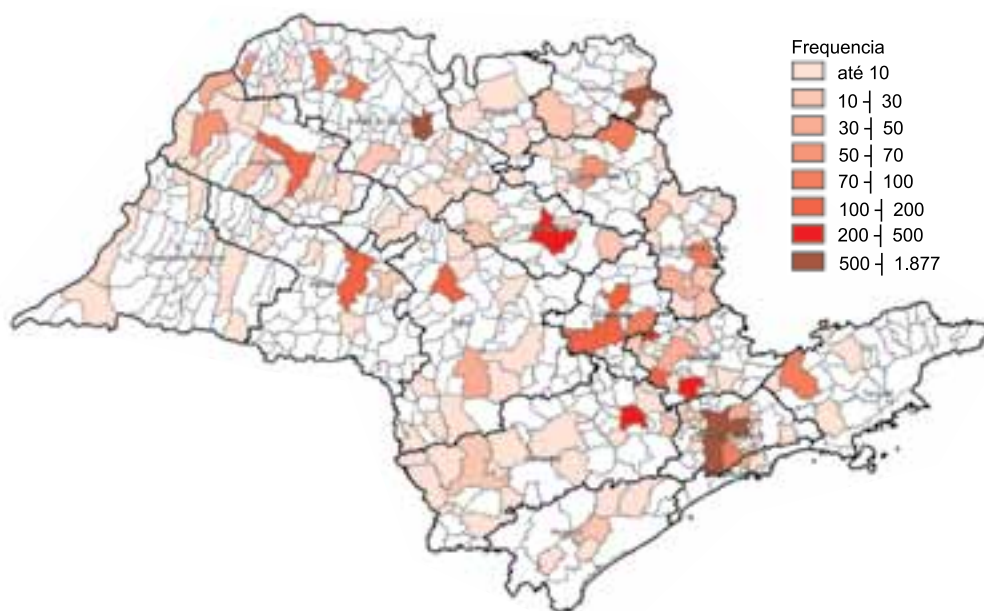
Embora os números apresentados sejam expressivos, deve-se considerar que os dados oficiais são parciais – a subnotificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho ainda é uma realidade no país, dificultando o conhecimento sobre do que adoecem e morrem os trabalhadores brasileiros.

Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Trabalhadores

Para estruturar as ações do setor Saúde, o Ministério da Saúde instituiu em 2003 a Política Nacional de Saúde para a Erradicação do

Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente. O objetivo da Política é “promover ações educacionais, de vigilância e de atenção, contribuindo para a prevenção e a identificação

do trabalho infantil, apontando prioridades de erradicação do ponto de vista da saúde, bem como prestar atenção integral à saúde dos trabalhadores precoces”.



Mapa 1. Distribuição das notificações de acidentes de trabalho em pessoas de 10 a 17 anos, por Município e Departamento Regional de Saúde. Estado de São Paulo, 2006-2012

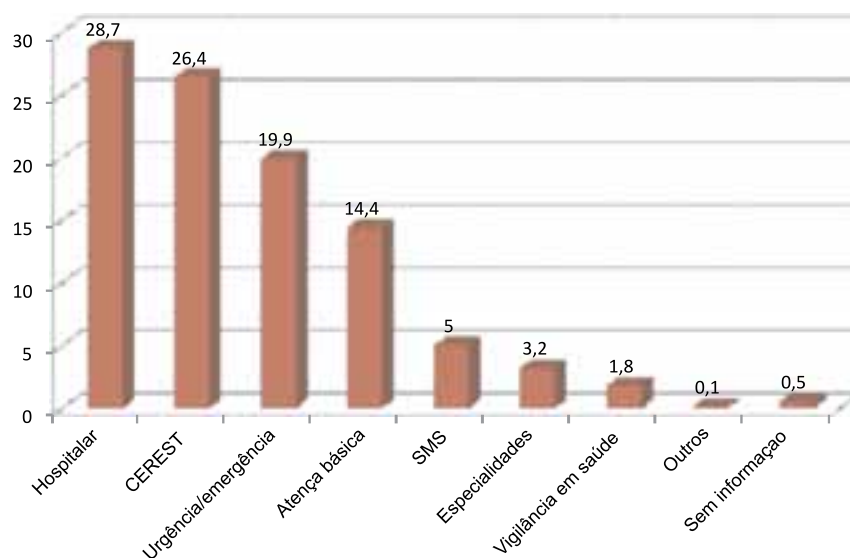


Gráfico 2. Distribuição percentual das notificações de acidentes de trabalho em pessoas de 10 a 17 anos, segundo tipo de unidade notificadora. Estado de São Paulo, 2006-2013

Tabela 2. Trabalhadores entre 10 a 17 anos, vítimas de acidente de trabalho, segundo evolução do caso. Estado de São Paulo, 2006-2012

Evolução caso	Nº	%
Ign/Branco	1.234	17,9
Cura	3.263	47,3
Incapacidade Temporária	2.247	32,5
Incapacidade parcial permanente	92	1,3
Incapacidade total permanente	6	0,1
Óbito pelo acidente	26	0,4
Óbito por outras causas	4	0,1
Outra	33	0,5
Total	6.905	100,0

Constituem diretrizes da política:

- Promover o conhecimento acerca do impacto do trabalho infantil sobre a saúde,
- Monitorar a ocorrência do trabalho infantil e o impacto sobre a saúde,
- Organizar a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos e
- Capacitar recursos humanos da área da saúde.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou, em edição especial, o documento “Trabalho Infantil: Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos”, apresentando os caminhos para o processo de organização das ações nos diversos pontos da rede de atenção à saúde no SUS.

Qualquer serviço de saúde que assista crianças e adolescentes deve identificar, acolher adequadamente e notificar no SINAN casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, conforme determina a Portaria MS nº 104/2011. Avaliar a associação entre o trabalho, atual ou progresso, e os problemas de saúde apresentados constitui o foco da ação.

Incorporar o trabalho na investigação das causas de doenças na população infanto-juvenil deve fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde. Ao passo que, não prever a exposição ocupacional como determinante da doença pode comprometer o diagnóstico e tratamento, agravar o quadro (manutenção da exposição ao agente causal) e produzir incapacidades permanentes.

Nas diretrizes são apontadas etapas de trabalho e recomendações para os profissionais de saúde, que servem de base para estruturar a rede visando à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos:

- Identificação da situação de trabalho e escolar de todas as crianças e adolescentes que comparecerem ao serviço de saúde.
- Utilização do conceito amplo de trabalho, que inclui atividades informais, os trabalhos domiciliares, familiares, atividades consideradas “ajuda”, não remunerado ou com benefícios secundários, como casa e comida.
- Utilização das definições presentes na legislação brasileira para determinar a ilegalidade do trabalho com especial atenção à condição de aprendiz.
- Consulta à lista do Ministério do Trabalho e Emprego sobre Trabalho Infantil Perigoso (TIP) na determinação da ilegalidade do trabalho na adolescência.
- Investigação da história ocupacional progressiva, visando ao estabelecimento da possibilidade denexo ocupacional, com atividades desenvolvidas previamente.
- Promoção de ações para afastar imediatamente do trabalho crianças

e adolescentes inseridos em formas inquestionavelmente piores de trabalho infantil. São elas: exploração sexual comercial, trabalho escravo, trabalho em atividades ilícitas, com especial atenção no tráfico de drogas, e trabalhos em circunstâncias suscetíveis de prejudicar a saúde, a segurança e a moral.

- Notificação no SINAN dos casos de acidentes de trabalho com crianças e adolescentes.
- Realização de atividades de educação em saúde e segurança no trabalho, mesmo quando crianças e adolescentes não estiverem inclusos no mercado de trabalho.
- Articulação com escolas, empresas, programas de transferência de renda, programas de capacitação e treinamento para o trabalho, centrais de atendimento aos trabalhadores, órgãos responsáveis pela defesa dos direitos das crianças e adolescentes, setores de inspeção do trabalho e redes sociais de apoio.
- Vigilância sistemática dos ambientes e condições de trabalho de empresas que empregam adolescentes.
- Conhecimento do perfil das atividades produtivas locais, de modo a permitir um adequado planejamento das ações a serem implementadas.
- Por se tratar de crianças e adolescentes, há que se cuidar especialmente dos aspectos éticos profissionais, como a questão do sigilo e confidencialidade das informações prestadas pela clientela, e a obrigatoriedade da notificação aos responsáveis, ou no caso da ausência destes, ao Conselho Tutelar.

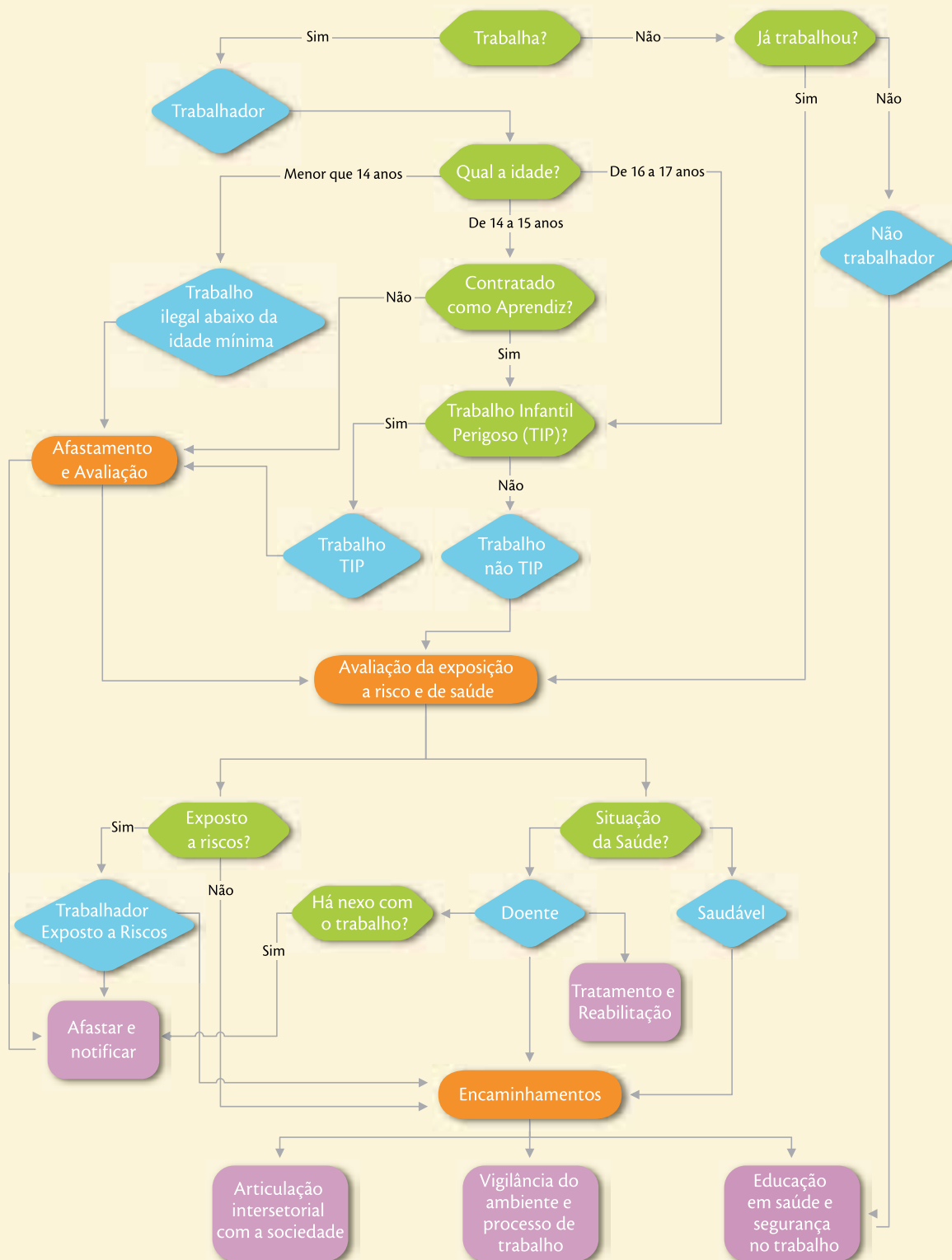
No contexto das Redes Regionais de Atenção à Saúde, e conforme expresso na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, as ações devem ser articuladas em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, integrando ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência dirigidas ao indivíduo e ao coletivo de crianças e adolescentes trabalhadores.

O fluxograma apresentado com as diretrizes subsidia o estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência, considerando as portas de entrada no sistema de saúde – a atenção primária e os serviços de urgência e emergência –, os serviços especializados, as ações de promoção de saúde, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária nos ambientes e processos de trabalho, incluindo também a articulação com a rede intersetorial de garantia de direitos.

Os CERESTs Regionais, neste contexto, assumem função estratégica no território, apoiando a articulação e organização das ações intra e intersetoriais. As atribuições estabelecidas para esses serviços na política de saúde do trabalhador irão contribuir para o avanço da discussão. São elas: fornecer suporte técnico; realizar atividades de educação permanente; coordenar projetos específicos de promoção, vigilância e assistência à saúde; fornecer apoio matricial na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

O desafio de pensar a organização da rede com foco na atenção à saúde desses trabalhadores deve, necessariamente, incluir ações que contribuam para a identificação das situações de trabalho infantil, e também que promovam a participação das instâncias do SUS nos esforços interinstitucionais de eliminação e da proteção do trabalho do adolescente.

Criança e Adolescente em Situação de Trabalho



Notação de Representação do Fluxograma baseado no modelo internacional GLIF (GuideLine Interchange Format)

Ação

Representa uma ação
Por exemplo: um procedimento médico

Ramificação

Simboliza uma etapa que se ramifica
em outras ações, estados ou decisões

Decisão
clínica

Representa uma decisão (sim ou não, alternativas...)
sobre uma condição clínica

Condição/
Decisão

Representa um critério de decisão
(sim ou não, alternativas...)

Situação
Clínica

Determina a situação clínica do paciente
Por exemplo: uma diagnóstico.

Sincronização

Simboliza uma etapa que se unifica
ações que ocorreram em paralelo



Simboliza a vinculação entre as
etapas do fluxograma e determina sua sequência

Estratégias visando o cuidado e a proteção da saúde de crianças e adolescentes trabalhadores estão sendo desenvolvidas no SUS de formas criativas e integradas. Considerar as experiências exitosas é uma forma de otimizar os instrumentos e validar as práticas existentes.

Considerações Finais

As considerações levantadas neste texto reforçam o papel das instituições de saúde no olhar diferenciado na atenção de crianças e adolescentes. Verificar se o paciente estava trabalhando, seja qual for sua idade, é uma premissa básica para o correto diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde. Além disso, torna-se informação fundamental para a vigilância, visando à execução de ações efetivas voltadas à prevenção de doenças e acidentes nos locais de trabalho.

O desafio de estruturar as intervenções inclui, necessariamente, ações que contribuam na identificação das situações de trabalho, e também que promovam a participação das instâncias do SUS nos esforços interinstitucionais de eliminação e da proteção do trabalho do adolescente. A intersectorialidade constitui um princípio fundamental quando se pensa as ações nessa área, buscando o envolvimento de toda a rede de garantia de direitos na prevenção do trabalho infantil e proteção do adolescente.

Salientamos que as considerações apontadas não esgotam os problemas relacionados ao trabalho infantil e adolescente e as intervenções a serem desenvolvidas no âmbito do SUS para seu enfrentamento, em todos os níveis de gestão.

O Centro de Vigilância Sanitária, que exerce a Coordenação Estadual da Saúde do Trabalhador,

vem atuando sobre a questão, juntamente com os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador do estado. Experiências criativas e integradas em desenvolvimento, voltadas ao cuidado e à proteção da saúde de crianças e adolescentes trabalhadores, estão sendo identificadas para servirem de referência a outros locais.

O papel das equipes de vigilância sanitária nesta rede de ações articuladas também deve ser destacado, uma vez que a competência para monitorar e intervir sobre locais que acarretam riscos à saúde da população, incluindo os locais de trabalho, confere à área ferramentas para identificar e intervir sobre situações ilegais.

Legislação Relacionada

- Decreto nº 3.597, de 12 de setembro de 2000 - Promulga a Convenção 182 e a recomendação 190 da Organização Internacional do Trabalho – OIT sobre a proibição das piores formas de trabalho infantil e a ação imediata sobre sua eliminação, concluídas em Genebra, em 17 de junho de 1999.
- Convenção nº 182 – “Todo Estado-membro que ratificar a presente Convenção deverá adotar medidas imediatas e eficazes que garantam a proibição e a eliminação das piores formas de trabalho infantil em regime de urgência”.
- Recomendação 190 da Organização Internacional do Trabalho.
- Decreto nº 4.134, de 15 de fevereiro de 2002 - Promulga a Convenção nº 138 e a Recomendação nº 146 da Organização Internacional do

Trabalho – OIT sobre idade mínima de admissão ao emprego.

- Convenção nº 138 “Todo Estado-membro, no qual vigore esta Convenção, compromete-se a seguir uma política nacional que assegure a efetiva abolição do trabalho infantil e eleve, progressivamente, a idade mínima de admissão a emprego ou a trabalho a um nível adequado ao pleno desenvolvimento físico e mental do jovem”.
- Decreto nº 5.598, de 1º de dezembro de 2005 – Regulamenta a contratação de aprendizes e dá outras providências.
- Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008 – Regulamenta os artigos 3º, alínea “d”, e 4º da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho – OIT que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, aprovada pelo Decreto Legislativo nº 178, de 14 de dezembro de 1999, e promulgada pelo Decreto nº 3.597, de 12 de setembro de 2000, e dá outras providências.

- Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998.
- Portaria MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.
- Portaria MS nº de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Equipe Técnica/DVST/Trabalho Infantil

Simone Alves dos Santos – Fonoaudióloga –
Diretora Técnica

Ivani Valarelli Menezes – Psicóloga

João Antônio de Amorim – Enfermeiro

Manoel de Jesus C. Ferreira – Enfermeiro

Wilma Toyoko Oyadomari – Enfermeira

Referências

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mapa de indicadores sobre trabalho infantil [mapa]. São Paulo: IBGE; [s.d]. [acesso em 6 jun 2013]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/trabalho infantil/>
2. Vilela RAG, Iguti AM, Almeida IM. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. Cad. Saúde Pública. 2004;20(2):570-9.
3. Garbin AC, Santos SA, Carmo JC. Caracterização da situação estadual do trabalho de crianças e adolescentes no estado de São Paulo. In: Garbin AC, Santos SA, organizadoras. O compromisso do SUS na erradicação do trabalho de crianças e controle do trabalho de adolescente. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2004. p. 13-44.

4. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Brasília: MS; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador, Edição Especial).
5. Organização Internacional do Trabalho. Boas práticas do setor saúde para a erradicação do trabalho infantil. Brasília; 2009. v.1.
6. Nobre LCC. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2003;8(4):falta paginação do artigo.

Correspondência/Correspondence to:

Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador – Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
DVST/CEREST/CVS/CCD/SES/SP
Av. Dr. Arnaldo, 351 – anexo III – 7º andar, Pacaembu, São Paulo, Brasil
CEP: 01246-000
Tel.: 55 11 3065-4771
E-mail: dvst@cvs.saude.sp.gov.br