

# A atuação da vigilância sanitária e a atividade informal domiciliar: desafios para a proteção da saúde e minimização dos riscos

## Health surveillance actions and the residential informal activity: the challenge for health protection and risk minimization

### RESUMO

Amana Santana de Jesus\*  
Yara Oyram Ramos Lima

No Brasil existe uma tendência ascendente da participação das atividades informais no setor econômico, aumentando os desafios para atuação dos órgãos governamentais reguladores, como a vigilância sanitária. O objetivo deste trabalho é identificar e discutir riscos associados a oferta informal, realizada em domicílio, de produtos e serviços que são objeto da atuação da vigilância sanitária. Trata-se de um estudo de caso com abordagem descritiva e exploratória, referente ao ano de 2013, envolvendo famílias que desenvolviam Atividade Econômica Domiciliar (AED) no Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), em Salvador, Bahia. Entre as 638 ocupações identificadas como AED, 43% (N = 274) foram relacionadas aos objetos de competência da vigilância sanitária, constituindo três categorias de análise conforme os produtos e serviços comercializados: Alimentos e Bebidas (55,5%, N = 152), Serviços de Interesse à Saúde (42,7%, N = 117) e Saneantes (1,8%, N = 5). Observou-se que uma parcela significativa das AED foi identificada como objeto de competência dos órgãos de vigilância sanitária. Esses resultados evidenciam a vulnerabilidade de trabalhadores e da população quanto aos diversos riscos inerentes ao mercado informal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância Sanitária; Risco; Trabalho Informal

### ABSTRACT

In Brazil, there is a growing tendency in the proportion that the informal sector represents in the economy, which increases challenges -such as health surveillance- to government regulatory agencies. The purpose of this study is to identify and to discuss the risks associated with the informal offer of products and services, which are made at home and are subject of health surveillance activities. This is a case study including a descriptive and an exploratory approach based on data from families who developed Household Economic Activities (AED) on the Health District of Liberdade (DSL), in Salvador, Bahia, in 2013. Among the 638 occupations identified as household economic activities, 43% (N = 274) were related to objects that are under health surveillance responsibility, constituting three categories of analysis according to the products and services sold: Food and beverages (55,5%, N = 152), Interest Health Service (42,7%, N = 117) and Sanitizing (1,8%, N = 5). The study showed that a significant portion of the AED was identified as subject of health surveillance activities. The results highlight the vulnerability of both workers and population exposed to the several risks inherent to the informal market.

**KEYWORDS:** Health Surveillance; Risk; Informal Work

Instituto de Saúde Coletiva,  
Universidade Federal da Bahia  
(ISC/UFBA), Salvador, BA, Brasil

\* E-mail: amana.santana@gmail.com

Recebido: 30 ago 2015  
Aprovado: 06 abr 2016



## INTRODUÇÃO

A sociedade atual apresenta profunda desigualdade social pelos perigos induzidos através do processo de modernização, características que permitem classificá-la como uma sociedade de risco<sup>1,2</sup>. Caracterizado pelo seu caráter polissêmico, distintas noções foram incorporadas ao termo risco ao longo da história. O risco é comumente relacionado a uma concepção de caráter epidemiológico, que o define como a probabilidade de ocorrência de um episódio indesejado<sup>2,3,4</sup>. No entanto, essa noção de risco se mostrou limitada e vem recebendo críticas na literatura por não considerar em sua análise os contextos sociais dos indivíduos, o poder de influência das inter-relações pessoais e os valores socioculturais<sup>5</sup>.

A partir da conjuntura atual de uma sociedade de risco, a noção de risco potencial vem sendo largamente discutida na literatura como um conceito difundido mais adequado às práticas de vigilância sanitária. Nessa perspectiva, risco potencial refere-se à possibilidade de acontecimento de um evento que prejudique a saúde. Neste caso, nem o agravo, nem a probabilidade de ocorrência são necessariamente conhecidos<sup>2,4,6</sup>. Portanto, considerando a complexidade do cenário atual, com o avanço tecnológico, observa-se o aumento de riscos relacionados aos produtos gerados pela ciência e tecnologia. Além destes, existem riscos resultantes da ação do homem sobre a natureza, que tendem à desterritorialização e globalização<sup>2,5,7</sup>.

Como prática da saúde coletiva, a vigilância sanitária tem como objetivo, eliminar, reduzir e prevenir riscos sanitários e agravos à saúde, visando o bem-estar individual e coletivo<sup>8</sup>. O seu amplo campo de atuação envolve variadas categorias de objetos de cuidado, que se configuram como bens, produtos, tecnologias e serviços essenciais à saúde ou insumos à saúde, incluindo também serviços prestados de interesse à saúde.

Os objetos de atuação da vigilância sanitária se caracterizam por serem de interesses a saúde, produzem benefícios à população e possuem riscos intrínsecos<sup>6</sup>. Desta forma, a complexidade da sua atuação está relacionada às especificidades de seus objetos de controle, que são de caráter social e histórico, bem como as suas ações que são expressas por meio de articulações entre o domínio econômico, o jurídico-político e o médico sanitário<sup>9,10</sup>.

Considerando o processo de trabalho, a vigilância sanitária executa ações de caráter estatal regulatório e disciplinador com a principal finalidade da proteção à saúde da população. Seus agentes são servidores do Estado investidos de poder de polícia que seguem os princípios da Administração Pública e exercem suas atividades com instrumentos ou tecnologias de intervenção — a exemplo da inspeção sanitária e registro de produtos, normas técnicas e jurídicas, bem como saberes especializados<sup>11</sup>.

Na vertente de proteção à saúde da população, os critérios de incorporação das demandas sociais de um país são providos pelo seu modelo de proteção social adotado. O modelo de proteção brasileiro é do tipo seguridade social, que visa assegurar o direito mínimo vital a todos os cidadãos, incluindo direitos

relativos à saúde, à previdência e à assistência social<sup>12</sup>. No setor do trabalho, a previdência se apresenta como uma política social de natureza contributiva e, dentre seus benefícios, encontra-se a cobertura de causalidades relativas ao trabalho. Desta forma, o trabalhador segurado é reconhecido pelo Estado e consequentemente seus direitos são concedidos<sup>13</sup>. Outro benefício do contribuinte é a transferência de renda pela Previdência Social, quando o trabalhador encontra-se incapaz de realizar o seu trabalho, seja por questões de doença, invalidez, gravidez, prisão ou morte<sup>14</sup>.

A partir da década de 1990, os processos das mudanças na sociedade e a modernização influenciaram a expansão no nível de informalidade no mercado de trabalho brasileiro, situação resultante do aumento da proporção de profissionais que trabalhavam por conta própria, e dos profissionais trabalhando sem carteira de trabalho assinada<sup>15</sup>. Reconhecido como uma categoria do trabalho informal, o trabalho em domicílio é uma atividade exercida no espaço doméstico, que pode ser realizada por conta própria (autônomo), quando o produto é comercializado diretamente com os compradores, ou um trabalho intermediário, cuja comercialização dos produtos gerados no domicílio é realizada por terceiros<sup>16</sup>. Profissionais nessas condições não são contemplados pelos benefícios providos pela Previdência Social, o que faz com que estejam à margem do controle/supervisão do Estado nos benefícios previdenciários, bem como do controle da vigilância sanitária.

O mercado de trabalho no setor informal apresenta reconhecida vulnerabilidade da população frente aos riscos e aumenta os desafios para atuação dos órgãos governamentais reguladores, dentre estes a vigilância sanitária<sup>17</sup>. Com a finalidade de mudar este cenário, políticas de incentivo à regularização de atividades informais vêm sendo instituídas pelo Governo. Um exemplo dessas políticas é o projeto de microempreendedor individual, cuja definição segundo o portal do empreendedor é a seguinte:

Microempreendedor Individual (MEI) é a pessoa que trabalha por conta própria e que se legaliza como pequeno empresário. O MEI também pode ter um empregado contratado que receba o salário mínimo ou o piso da categoria<sup>18</sup>.

Como incentivo, o pequeno empresário adquire isenção dos custos envolvidos nos processos de formalização de sua microempresa ou atividade. Além disso, as instâncias municipais concedem, imediatamente após o registro, o Alvará de Funcionamento Provisório ao microempreendedor com atividades instaladas em domicílio, caso o grau de risco da atividade não seja considerado elevado<sup>19</sup>.

Na área da saúde, a RDC nº 49, instituída em 2013<sup>20</sup>, dispõe sobre a regularização de atividades executadas pelo microempreendedor individual para que sejam sujeitas à ação da vigilância sanitária. O principal objetivo desta resolução é promover a segurança sanitária de bens e serviços que apresentam riscos à saúde da sociedade, criando consecutivamente



aspectos facilitadores de inclusão social e econômica. Com essa resolução os órgãos de vigilância sanitária poderão regularizar atividades instaladas em residências, área com regulamentação precária ou inexistente e em outros locais nos quais são desenvolvidas as atividades produtivas.

De acordo com a RDC, a regularização para execução das atividades de interesse sanitário dependerá dos níveis de riscos envolvidos nas atividades. Caso as atividades executadas pelo microempreendedor Individual (MEI) sejam classificadas como de baixo risco, automaticamente ocorrerá a regularização perante os órgãos de vigilância sanitária. No entanto, atividades que possuem alto risco, os instrumentos de intervenção da vigilância sanitária, como a inspeção sanitária, serão aplicados para o processo de regularização. Desta forma, fica estabelecida a anuência por parte dos empreendedores, objetos da RDC nº 49<sup>20</sup>, à realização de fiscalização sanitária e consequentemente de inspeção sanitária nos locais de execução das suas atividades. Em contrapartida, o microempreendedor fica isento do pagamento de taxas de vigilância sanitária.

No que diz respeito ao trabalho informal, a vigilância sanitária não exercita ações de controle e fiscalização, principalmente em atividades realizadas no domicílio. Apesar do poder de polícia ser outorgada pelo Estado à vigilância sanitária – o qual sobrepõe os interesses coletivos sob os interesses individuais –, a atividade informal domiciliar é protegida pelo direito constitucional da inviolabilidade do domicílio, que se embasa na determinação de que “a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial”<sup>21,22</sup>. De acordo com estes termos, as medidas sanitárias em ambiente privado, como é o exemplo do domicílio, só serão possíveis mediante autorização do proprietário, ninguém podendo adentrar ao estabelecimento sem este consentimento<sup>23,24</sup>. A inviolabilidade do domicílio é considerado um “direito negativo”, de defesa do indivíduo perante o Estado<sup>25</sup>. No entanto, com a RDC nº 49<sup>20</sup> visando a regularização de atividades realizadas em domicílios, o comportamento de abstenção do estado perante essa inviolabilidade entra em conflito com o princípio basilar da supremacia do interesse público sobre o privado. Desta forma, em uma situação de conflitos de interesses, no caso da questão em discussão representada pelos riscos à coletividade que a AED podem apresentar, há de prevalecer o interesse coletivo.

Nesta vertente, a intervenção no cenário da informalidade de atividades instaladas em domicílio configura-se como complexo e desafiador para os órgãos da vigilância sanitária. Neste sentido, este estudo objetivou identificar e discutir os riscos sanitários envolvidos nas atividades informais realizadas em domicílio, cujos objetos são de atuação da vigilância sanitária.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório<sup>26,27,28</sup>. O caso deste estudo

foi realizado no município de Salvador, no território específico do Distrito Sanitário da Liberdade (DSL) em 2013. O município de Salvador se organiza em 10 regiões administrativas – as chamadas Prefeituras-bairro e 12 Distritos Sanitários (DS). Dentre os 12 DS, encontra-se o Distrito Sanitário da Liberdade (DSL) que possui a maior densidade demográfica, com 25.817 habitantes/km<sup>2</sup>, abrangendo 25 bairros de Salvador. O DSL conta com seis Centros de Saúde, que inclui três unidades básicas de saúde (UBS) – duas dessas com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – duas Unidades de Saúde da Família (USF), um Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência (CAPSia), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS II), um Serviço Municipal de Assistência Especializada (SEMAE) e uma unidade de atendimento odontológico (UAO)<sup>29</sup>. A população envolvida na pesquisa foram as famílias adscritas pelas Unidades de Saúde da Família e unidades PACS do Distrito mencionado.

Os dados secundários utilizados neste estudo são parte de um banco de dados de uma pesquisa de dissertação de mestrado em epidemiologia relacionada a saúde do trabalhador. Estes dados são resultados do mapeamento realizado no ano de 2013 no Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Eles foram obtidos a partir da ficha A, que alimenta o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) com os dados das famílias cobertas pela Atenção Básica em Saúde (ABS) e preenchida pelos ACS durante a visita domiciliar. Considerou-se a variável ocupação, como meio de identificar informações de atividades realizadas em domicílio. Uma nova informação foi adicionada na ficha A do SIAB, mediante uma orientação dada aos ACS para que estes pudessem identificar as ocupações e atividades econômicas domiciliares (AED) no campo de observação localizado no verso da ficha.

Analisou-se a variável de AED, que correspondeu a um total de 638 ocupações. Estes dados foram analisados utilizando percentuais tabulados pelo Microsoft Excel 2011. Primeiramente identificaram-se as ocupações AED relacionadas aos objetos de atuação da vigilância sanitária e em seguida criou-se três categorias de análise para classificação dessas ocupações segundo similaridade das atividades. A noção de ocupação referida neste estudo baseia-se na definição da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que diz respeito “a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas”<sup>30</sup>. Essas atividades similares realizadas organizam o reconhecimento dos indivíduos por grupos, configurando as categorias ocupacionais<sup>31</sup>.

Por fim, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados SciELO, LILACS e Google Acadêmico sobre os riscos relacionados aos objetos de competência da vigilância sanitária encontrados no estudo. Para a revisão da temática foram utilizados os descritores: “vigilância sanitária”, “riscos”, “riscos à saúde”, “trabalho informal”, “atividade informal”, “trabalho em domicílio”. Ademais, como os objetos de atuação da vigilância sanitária são distintos e ensejam riscos distintos à saúde, foram realizadas também revisões complementares para cada grupo encontrado. Sendo assim, para a categoria *Alimentos* foram utilizados os descritores “alimentos”, “alimentos de rua”, “comida de rua”, “comércio informal de alimentos”. Com relação ao grupo



de *Serviços de Interesse à Saúde*, os descritores foram “serviços de interesse à saúde”, “prestação de serviços de interesse à saúde”, assim como os descritores dos subgrupos, “salão de beleza”, “salões de beleza”, “estética”, “estabelecimentos de beleza”, “barbearia”, “academia de ginástica” e “gym”. Por fim, a categoria *Saneantes*, para qual foram utilizados os descritores “saneantes”, “domissanitários”, “produtos domissanitários” “produtos de limpeza”, “saneantes clandestinos”, “comércio informal de saneantes”.

O projeto de pesquisa foi submetido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e foi aprovado de acordo com as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece diretrizes e normas referenciais da bioética.

## RESULTADOS

A partir das 638 ocupações declaradas como atividade econômica no domicílio, observou-se que um significativo percentual destas atividades eram relacionadas aos objetos de competência da vigilância sanitária, correspondendo a aproximadamente 43% (N = 274) do total de ocupações, conforme ilustrado na Figura 1. No que diz respeito as atividades de outros segmentos, que totalizou em 56,8%, observou-se que as ocupações: comerciante (37,7%), costureiro (a) (13%) e artesão (a) (5,8%) tiveram um maior registro dentre as demais.

Considerando as atividades de competência da vigilância sanitária, foram formadas três categorias de análise segundo seus objetos de atuação: duas destas relacionadas a produtos – Alimentos incluindo bebidas; Saneantes; e uma relacionada a serviços – Serviços de Interesse da Saúde (Figura 1).

A categoria Alimentos (N = 152) teve uma maior representatividade dentre as demais, correspondendo a 55,5% das ocupações. Considerando esta categoria, as ocupações mais frequentes referiram-se a vendedor (a) de doces (24%), em seguida vendedor (a) de bebidas (bar) com 16%, vendedor (a) de acarajé que correspondeu a 15% dos registros e vendedor(a) de salgados (13%) (Figura 2).

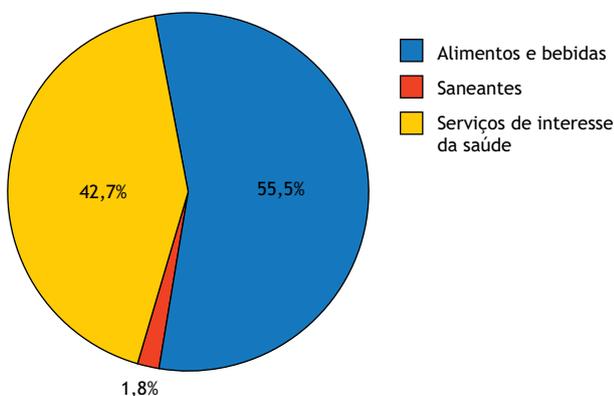


Figura 1. Distribuição de ocupações AED, segundo objetos da vigilância sanitária, DSL, 2013.

A categoria *Serviços de Interesse da Saúde* (N = 117) obteve um percentual considerável de 42,7% das ocupações, representando a segunda maior categoria do estudo. Dois tipos de serviços estão inclusos nessa categoria: salão de beleza e atividades afins que corresponderam a 99% dessas ocupações e academia de ginástica (1%). No subgrupo das atividades em domicílios relacionadas a salão de beleza e atividades afins, as ocupações com maiores representações foram: cabeleireira (50%), seguida por manicure (43,9%) e barbeiro (6,1%). Com relação ao outro subgrupo, foi encontrada uma ocupação referida como dono de academia.

No que se refere às atividades econômicas domiciliares relacionadas à categoria *Saneantes* (N = 5), estes representaram 1,8% das ocupações analisadas, totalizando cinco registros de vendedor(a) de saneantes clandestinos.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que grande parcela das atividades econômicas desenvolvidas no domicílio são objetos de atuação da vigilância sanitária. Todos os objetos de competência da vigilância sanitária apresentam benefícios e riscos à saúde do indivíduo e da população, por isso a importância de serem regulados<sup>22</sup>. No contexto do domicílio, os trabalhadores convivem com fatores de riscos sem a necessária segurança, uma vez que seus ambientes de trabalho não são contemplados com as inspeções realizadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), nem com as inspeções sanitárias, como ocorre nos casos dos estabelecimentos/serviços direta ou indiretamente relacionados à saúde. Ambos os instrumentos são importantes para proteção da saúde e segurança do trabalhador e da população. Essas considerações reiteram a vulnerabilidade dos trabalhadores informais quanto aos riscos relacionados às suas atividades de trabalho<sup>6,32</sup>. Além dos riscos sanitários envolvidos nos objetos estudados, estão presentes também os riscos ambientais e os riscos à saúde do trabalhador, no entanto, esse estudo se ateve a discutir especialmente os riscos sanitários, sem deixar de mencionar os demais.

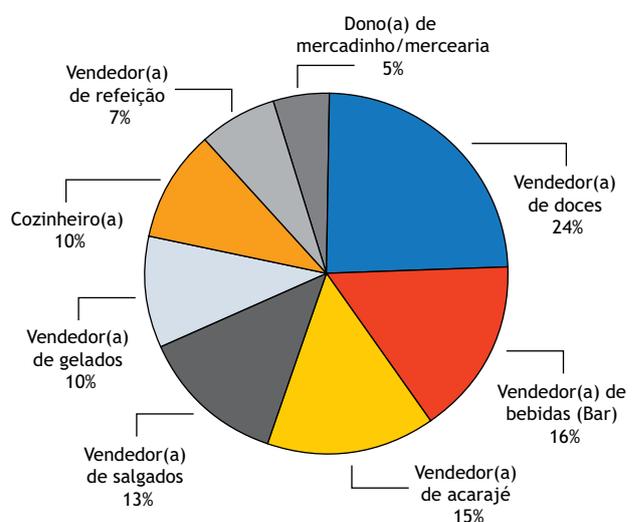


Figura 2. Distribuição das ocupações AED, segundo a categoria Alimentos e bebidas, DSL, 2013.



Segundo Czeresnia<sup>33</sup>, um dos componentes centrais na busca da proteção da saúde da população contra ameaças presentes na sociedade é o controle de risco, enfatizado nas práticas de prevenção. Portanto, atividades informais realizadas no domicílio carregam um grande agravante à saúde da população, pois o grupo exposto aos riscos destas atividades envolve os próprios trabalhadores, os seus familiares e a população consumidora dos produtos ou serviços prestados<sup>34</sup>, bem como o ambiente. Ressalta-se que em decorrência das dificuldades na realização de fiscalização da vigilância sanitária nos domicílios, o desconhecimento sobre as AED pode gerar um senso comum que considera que as atividades desenvolvidas nesses espaços apresentem maior risco do que aquelas realizadas nos ambientes sobre controle da vigilância sanitária.

As três categorias de objetos de atuação da vigilância sanitária encontradas no estudo referem-se ao exercício de atividades em domicílio com saneantes, alimentos e bebidas e prestação de serviços como salões de beleza. Ressalta-se que os artigos encontrados e discutidos não foram relacionados às atividades realizadas especificamente no domicílio, considerando a escassez de estudos sobre esta temática.

#### Alimentos e bebidas

A categoria de atividades domiciliares relacionada a alimentos foi predominante no presente estudo. Tal resultado assemelha-se à produção científica disponível na literatura sobre vigilância sanitária e o trabalho informal, onde a maioria refere-se a temática de alimentação, especificamente ao comércio ambulante de alimentos, popularmente conhecido como “comida de rua”. Essa prática do comércio informal do alimento de rua no Brasil vem se expandindo e se estabelecendo no cotidiano dos grandes centros urbanos das diversas regiões brasileiras<sup>35</sup>.

No ramo da alimentação, Souza et al.<sup>36</sup>, analisando as condições higiênico-sanitárias do comércio informal de alimentos em Imperatriz (MG), observaram, em entrevistas com os ambulantes, que a manipulação dos alimentos foi considerada precária quando comparada com as normas sanitárias e que a maioria dos alimentos era preparada no domicílio do trabalhador. Segundo Leal e Teixeira<sup>37</sup>, há um crescimento no número de alimentos preparados em casa e servidos em espaços públicos das cidades. Tendo em vista essa realidade, o trabalho da vigilância sanitária de fiscalizar e controlar o comércio informal de alimentos se torna mais desafiante e complexo.

O trabalho informal no contexto de festas populares foi objeto de um estudo conduzido por Santos<sup>38</sup>, na cidade de Salvador, caracterizando a comercialização de comida de rua alimentos e bebidas durante o carnaval. Um significativo percentual dos pontos de vendas foi considerado de alto e médio risco sanitário (48,5% e 39,8%, respectivamente). Neste estudo, o papel da vigilância sanitária no controle do comércio de comida de rua é mencionado como uma atuação baseada em normatizações específicas, a exemplo da RDC nº 216/2004, que preconiza as Boas Práticas para Serviços de Alimentação, e da RDC nº 218/2005, referente a procedimentos higiênicos sanitários para a manipulação de

alimentos e bebidas preparados à base de vegetal. Ressalta-se que estas normas não contemplam especificamente aplicações relacionadas ao comércio informal ou ambulante, apenas a RDC nº 218/2005 se aproxima do tema<sup>38</sup>. Destaca-se a necessidade de regulação da atividade e o estabelecimento de normas, diretrizes ou códigos sanitários para orientação e controle sanitário das práticas do comércio informal de vendas de alimentos<sup>35</sup>.

#### Serviços de interesse da Saúde

A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/19908 – apresenta como uma das competências da Vigilância Sanitária intervir nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. Serviços de interesse da saúde podem ser definidos como:

O local, a empresa, a instituição pública ou privada, e/ou a atividade exercida por pessoa física ou jurídica, que pelas características dos produtos e/ou serviços ofertados, possam implicar em risco à saúde da população e à preservação do meio ambiente<sup>39</sup>.

Estes serviços incluem estabelecimentos e atividades como bares, salões de beleza, estabelecimentos esportivos, academias de ginástica, creches, estúdio de tatuagens e *piercings*, cemitérios, necrotérios, funerárias, piscinas de uso coletivo, hotéis, motéis, pousadas, instituições de longa permanência para idosos, dentre outros. Todos os serviços de interesse da saúde requerem a Licença Sanitária para seu funcionamento. Desta forma, a vigilância sanitária avalia a condição dos estabelecimentos, as práticas de proteção existentes para prevenção dos riscos inerentes a estes serviços, bem como a destinação de resíduos<sup>40</sup>. Considerando a prestação de serviços de interesse da saúde, o estudo registrou serviços ofertados em domicílio de salão de beleza e atividades afins e academia de ginástica.

#### Salões de beleza e atividades afins

As atividades desenvolvidas em salão de beleza, cabeleireiro, bafeiro e afins executadas em domicílio configuraram-se como a segunda categoria mais predominante no estudo. Os procedimentos executados em salões de beleza e atividades afins envolvem riscos à saúde da população e sem a devida fiscalização do uso, armazenamento e limpeza adequados de produtos cosméticos e instrumentos de trabalho pelo órgão do Estado, podem acarretar agravos à saúde do cliente e dos próprios trabalhadores<sup>41</sup>. No entanto, poucas são as notificações de eventos adversos ou infecções relacionadas tanto aos profissionais quanto aos clientes de estabelecimentos de beleza<sup>42</sup>.

Em geral, os produtos alisantes capilares apresentam risco à saúde pelo fato de possuírem substâncias com potenciais tóxicos para o organismo humano. No que diz respeito à técnica de alisamento capilar, a utilização de formaldeído merece destaque pela proibição do seu uso estabelecida pela Anvisa, exceto em casos de conservação do produto. Entretanto, o formol continua sendo utilizado em alguns salões de beleza, pelo processo de adição de concentrações acima do autorizado nos alisantes capilares



por intermédio do próprio profissional cabeleireiro como pelos clientes que desconhecem os potenciais riscos e o processo de intoxicação a partir da utilização deste produto, evidenciado em sinais e sintomas agudos, subagudos e crônicos<sup>43</sup>.

Ademais, as práticas desenvolvidas por manicures e pedicures também acarretam riscos de transmissão de patógenos, a exemplo do vírus HIV e principalmente do vírus das hepatites B e C, expondo tanto os profissionais quanto os clientes<sup>44,45</sup>. O estudo de Garcaccio e Oliveira<sup>42</sup>, referente à avaliação dos conhecimentos e adesão às questões de biossegurança, identificou que as manicures e pedicures detinham pouco conhecimento e baixa adesão a procedimentos para a prevenção dos riscos envolvidos em suas atividades. Ainda nesta mesma linha de consideração, Silva et al.<sup>45</sup> constataram, que há um baixo conhecimento sobre biossegurança por parte destes profissionais, que incluem desconhecimento sobre a distinção entre os métodos de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos utilizados em suas práticas, bem como sobre riscos aos quais estão expostos. Estas conclusões coadunam com o estudo de Moreira e colaboradores<sup>44</sup>, que identificou em um total de 149 profissionais entrevistados manicures, pedicures e podólogos conhecimento insuficiente sobre a etiologia e as formas de transmissão e prevenção da AIDS e de hepatites virais.

Destaca-se também a baixa adesão ao uso de métodos corretos de reprocessamento e limpeza de materiais, principalmente a esterilização de materiais perfuro-cortantes e a reutilização de materiais descartáveis<sup>42,45</sup>. O estudo de Ghisi e Santin<sup>46</sup>, ao analisar amostras de lixa de unha metálica de cinco centros de estética e cinco domicílios, observou que 100% das amostras apresentaram resultado positivo para fungos patogênicos causam onicomicoses em virtude do indevido processo de esterilização do material. Além disso, o estudo menciona que a prática de compartilhamento de instrumentos é comum nos dois tipos de ambientes pesquisados e que a incidência de contaminação entre os centros de estéticas e as atividades realizadas nos domicílios foram equivalentes. Por indicação da Vigilância Sanitária, a lixa de unha é considerada um instrumento de uso único ou, no caso da lixa metálica, de uso pessoal<sup>47</sup>. Esses achados reforçam a importância destes profissionais serem capacitados para executarem seu trabalho de acordo com as técnicas de biossegurança e boas práticas sanitárias que visam reduzir os riscos presentes nas suas atividades, sejam elas desenvolvidas em domicílios ou em centros de beleza.

#### *Academias de ginástica*

Na revisão sobre a categoria academias de ginástica e os riscos relacionados a estes estabelecimentos não foram encontrados artigos que pudessem contribuir com a discussão. Os artigos encontrados referiam-se em sua maioria ao perfil de frequentadores de academias de ginásticas em relação ao uso de anabolizantes. No entanto, encontrou-se um documento técnico da Anvisa, elaborado pelo Núcleo de Assessoramento de Descentralização de Ações de Vigilância Sanitária (NADAV), referindo-se a um manual para o funcionamento de estabelecimentos prestadores de atividade física e afins, visando dar suporte legal, principalmente

para as vigilâncias municipais e estaduais, na execução das ações de orientação e fiscalização sanitária destes estabelecimentos esportivos, incluindo academias de ginástica<sup>48</sup>. Este manual apresenta orientações, diretrizes, indicadores e critérios para as ações de fiscalização sanitária que são realizadas em estabelecimentos prestadores de atividade física e afins<sup>48</sup>.

#### *Saneantes/Produtos domissanitários*

A comercialização de produtos saneantes foi a terceira atividade mais predominante no estudo. Saneantes são considerados os produtos, substâncias ou preparações, designados à higienização, desinfecção ou desinfestação de ambientes, sejam estas residências ou ambientes coletivos, portanto amplamente utilizados pela população. Estes produtos passam pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para a sua regulamentação e controle, antes e após a comercialização, visando garantir a segurança e qualidade para o consumidor<sup>49</sup>. As empresas produtoras e exportadoras de saneantes devem cumprir as Boas Práticas de Fabricação e Controle, instituídas na Portaria nº 327, de 30 de julho de 1997<sup>50</sup>.

Segundo a Anvisa<sup>51</sup>, produtos saneantes clandestinos são “produtos que estão à venda e que não passaram pela avaliação do Ministério da Saúde”. Estes produtos clandestinos portam irregularidades envolvendo riscos à saúde da população, pois não são submetidos a processos essenciais de segurança como o exemplo da avaliação da eficácia e contaminações. Desta forma, a comercialização de saneantes clandestinos é vetada pela Anvisa e, nessa perspectiva, existe uma deficiência na fiscalização, realizada pelos órgãos de vigilância sanitária, da fabricação informal de saneantes e da sua oferta irregular no mercado. A venda destes produtos no comércio informal é normalmente realizada porta a porta, ou mesmo utilizando pontos de distribuição e vendas formais<sup>52,53</sup>.

Considerando o controle dos riscos relacionados aos saneantes, irregularidades são também encontradas em produtos regulados pela Anvisa, como observado no estudo de Bugno et al.<sup>50</sup>, que avalia a qualidade microbiológica de produtos de limpeza existentes no mercado. Das 104 amostras de saneantes analisadas, 41% apresentaram contaminação microbiana, incluindo bactérias heterotróficas, fungos, coliformes e coliformes fecais, oferecendo assim riscos à saúde dos consumidores. Com relação à intoxicação por saneantes no Brasil, a ingestão de produtos de limpeza por crianças, especificamente com idade de cinco anos, é a principal causa de intoxicação não intencional<sup>54</sup>. O estudo de Fook et al.<sup>55</sup> apontou que as notificações por intoxicação com saneantes encontram-se no terceiro lugar como agentes tóxicos responsáveis pelos casos de intoxicação do Centro de Informação e Assistência Tecnológica de Campina Grande (CEATOX-CG). A exposição a estes produtos está majoritariamente relacionada a acidentes com crianças, tendo como principal fonte de contato a via oral<sup>54,55</sup>.

Este cenário possivelmente é ainda mais grave considerando os produtos fabricados clandestinamente, especialmente por, em sua maioria, serem atrativos às crianças pela utilização de



cores e cheiros agradáveis, bem como por serem vendidos em embalagens de refrigerantes reaproveitadas<sup>52</sup>. Do ponto de vista financeiro, os saneantes clandestinos chamam mais atenção do consumidor, pois normalmente são vendidos a preços muito baixos, colocando a saúde das pessoas que adquirem estes produtos em risco<sup>49</sup>. Mesmo sendo um assunto relevante para a saúde pública, poucos são os estudos encontrados na literatura nacional sobre o comércio informal de saneantes<sup>56</sup>. Considerando os estudos sobre esta temática, Oliveira et al.<sup>53</sup> relatam a análise de 46 amostras de saneantes clandestinos em Belo Horizonte, quanto à eficácia, qualidade microbiológica e parâmetros de pH. Observou-se que 91% destes produtos estavam em desacordo com a legislação vigente, não apresentando eficácia. Além disso, os autores relataram que 20% das amostras analisadas estavam contaminadas, 9% destas com a presença de patógenos, refletindo a falta das Boas Práticas de Fabricação na produção destes produtos, o que oferece riscos tanto para os consumidores quanto para os próprios fabricantes. Segundo o estudo de Bchner e Silva<sup>57</sup>, tratamentos de vítimas de desintoxicação por saneantes fabricados informalmente são mais difíceis, devido à ausência de rótulos nestes produtos com detalhamento da composição química e informações para basear os procedimentos de desintoxicação a serem adotados.

Outro estudo que analisa 118 casos de intoxicação por saneantes clandestinos destaca um número significativo de pessoas intoxicadas intencionalmente por tentativa de suicídio correspondendo a 53,3%, dada a justificativa de que os produtos clandestinos são considerados “mais fortes”, por não serem fiscalizados. Além disso, o estudo destaca que 89% dos casos analisados necessitaram de atendimento em unidades de média e alta complexidade, urgências, emergenciais e internação hospitalar gerando custos para o sistema de saúde, incluindo a rede do Serviço Único de Saúde (SUS)<sup>56</sup>.

Do ponto de vista ambiental, os produtos saneantes podem causar impactos ao meio ambiente. Poucos são os produtos saneantes que apresentam algum tipo de informação ambiental no rótulo da embalagem. A utilização incorreta destes produtos pode contribuir para a poluição biológica, no caso de produtos sem eficácia antimicrobiana, e para a poluição do ar, no caso de emissão de substâncias tóxicas. Além disto, o gerenciamento inadequado dos resíduos destes produtos pode afetar o solo, oceano, rios e lagos, poluindo assim o meio ambiente<sup>58</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da temática discutida, envolvendo a relação entre o trabalho informal domiciliar, seus riscos à saúde e a atuação da vigilância sanitária, infere-se que uma grande parcela dos trabalhos informais desenvolvidos em domicílios atua com objetos sob competência da vigilância sanitária. Das 638 ocupações declaradas como AED, 274 eram relacionadas aos objetos de competência da vigilância sanitária. No entanto, nota-se uma escassez na literatura de trabalhos que relacionem o trabalho informal domiciliar, que ocupa parte significativa no mercado de trabalho brasileiro, e a atuação da vigilância sanitária.

No cenário do trabalho informal domiciliar, não regulado, tanto os trabalhadores quanto a sociedade são expostos/desprotegidos e, portanto, estão mais vulneráveis aos riscos inerentes a estas atividades. Na busca de minimizar e ou eliminar os riscos envolvidos em atividades instaladas em domicílios, a regularização das atividades de interesse sanitário pode ser vista como caminho de mudança deste cenário. Desta forma, as políticas de incentivo à regularização de atividades informais, como os exemplos da Lei Complementar nº 123, que dispõe sobre o MEI, e da RDC nº 49, que versa sobre a regularização de atividades executadas pelo MEI sujeitas à ação da vigilância sanitária, possuem um importante papel na legalização e proteção dos trabalhadores informais, assim como na inclusão de boas práticas estabelecidas pelos órgãos da vigilância sanitária e a fiscalização destas, visando proteger a saúde da população. Destaca-se que, no tocante aos produtos saneantes, a proposta do MEI requer que normas e resoluções sejam seguidas desde o processo de fabricação, tendo em vista que para fabricar e comercializar estes produtos faz-se necessário a autorização da vigilância sanitária.

O presente estudo utilizou apenas a variável “ocupação” para análise, o que não reduz a relevância e originalidade, considerando que a temática é incipiente na literatura. Nota-se a necessidade de elaborar estudos sobre os objetos de atuação da vigilância sanitária e os riscos provenientes destas atividades, tendo em vista que a temática das ações de controle de riscos da vigilância sanitária nos domicílios é uma questão pouco estudada e importante. Neste sentido, o produto resultante deste trabalho sugere estudos posteriores sobre o controle dos riscos e a atividade informal domiciliar, visando contribuir para novas discussões, assim como promover reflexões sobre o papel da vigilância sanitária no setor informal do trabalho, considerando a relevância do tema para saúde da coletividade.

## REFERÊNCIAS

1. Beck U. Risk society: towards a new modernity. London: Sage; 1992.
2. Luiz OC, Cohn A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2339-48. doi:10.1590/S0102-311X2006001100008
3. Rangel ML. Risco e saúde nos locais de trabalho. *Physis*. 1994;4(1):133-46. doi:10.1590/S0103-73311994000100007
4. Leite HJD, Navarro MVT. Risco potencial: um conceito de risco operativo para vigilância sanitária. In: Costa EA, organizador. *Vigilância sanitária: temas para debate*. Salvador: EDUFBA; 2009. p. 39-44.
5. Freitas CM. Risco e processos decisórios: implicações para a vigilância sanitária. In: Costa EA, organizador. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 107-34.



6. Navarro MVT. Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária. Salvador: EDUFBA; 2009.
7. Spink MJP, Medrado B, Mello RP. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. *Psicol Reflex Crit.* 2002;15(1):151-64. doi:10.1590/S0102-79722002000100017
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial União.* 19 set 1990.
9. Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(3):3329-40. doi:10.1590/S1413-81232010000900008
10. Costa EA, Souto A. Área Temática de Vigilância Sanitária. In: Paim J, Almeida N. *Saúde coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 327-41.
11. Souza GS, Costa EA. Trabalho em vigilância sanitária: conceitos teóricos para a reflexão sobre as práticas. In: Costa EA, organizador. *Vigilância sanitária: temas para debate.* Salvador: EDUFBA; 2009. p. 83-106.
12. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 23-64.
13. Martins SP. Denominação e conceito. In: MARTINS, S. P. *Fundamentos de direito da seguridade social.* São Paulo: Atlas; 2001. p. 160.
14. Ministério da Previdência Social (BR). Política de previdência social; 2015 [acesso 15 abril 2015]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/politica-de-previdencia-social/>
15. Ulyssea G. Informalidade no mercado de trabalho brasileiro: uma resenha da literatura. *Rev Econ Política.* 2006;26(4):596-618.
16. Alves AES, Cunha TRA. Memória do trabalho domiciliar e gênero. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. p. 1-10.
17. Braga TS. A ocupação informal na região metropolitana de Salvador: uma análise das décadas de oitenta e noventa. In: 8º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 4-8 nov 2002; Ouro Preto. Ouro Preto: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002.
18. Portal micro empreendedor individual [internet]. Definição do Microempreendedor Individual - MEI. 2015 [acesso 10 mar 2015]. Disponível em: <http://www.portaldoempreendedor.gov.br/mei-microempreendedor-individual>
19. Brasil. Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006. Estabelece normas gerais relativas ao tratamento diferenciado e favorecido a ser dispensado às microempresas e empresas de pequeno porte no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. *Diário Oficial União.* 15 dez 2006.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Resolução RDC nº 49, de 31 de outubro de 2013. Dispõe sobre a regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências. *Diário Oficial União.* 1 nov 2013.
21. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 43a ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 1988.
22. Costa EA. Regulação e vigilância: proteção e defesa da saúde. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M. *Epidemiologia & saúde.* 7a ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2012. p. 493-520.
23. Moraes A. *Direito constitucional.* 10a ed. São Paulo: Atlas; 2001.
24. Sundfeld C. O interesse público em sentido mínimo e em sentido forte: o problema da vigilância epidemiológica frente aos direitos constitucionais. In: Freitas J, Pasqualini A., coordenadores. *Interesse público.* Porto Alegre: Fórum; 2004. p. 29-42.
25. Souza MEA, Santos JAS, Simonassi M. Mecanismos de proteção dos direitos fundamentais. *Rev Eletrôn Ciênc Jurídicas.* 2013 [acesso 15 abril 2015];1(2). Disponível em: <http://fadipa.educacao.ws/ojs-2.3.3-3/index.php/cjuridicas/article/view/133/pdf>
26. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* São Paulo: Atlas; 1999.
27. Yin RK. *Case study research: design and methods.* 2a ed. Thousand Oaks: Sage; 1994.
28. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
29. Secretaria Municipal de Saúde (Salvador). Plano municipal de saúde 2014-2017. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
30. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Classificação brasileira de ocupações. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego; 2002 [acesso 3 abr 2015]. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br>
31. Ocupação. In: Franzoi NL. *Dicionário da educação profissional em saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 [acesso 15 abr 2015]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ocu.html>
32. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador. Acidentes de trabalho não fatais e a informalidade das relações de emprego (projeto acidentes – fases I - V): relatório referente ao período 01/11/2009-01/11/2011. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
33. Czeresnia D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):447-55. doi:10.1590/S0102-311X2004000200012
34. Vieira MCF. O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador: uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009 [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.



35. Cardoso RCV, Santos SMC, Silva EO. Comida de rua e intervenção: estratégias e propostas para o mundo em desenvolvimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1215-24. doi:10.1590/S1413-81232009000400027
36. Souza HWO, Brum AAS, Orlanda JFF. Comércio ambulante de alimentos: condições higiênico sanitárias e perfil de vendedores ambulantes. *Rev Tema*. 2013;1(20/21):7-21.
37. Leal COBS, Teixeira CF. Comida de rua: um estudo crítico e multirreferencial em Salvador, BA - Brasil. *Vig Sanit Debate*. 2014;2(4):12-22. doi:10.3395/vd.v2i4.410
38. Santos KB. O comércio de rua no carnaval de Salvador-BA: desvendando as dimensões social, econômica, alimentar e sanitária. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
39. Secretaria de Saúde (PR). Vigilância sanitária: serviços de Interesse a saúde. Curitiba: Secretaria de Saúde; 2014 [acesso 21 maio 2014]; Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=791>
40. Costa EA. Fundamentos da vigilância sanitária. In: Costa EA. *Vigilância sanitária: temas para debate*. Salvador: EDUFBA; 2009. p. 11-36.
41. Britto MGM. Obrigatoriedade da licença para funcionamento em salões de beleza no Distrito Federal. *Rev Direito Sanitário*. 2004;2(3):114-28.
42. Garcaccio JL, Oliveira AC. Risco oculto no segmento de estética e beleza: uma avaliação do conhecimento dos profissionais e das práticas de biossegurança nos salões de beleza. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):989-98. doi:10.1590/S0104-07072013000400015
43. Macagnan K, Sartori MRK, Castro FG. Sinais e sintomas da toxicidade do formaldeído em usuários de produtos alisantes capilares. *Cad Escola Saúde*. 2010;46-63.
44. Moreira ACA, Silva FL, Silva KF, Moreira JL. Grau de informações dos profissionais de salões de beleza sobre AIDS e hepatite. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2013;12(3):359-66.
45. Silva LMS, Silva DC, Diniz JS, Felipe IMA, Nunes SPH. Prevenção da transmissão de hepatites virais entre manicures e pedicures: uma revisão. *Infarma*. 2014;26(2):82-9.
46. Ghisi J, Santin NC. Avaliação do possível crescimento de fungos em amostras de lixas de unha metálicas coletadas em centros de estéticas e residências do município de Campos Novos, SC. *Unoesc & Ciência - ACBS*. 2011;2(1):31-8.
47. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Referência técnica para o funcionamento dos serviços de estética e embelezamento sem responsabilidade médica. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009 [acesso 12 mar 2016]. Disponível em: <http://portal.Anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/527126804745890192e5d63fbc4c6735/Servicos+de+Estetica+e+Congeneres.pdf?MOD=AJPERES>
48. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Manual de orientações para fiscalização sanitária em estabelecimentos prestadores de atividade física e afins. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009 [acesso 22 maio 2015]. Disponível em: <http://portal.Anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d4afdf80474586a29016d43fbc4c6735/Academia+de+Ginastica.pdf?MOD=AJPERES>
49. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Saneantes. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2015 [acesso 5 maio 2015]. Disponível em: <http://portal.Anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Saneantes>
50. Bugno A, Buzzo AA, Pereira TC. Avaliação da qualidade microbiológica de produtos saneantes destinados à limpeza. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2003;39(3):335-40. doi:10.1590/S1516-93322003000300013
51. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Proteção à saúde. Cartilha: Orientação para os consumidores de saneantes. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2003 [acesso 2 maio 2015]. Disponível em: [http://www.Anvisa.gov.br/saneantes/cartilha\\_saneantes.pdf](http://www.Anvisa.gov.br/saneantes/cartilha_saneantes.pdf)
52. Ferreira SG, Bezerra RCD. As falhas de mercado para os produtos de limpeza considerando a atuação da Anvisa e a concorrência entre os fabricantes formais e os informais [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2006.
53. Oliveira VLS, Caetano RM, Gomes, FCO. Avaliação da qualidade de saneantes clandestinos comercializados em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2012;33(4):577-82.
54. Presgrave RF, Camacho LAB, Villas Boas MHS. Perfil de intoxicações não intencionais com produtos saneantes de uso doméstico. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2901-8. doi:10.1590/S0102-311X2008001200019
55. Fook SML, Azevedo EF, Costa MM, Feitosa ILF, Bragagnoli G, Mariz SR. Avaliação das intoxicações por domissanitários em uma cidade do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):1041-5. doi:10.1590/S0102-311X2013000500021
56. Santos JAT, Selegim MR, Marangoni SR, Gonçalves AM, Ballanl TSL, Oliveira MLF. Gravidade de intoxicações por saneantes clandestinos. *Texto Contexto Enferm*. 2011;247-54. doi:10.1590/S0104-07072011000500031
57. Bochner R, Souza VMFA. Panorama das intoxicações e envenenamentos registrados no Brasil pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). *Racine*. 2008;18(106):44-58.
58. Pereira Junior AM, Silva GV, Queiroz SEE. Levantamento das informações sobre produtos saneantes domissanitários e dos problemas causados por estes no município de Ipameri, GO. In: 3o Congresso Brasileiro de Gestão Ambiental; 19-22 nov 2012; Goiânia, Goiás. 2012.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.  
Para ver uma cópia desta licença, visite [http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt\\_BR](http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR).