



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB

DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E
SAÚDE**

NÍVEL DE MESTRADO ACADÊMICO

**GESTÃO EM SAÚDE E A ATENÇÃO À SAÚDE DA
TRABALHADORA RURAL**

LUANNA RODRIGUES DE JESUS

**JEQUIÉ/BA
2016**

LUANNA RODRIGUES DE JESUS

**GESTÃO EM SAÚDE E A ATENÇÃO À SAÚDE DA
TRABALHADORA RURAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Adriana Alves Nery

**JEQUIÉ/BA
2016**

Jesus, Luanna Rodrigues de.

J56 Gestão em saúde e a atenção à saúde da trabalhadora rural /Luanna Rodrigues de Jesus. - Jequié, UESB, 2016.
123 f: il.; 30 cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2016.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriana Alves Nery.

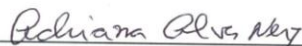
1. Saúde do trabalhador rural – Políticas Públicas 2. Trabalho Rural – Organização e Ações da Gestão em Saúde.
3.Trabalhadora Rural – Assistência à Saúde I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 616.9803

FOLHA DE APROVAÇÃO

JESUS. Luanna Rodrigues. **Gestão em saúde e a atenção à saúde da trabalhadora rural**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

Banca Examinadora



Prof.^a. Dr.^a. Adriana Alves Nery

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - UESB
Orientadora e presidente da banca examinadora



Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta - UESB

Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade - UESB
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB



Prof. Dr. Lauro Antônio Porto - UFBA

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho - UFBA
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Jequié, BA, 25 de fevereiro de 2016.

À *minha mãe*, companheira insubstituível que todos os dias me ensina sobre o tornar-se mulher!

A todas *as trabalhadoras rurais*, que muitas vezes invisibilizadas, ainda sofrem duplamente por ser mulher e ser do campo, mas que incessantemente buscam melhores condições de vida por meio do desenvolvimento do seu trabalho e das suas lutas. *Mulheres guerreiras, mulheres de lutas, mulheres de fé!*

AGRADECIMENTOS

Ao fim deste ciclo agradecer é preciso!

Aos *astros, aos seres de luz e as forças da natureza* que emanam as boas energias.

Aos meus pais *Regina Lélia e José Ferreira*, grandes incentivadores dos meus objetivos de vida. Obrigada mãe e pai, pelo apoio incondicional!

As minhas *irmãs Cláudia e Valda* amigas preciosas e aos meus *irmãos* parceiros *Adilson, Geninho, Ivaldo e Dinha*. Obrigada pelo apoio.

Aos meus *cunhados/as e sobrinhos/as* em especial *João Marcos, Emille, Breno, Arthur e Jéssica*, obrigada pela torcida de sempre.

As *amigas* e aos *amigos*, que me roubam sorrisos, em *especial* e com um *valor inestimável à Glauce Souza* pela parceria na vida e ajuda na construção deste trabalho.

Obrigada Gal!

As *companheiras de militância*. Sou grata porque lutamos juntas.

Seguiremos em marcha até que todas sejamos livres!

Aos *colegas do mestrado*, em especial *Andreia, Isnanda Flávio e Tito Lívio* obrigada pelas experiências compartilhadas.

À *Maíne Norberto* por caminhar comigo nesta jornada e nas coletas. Nós conseguimos!

À minha *orientadora, Adriana Alves Nery*, a quem agradeço com fraterno carinho pelos

ensinamentos compartilhados, apoio, cobrança e, sobretudo, pela confiança durante o desenvolvimento desta pesquisa. Levo deste encontro o sentimento de ter alcançado o amadurecimento e crescimento profissional. Muito obrigada!

Aos *Professores/as e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde e aos motoristas da UESB*. Obrigada pela dedicação e compromisso.

Ao povoado de *Rio Preto do Costa* especialmente às *trabalhadoras rurais*, mulheres admiráveis que tive o prazer de conhecer e conviver durante esta pesquisa. Com vocês aprendi o valor da vida. “*Mulher é desdobrável, vocês são*”. Obrigada!

Ao *companheiro Ari*, parceiro fundamental na realização desta pesquisa, muitíssimo Obrigada!

Enfim, a todas e todos que contribuíram para esta grande conquista. OBRIGADA!

PERGUNTAS DE UM TRABALHADOR QUE LÊ

Quem construiu a Tebas de sete portas?

*Nos livros estão nomes de reis:
Arrastaram eles os blocos de pedra?*

*E a Babilônia várias vezes destruída
Quem a reconstruiu tantas vezes?*

*Em que casas da Lima dourada moravam os construtores?
Para onde foram os pedreiros, na noite em que a Muralha da China ficou
pronta?*

*A grande Roma está cheia de arcos do triunfo:
Quem os ergueu?
Sobre quem triunfaram os Césares?*

*A decantada Bizâncio
Tinha somente palácios para os seus habitantes?*

*Mesmo na lendária Atlântida
Os que se afogavam
gritaram por seus escravos
Na noite em que o mar a tragou?*

*O jovem Alexandre conquistou a Índia.
Sozinho?*

*César bateu os gauleses.
Não levava sequer um cozinheiro?*

*Filipe da Espanha chorou,
quando sua Armada naufragou.
Ninguém mais chorou?*

*Frederico II venceu a Guerra dos Sete Anos.
Quem venceu além dele?
Cada página uma vitória.
Quem cozinhou o banquete?*

*A cada dez anos um grande Homem.
Quem pagava a conta?*

*Tantas histórias.
Tantas questões.*

(Bertolt Brecht)

*“A única atitude justa consiste em lutar por nossas
ideias, quando a ocasião se apresenta.”*

(Clara Zetkin)

JESUS, Luanna Rodrigues. **Gestão em saúde e a atenção à saúde da trabalhadora rural**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia. 2016. 123p.

RESUMO

O trabalho rural tem contribuído de maneira expressiva para o desenvolvimento econômico do país, sendo possível destacar a participação da mulher no trabalho rural de forma efetiva tornando o labor feminino decisivo na segurança alimentar e manutenção da vida produtiva rural. Diante disso, este estudo teve como objetivos conhecer a concepção das trabalhadoras rurais acerca das condições de vida e trabalho e a relação com o processo saúde-doença; caracterizar o processo de trabalho desenvolvido pela trabalhadora rural; analisar o processo de trabalho da trabalhadora rural e sua relação com o processo saúde-doença e descrever a organização e as ações da gestão em saúde na assistência ao trabalhador e a trabalhadora. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório no qual empregamos como métodos a história oral na perspectiva da história oral de vida, a história oral temática e a análise de conteúdo de Bardin. Teve campo de investigação o município de Jequié, Bahia, e os cenários do estudo se constituíram do povoado de Rio Preto do Costa e de cinco serviços de saúde da rede municipal. Participaram deste estudo oito colaboradoras (trabalhadoras rurais) residentes no povoado de Rio Preto do Costa e cinco gestores/as de saúde que coordenam serviços com ações voltadas para os/as trabalhadores/as. Para as colaboradoras a técnica de coleta de dados foi o relato oral e para os/as gestores/as utilizamos a entrevista semiestruturada. Dos relatos das colaboradoras, emergiram três categorias: trabalhadoras rurais e o significado do trabalho, caracterização do trabalho rural feminino e a compreensão de saúde das trabalhadoras rurais. Das entrevistas com os/as gestores/as evidenciaram-se três categorias: rede de atenção à saúde do trabalhador: significado atribuído pelos/as gestores/as, a centralidade do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador na atenção à saúde do trabalhador e entraves e possibilidades para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Os resultados apontam que para as trabalhadoras rurais suas condições de vida e trabalho se entrelaçam, revelando uma trajetória marcada por dificuldades, direitos negligenciados, trabalho extenuante, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e que tanto a intensificação do processo de trabalho quanto à rotina de suas atividades redundam no desgaste físico dessas agricultoras interferindo nas condições de saúde destas mulheres. Concernente à gestão em saúde, os resultados mostraram que existe uma divergência entre os/as gestores/as sobre a existência de uma Rede em Saúde do Trabalhador apontando que no município esta rede não está configurada, o que repercute sobre a não implementação da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. Acredita-se que existe uma imbricação das condições de vida, trabalho e saúde das colaboradoras, marcada pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e evidenciada pela precária estruturação desses serviços a nível municipal, repercutindo de maneira direta sobre os agravos à saúde dessas mulheres. Assim, torna-se fundamental estruturar os serviços de saúde a partir da organização de uma rede de atenção à saúde do trabalhador/a no intuito de contribuir com a implantação da política de saúde do trabalhador e da trabalhadora.

Palavras-chave: Trabalho. Políticas Públicas. Saúde do Trabalhador Rural.

JESUS, Luanna Rodrigues. **Management in health and health care of rural working.** Thesis (MS). Graduate Program in Nursing and Health, specialization in Public Health. State University of Southwest Bahia - UESB. Jequié, Bahia. 2016. 123p.

ABSTRACT

Rural work has significantly contributed to the economic development of the country, highlighted by the participation of women in rural work effectively making female labor crucial in food security and the sustaining of rural productive life. In light of this, the aims of this study were to get to know about the conception of the rural workers with regards to their living and working conditions and the connection with the health-illness process; to characterize the work process developed by the rural worker; to analyze the work process of the rural worker and its relationship to the health-sickness process and describe the organization and management actions in healthcare in assisting the worker. This is an exploratory descriptive study, in which we employed as methods the oral history in the perspective of oral history of life, the thematic oral history, and the Bardin contents analysis. The municipality of Jequié in Bahia was used as the field of research and the study's scenarios were constituted from the village of Rio Preto do Costa and five services from the municipal healthcare network. The participants in this study were eight associates (rural workers); residents from the village of Rio Preto do Costa; and five health managers who coordinated services with actions targeted for the workers. For the associates, the method of data collection was by means of oral report and for the managers a semi-structured interview was used. Three categories emerged from the reports of the associates: Rural workers and the significance of work: Characterization of female rural work: The understanding of the rural workers' health. Three categories highlighted themselves from the interviews with the managers: The workers' healthcare attention network: The significance attributed by the managers, the centrality of the reference center in the worker's health and in the care of the workers' health: The obstacles and opportunities for the Workers' National Health Policy. The findings highlighted that living and working conditions were interwoven for the rural workers revealing a trajectory marked by difficulties, neglected rights, strenuous work, and a difficulty in assessing the health services which as a result are intensifying the work process as much as the routine of their activities, culminating in the physical wear and tear of these farmers and interfering in the condition of these women's health. Regarding healthcare management, the findings showed that there is a discrepancy amongst the managers about the existence of a workers' healthcare network indicating that this network has not been set up in the municipality, which has repercussions on the non implementation of the National Workers' Health Policy. From the associates, it is believed that there exists an interweaving of living, working and health conditions characterized by the difficulty of accessing the health services and evidenced by the precarious structure of these services at municipal level reverberating in a direct manner on the grievances towards the health of these women. Therefore, it becomes fundamental to structure the healthcare services beginning with the organization of the workers' healthcare attention network with the aim of contributing to the implantation of the healthcare policy of both male and female workers.

Keywords: Work. Public Policies. Healthcare of the Rural Worker.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
HO	História Oral
HOV	História Oral de Vida
HOT	História Oral Temática
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PED	Pesquisa de Emprego e Desemprego
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra De Domicílio
PNSST	Política Nacional de Saúde E Segurança no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PSF	Programa de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Características sócio-demográficas e perfil educacional dos/as gestores/as dos serviços de saúde do trabalhador do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2016.....	49
---	----

MANUSCRITO 2

Tabela 1: Características sócio-demográficas e perfil educacional dos/as gestores/as dos serviços de saúde do trabalhador do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2016.....	87
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	24
2 REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1 REFLEXÕES SOBRE TRABALHO E O TRABALHADOR RURAL NO BRASIL	30
2.2 AS RELAÇÕES DE GÊNERO E A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO RURAL	33
2.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	37
3 CAMINHAR METODOLÓGICO.....	42
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	42
3.2 CAMPO E CENÁRIO DA PESQUISA	44
3.3 COLABORADORAS DA PESQUISA.....	46
3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	48
3.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICA PARA COLETA DE INFORMAÇÕES.....	50
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	51
3.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES	52
3.8 ANÁLISES DAS INFORMAÇÕES	56
4 RESULTADOS	59
4.1 MANUSCRITO 1: VIDA, TRABALHO E SAÚDE: RELATOS DE TRABALHADORAS RURAIS	60
4.2 MANUSCRITO 2: GESTÃO EM SAÚDE E A ATENÇÃO À SAÚDE DA TRABALHADORA RURAL	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	109
ANEXOS	119

1 INTRODUÇÃO

A dimensão do trabalho na atualidade se apresenta sob diversos aspectos, corroborando assim, para a necessidade da discussão acerca do tema e para a compreensão das inúmeras nuances que surgem no mundo do trabalho a partir do advento da reestruturação produtiva: a precarização do trabalho, a exploração do/a trabalhador/a e a divisão sexual do trabalho. Nessa conjuntura, é necessário buscar conhecer as possíveis imbricações sobre a saúde das trabalhadoras.

Esse novo modelo de produção passa a ser estabelecido pelas indústrias capitalistas no período da Revolução Industrial. Constata-se que o processo de trabalho baseado na produção em série causou diversos sofrimentos aos trabalhadores homens, mulheres e até crianças. Os mesmos exerciam as suas funções em ambientes com péssimas condições de segurança e higiene. Praticamente, não existia direito trabalhista e o salário não supria as necessidades básicas de sobrevivência (TIGRE FILHO, 2013).

O meio rural também sofreu forte impacto da reestruturação produtiva. Vale destacar a mecanização e automação do trabalho rural que gerou mudanças à vida no campo. Isso, de maneira inevitável, contribuiu para a ocorrência de danos ao meio ambiente, à saúde do trabalhador, além de agravos sociais como o empobrecimento da população rural, a exclusão social e desemprego (MENEGAT; FONTANA, 2010).

Nesse contexto de profundas transformações sobre o universo do trabalho, sobretudo do trabalho rural, emerge o interesse de aprofundar os estudos em relação à mulher trabalhadora rural, justificado pela incipiência de produção científica referente a essa temática. Torna-se relevante buscar compreender se existe uma inter-relação do processo de trabalho desenvolvido por esta trabalhadora com as condições de vida e saúde e ainda, analisar como as ações em saúde do trabalhador tem se articulado frente às demandas do trabalho feminino no ambiente rural.

O interesse em ampliar a investigação da realidade da mulher do campo inicia-se com a primeira experiência de pesquisa junto às trabalhadoras rurais no ano de 2012, momento em que foi possível analisar as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde para a trabalhadora do campo na perspectiva da integralidade do cuidado e sob o enfoque de gênero. Essa análise ocorreu em duas Unidades de Saúde da Família/USF do perímetro rural do município de Jequié, situado no estado da Bahia.

O desenvolvimento deste estudo permitiu constatar a existência de uma invisibilidade latente sobre a mulher do campo no que se refere à sua valorização no trabalho e também a ineficiência dos serviços de saúde na assistência para essa mulher.

Geralmente, os serviços de saúde se compõem com ações assistenciais fragmentadas, ignorando a integralidade do cuidado e o enfoque de gênero, e desdobrando na não assistência das especificidades que estão imbricadas na realidade de vida e trabalho da mulher campesina.

Diante das questões supracitadas é preciso ressignificar o papel da mulher trabalhadora rural, uma vez que, no cenário atual, o Brasil tem apresentado um desenvolvimento em grande escala das atividades agrícolas, sendo elas de subsistência e riqueza. Porém, nos últimos anos, o agronegócio se tornou um dos setores mais importantes, contribuindo em saldos positivos na balança comercial do país e garantindo uma estabilização da economia nacional (AMBROSI; MAGGI, 2013).

Frente a esse desenvolvimento econômico do país, destaca-se a participação da mulher trabalhadora rural, de modo que, o trabalho feminino no espaço rural é decisivo na garantia da segurança alimentar, e em diversas situações tem extensa contribuição na manutenção da unidade produtiva (MENDES et al., 2014).

Observa-se que o trabalho é parte importante e necessária para a constituição da identidade social dos indivíduos e coletividades, sendo

fundamental para a reprodução social da humanidade e da garantia, dentre outros aspectos, da produção econômica da sociedade (BRASIL, 2009).

Referente aos aspectos da saúde destaca-se que na Conferência Mundial de Saúde realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, foi apresentada uma grande preocupação com a saúde dos trabalhadores rurais. Na ocasião, a Organização Mundial de Saúde (OMS) discutiu propostas específicas para a atenção a grupos populacionais de trabalhadores, particularmente os rurais, mineiros e migrantes (SCHLINDWEEIN, 2011).

A discussão da Organização Mundial de Saúde/OMS em Alma-Ata corrobora com Lara (2011), ao apontar que, diante do aparato de inovações tecnológicas e organizacionais a partir da reestruturação produtiva na sociedade capitalista, a pauta do trabalho e da saúde pensada para o trabalhador são indispensáveis para a garantia de condições dignas nos ambientes/processos de trabalho e na potencialização da vida desses indivíduos.

Nessa conjuntura de repensar as atividades realizadas no *lócus* do trabalho, assim como a relação com as condições de saúde dos trabalhadores, é então demarcada a origem dos movimentos de lutas sindicais dos trabalhadores, em especial do/a trabalhador/a rural.

Assim, o Estatuto da Terra (Lei nº 4.504 de 1964) se despointa como um marco da luta dos trabalhadores, uma vez que, esta legislação chama a atenção para a garantia de um melhor nível sanitário no espaço rural. Então, o artigo 75 da lei 4.504/64 dispõe sobre:

[...] a elevação do nível sanitário, através de serviços próprios de saúde e saneamento rural, melhoria de habitação e de capacitação de lavradores e criadores, bem como de suas famílias” apresentados, como alguns dos objetivos da Assistência Técnica (BRASIL, 1964, p.42).

O Estatuto da Terra emerge como uma resposta dos trabalhadores rurais à Ditadura Militar, no que se refere à luta pela Reforma Agrária. No Brasil, a problemática das condições de saúde dos trabalhadores tem seu aprofundamento com as reivindicações dos sindicatos articulados com os movimentos de oposição sindical dos anos setenta e oitenta do século XX, e dos movimentos de Reforma

Sanitária, das Conferências de Saúde e também pela conquista da promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988 (RAVAZIO, 2013).

Esse movimento de luta repensa as formas de compreensão e intervenção em torno das relações de trabalho, sendo responsabilidade do Estado garantir assistência em toda rede de serviços do Sistema Único de Saúde. Fundamenta-se nas bases teóricas da Saúde Coletiva, Epidemiologia Social e na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-doença, nos quais, o processo de trabalho é o centro para a explicação da saúde, trata-se de um modelo contra-hegemônico que não visa atender o capitalismo, mas garantir a Saúde do Trabalhador/ST (EVANGELISTA et al., 2011).

Porém, é necessário ressaltar que os fatores biológicos, psíquicos, sociais, econômicos, culturais e políticos também contribuem para o processo de saúde-doença dos indivíduos, sobretudo, dos trabalhadores. Esse processo é influenciado pelas condições de educação, saneamento, moradia, meio ambiente, renda, alimentação, acesso aos serviços básicos, dentre os quais, inclui-se a assistência oferecida pelas instituições de saúde (ROSADO; MAIA, 2011).

Nesse sentido, é preciso superar a lacuna do conhecimento no que se refere aos estudos sobre as condições de vida e saúde das trabalhadoras rurais. Os poucos estudos realizados sobre as mulheres camponesas tendem a caracterizá-las a partir de seu lugar dentro da unidade produtiva, chamando a atenção para a condição delas de não remuneradas e com baixa valorização (SILVA; SCHNEIDER, 2010).

Nesse cenário, a trabalhadora do campo vivencia um duplo processo de discriminação nos limites impostos pelas condições de produção e reprodução da sua vida como trabalhadora do campo, a partir de um modelo de desenvolvimento econômico que a exclui e oprime por ser da classe trabalhadora e por ser mulher (SCHWENDLER, 2009).

Partindo dessa ideia, há que se pensar em uma rede de saúde organizada e estruturada para garantir uma assistência adequada às especificidades que

envolvem a saúde da trabalhadora rural e que coadune com as diretrizes da política de saúde do trabalhador e trabalhadora.

Assim, a partir do que fora discutido e com o propósito de contribuir na produção de novos conhecimentos sobre o processo de trabalho-saúde-doença da mulher do campo, emergiram as seguintes questões que nortearam esta pesquisa:

- ✓ Como se caracteriza o processo de trabalho realizado pela trabalhadora rural?
- ✓ Quais são os mecanismos que influenciam a relação trabalho e o processo saúde-doença?
- ✓ Como a trabalhadora rural concebe o desenvolvimento do seu trabalho e as condições nas quais este se realiza?
- ✓ Como está organizada a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador no município de Jequié?

Para responder a esses questionamentos traçamos alguns objetivos.

Objetivo Geral:

- ✓ Conhecer a concepção das trabalhadoras rurais acerca das condições de vida e trabalho e a relação com o processo saúde-doença.

Objetivos Específicos:

- ✓ Caracterizar o processo de trabalho desenvolvido pela trabalhadora rural;
- ✓ Analisar o processo de trabalho da trabalhadora rural e sua relação com o processo saúde-doença;
- ✓ Descrever a organização e as ações da gestão em saúde na assistência ao trabalhador e a trabalhadora.

Desse modo, busca-se com este estudo, fornecer subsídios para avaliar a situação da problemática, do planejamento, do monitoramento e da avaliação da rede em saúde do trabalhador e da atenção a saúde das trabalhadoras rurais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REFLEXÕES SOBRE TRABALHO E O TRABALHADOR RURAL NO BRASIL

“A utilização da força de trabalho é o próprio trabalho”, assim afirmava Marx em 1867, (1989, p. 201). Na vida do homem existe uma necessidade de trabalho enquanto meio para garantir a subsistência, sendo aceita e afirmada como necessidade dura, mas também, o trabalho é definido não apenas como provedor, mas como detentor de um valor (VIEIRA, 2010).

Para Marx (1989), o trabalho produtivo se caracteriza enquanto uma categoria que, assim como as outras categorias econômicas que analisa, só pode ser definida com referência ao modo de produção social específico do qual se efetiva. Nesse sentido, a sociedade capitalista contemporânea tem sido marcada por várias mudanças nas últimas décadas. As transformações demarcam a esfera econômica, porém têm gerado implicações nas demais esferas sociais, e por conseguinte, no mundo do trabalho e dos/as trabalhadores/as (CARNEIRO; MENDONÇA, 2012).

No contexto atual do mundo do trabalho, o mesmo se apresenta de forma diversificada e se caracteriza como informal, registrado, autônomo, por tempo, por empreitada, por peça, por conta ou temporário. Já o trabalhador se configura como pessoa física, assalariada que vende sua força de trabalho, ou pessoa jurídica que diante das mais diversas regulamentações negociam o produto de seu trabalho, como serviço ou mercadoria (COTRIM, 2009).

No Brasil, o trabalho é regulamentado pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), através do decreto nº 5.452 de 1º de Maio de 1943 que estabelece no artigo 1º “as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho” (BRASIL, 1943). A Lei nº 5.889 de 8 de Junho de 1973, regulamentada pelo decreto nº 73.626 de 12 de Fevereiro de 1974 e no artigo 7º da Constituição Federal de 1988, adéqua o trabalho rural em todo território

nacional. Assim, assegurou-se o salário mínimo ao trabalhador rural, porém, sendo necessária a observação do piso salarial da categoria a qual pertence o empregado (BRASIL, 1973).

Assim, o artigo 2º da Lei nº 5.889 de 8 de Junho de 1973 define como empregado rural toda pessoa física que, em prédio rústico ou propriedade rural, realiza serviços de cunho não eventual ao empregador rural, sob dependência deste e mediante salário (BRASIL, 1973).

Nessa conjuntura, o trabalho rural no Brasil é caracterizado por atividades da agricultura, pecuária, atividade florestal, extrativismo e pesca artesanal. Os trabalhadores rurais se inserem em diferentes processos de trabalho e em relações de produção que se desenvolvem em torno da família, nas pequenas propriedades ou em grandes empresas agropecuárias (SIQUEIRA, 2009).

O meio rural no Brasil apresenta um contingente de 15,7 milhões de pessoas aproximadamente. Desses, 4,8 milhões são trabalhadores assalariados, 1,6 milhões possuem registro em carteira dos seus contratos de trabalho, ou seja, 3,2 milhões trabalham sem proteção legal, permanecendo na informalidade e representando 17% de toda a mão de obra ocupada no país (PNAD/IBGE, 2009). A média de anos de estudos desses trabalhadores representa quatro anos de escolaridade, sendo a maioria do sexo masculino, algo em torno de 70% e recebem até um e meio salário mínimo (CONTAG, 2012).

O trabalho rural no Brasil é marcado por inúmeras disparidades no que se refere às relações de produção: acesso à terra e à tecnologia utilizada e o valor e destino da produção. Por exemplo, é possível destacar a agricultura de subsistência e a pesca artesanal, uma vez que, essas atividades geram produtos essenciais ao abastecimento de grande parte da população, porém, continuam baseadas no trabalho familiar, na informalidade e sem apoio do poder público (SIQUEIRA, 2009).

Desse modo, a Constituição Federal de 1988 instituiu a figura do assegurado especial, incorporando à previdência social o setor rural informal, constituído pelos agricultores autônomos e auxiliares não remunerados, em

regime de economia familiar. Ainda, estabeleceu regras para efetuar a garantia de direitos e acesso a homens e mulheres com a redução no limite de tempo para a aposentadoria sendo 60 anos de idade para homens e 55 anos para as mulheres e também através da comprovação de tempo de trabalho (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva, um conjunto de mudanças significativas é apresentado pela Constituição Federal de 1988, como por exemplo, os avanços nas questões que se referem às relações de gênero. Nesse contexto o Código Civil de 2002 estabelece contribuições no sentido de garantir em lei a igualdade de gêneros entre homens e mulheres (LEAL, 2011).

Mas, é importante destacar que a garantia da igualdade de gêneros, estabelecida por lei, ainda precisa avançar, visto que, de maneira geral muitas são as dificuldades enfrentadas pelas mulheres no mercado de trabalho. Elas representam metade da população desempregada e quando ocupadas tendem a receber um salário menor que o dos homens. Isso ocorre devido à discriminação de gênero, fator determinante para as possibilidades de acesso, permanência e condições de trabalho (PED, 2013).

Nesse contexto, é necessário nos aproximarmos do campo empírico de investigação para compreender as condições de desigualdades vivenciadas pela mulher na perspectiva das relações entre os sexos (ALVES et al., 2012). Uma vez que, no mundo patriarcal e capitalista, as mulheres ainda sofrem devido às desigualdades de gêneros. Mas, políticas públicas que garantam o emponderamento e inserção das mulheres no mercado de trabalho têm sido mais frequentes (MESQUITA, 2012). Diante disso, é preciso fortalecer a discussão e afirmar que a entrada da mulher no mercado de trabalho contribui de forma significativa para o crescimento de uma região ou país (GONÇALVES et al., 2011).

Assim, na sequência será discutido sobre as relações de gênero e a divisão sexual do trabalho no meio rural, pois as mulheres enfrentam desafios de gêneros para a garantia da participação no mundo do trabalho, situação esta, que termina

por exigir políticas de intervenção para além do crescimento econômico e da eficiência do mercado de trabalho rural (FAO, 2011).

2.2 AS RELAÇÕES DE GÊNERO E A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO RURAL

Entender o trabalho enquanto uma prática social sexuada é uma forma de desconstruir a ideia que se tem do trabalho como uma atividade homogênea ao gênero humano. Pois, é notório que o trabalho possui práticas que envolvem características e significados do contexto das relações sociais e entre os sexos (CARLOTO; GOMES, 2012).

O termo “gênero” passou a ser utilizado inicialmente por volta do século XX dentro da literatura feminista, enfatizando um conceito de caráter fundamentalmente social das diferenças baseadas no sexo dos indivíduos. O conceito atribuído ao termo “gênero” ignora o determinismo biológico inerente no uso de expressões como “sexo” ou “diferença sexual” e destaca a construção social enquanto aspecto que define a distinção entre homens e mulheres (HERRERA, 2013).

O clássico estudo de Joan Scott sobre o conceito de “gênero” informa que generalizar o significado do termo não é algo positivo, pois, as diferentes correntes teóricas apresentam limitações na abordagem do tema. A autora destaca quatro vertentes para conceituar o termo: (i) a que aborda o gênero enquanto elemento intrínseco às relações sociais de acordo as representações simbólicas, gerando o primeiro significado das relações de poder; (ii) os conceitos normativos, que determinam de maneira enfática a ideia do feminino e do masculino, dando sentido e legitimando a oposição binária, resultando no domínio masculino; (iii) as perspectivas que diminuem o conceito de gênero a uma relação de parentesco e (iv) o gênero enquanto parcela de uma identidade subjetiva, sendo esta, uma contribuição da psicanálise para a interpretação da reprodução de gênero (SCOTT, 1995).

Para pensar as relações de gênero no contexto rural é necessário entender a opressão e subordinação da mulher camponesa, que perpassa pela naturalização do homem e da mulher mediante uma hierarquia dentro das famílias rurais, na qual a base material é a divisão sexual do trabalho. Esta diferenciação é determinada socialmente por meio de vivências, representações e símbolos, que se efetivam no dia a dia da dinâmica familiar (HERRERA, 2013).

É preciso destacar que a divisão sexual do trabalho não obedece a um pensamento determinista, porém possui um caráter flexível e mutável, ou seja, se adapta de acordo com a necessidade do contexto. Trabalho de mulher e de homem ganha forma e se reconfigura frente às relações sociais e ao pensamento social que demarcam cada contexto. Dessa forma, subentende que as atividades relacionadas à esfera reprodutiva são destinadas à mulher, enquanto o trabalho produtivo é delegado ao homem (ALVES et al., 2012).

Nessa perspectiva, a divisão sexual do trabalho é uma temática antiga que se centra na discussão sobre a divisão de funções masculinas e femininas. Nos últimos anos esse tema ganhou destaque, especificamente na década de 1970 quando ocorreu a inserção das mulheres no mercado de trabalho, determinando o advento da “Feminização do Mundo do Trabalho”¹, legitimando a mulher enquanto assalariada (LEAL, 2011).

Desse modo, os paradigmas do trabalho feminino se norteiam através de análises associativas dos estudos que abordam o labor feminino. Esses modelos constituem a divisão subalterna amparada na divisão sexual do trabalho, definidos como um controle do sexo masculino sobre o feminino, perpetuando de

¹A feminização do mundo do trabalho se caracteriza segundo Antunes (2009, p. 105) como o “aumento significativo do trabalho feminino, que atinge mais de 40% da força de trabalho em diversos países avançados e tem sido absorvido pelo capital, preferencialmente no universo do trabalho *part time*, precarizado e desregulamentado. [...] Sabe-se que esta expansão do trabalho feminino tem, entretanto, significado inverso quando se trata da temática salarial, terreno em que a desigualdade salarial das mulheres contradita a sua crescente participação no mercado de trabalho.” (ANTUNES, Ricardo L. C. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009).

forma desigual o acesso aos meios de produção e confinando a dependência do trabalho rural feminino ao homem (cônjuge ou não). Além disso, há o paradigma da dependência, vinculado à sociedade rural com menos capital, ou seja, com aspecto mais camponês, tradicional em seus sistemas produtivos sustentados pela complementaridade de trabalhos diferentes realizados por homens e mulheres nas unidades de produção (VIDAL, 2011).

No meio rural o processo de trabalho realizado pela mulher é subestimado pela sociedade, visto que, várias das atividades realizadas por elas não são associadas às categorias formalmente aceitas e reconhecidas pela sociedade no contexto do conceito de trabalho (FARIA, 2009).

A partir desse apontamento entende-se que o processo de trabalho da mulher no meio rural é considerado como um conjunto de atividades invisíveis à sociedade, sendo caracterizadas como práticas vinculadas ao trabalho doméstico (HERRERA, 2013). No entanto, mesmo com a invisibilidade do trabalho feminino no espaço rural é notória a participação das mulheres na transformação dos produtos produzidos em gêneros alimentícios (MENDES et al., 2014).

É possível constatar que no mercado de trabalho tem ocorrido um aumento da inserção da mulher ao longo dos anos, não apenas, em setores administrativos ou domésticos, mas também no segmento industrial, referentes ao abate de carnes, passando as mulheres a adquirir renda e contribuir na questão financeira familiar (GONÇALVES et al., 2011).

Desse modo, um estudo realizado sobre a diversidade tipológica do manejo rural feminino no Semiárido brasileiro apresenta a diversidade do trabalho feminino no setor agropecuário de unidades produtivas em comunidades rurais, nos fazendo perceber a contribuição da mulher na riqueza rural. O autor destaca o predomínio da alocação da força do labor da mulher na produção de carnes, ovos de aves, carne de suínos, hortícolas, frutas e em trabalhos administrativos da unidade familiar de produção rural (VIDAL, 2011).

Diante dessa discussão é imprescindível uma análise a partir da perspectiva de gênero que tenha como objetivo promover a melhoria das

condições de vida e trabalho, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher. Vale ressaltar que as populações expostas aos variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também se encontram expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2011).

É preciso discutir se o processo de trabalho vivenciado pelas trabalhadoras rurais gera impactos sobre a saúde delas, pois, as mesmas vivenciam situações de exposição aos agrotóxicos e a outros elementos que oferecem risco à saúde como: acidentes com animais, acidentes com ferramentas e máquinas, exposição à radiação solar e ruídos, lombalgias, agravos psicossociais, bronquite crônica, intoxicações, envelhecimento precoce, aumento da pressão arterial, câncer de pele e pulmão, exaustão por calor, câimbras e síncope (MENEGAT; FONTANA, 2010).

As condições de saúde da população rural se relacionam com especificidades do ritmo de trabalho sazonal, processos de mobilidade espacial dos acampamentos e assentamentos, baixa escolaridade, pobreza, situações de violência, relações de trabalho e relações de gênero, o que contribui para a vulnerabilidade dos trabalhadores. Dessa forma, faz-se necessário visualizar restrições e discriminações referentes ao acesso da mulher à terra, renda, crédito, tecnologias, dentre outras (BRASIL, 2011).

Partindo desse pressuposto, há a necessidade de se pensar em uma rede de saúde organizada e estruturada para garantir a assistência à saúde da trabalhadora rural. Assim, a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (CGSAT) tem adotado como estratégia a integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador, juntamente aos demais componentes da vigilância em saúde, dada a complexidade das ações próprias de Saúde do Trabalhador. Essa coordenação tem buscado a efetiva estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/RENAST para o fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, com participação da comunidade, dos trabalhadores com

foco no controle social, desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos em saúde (VILAS BOAS, 2011).

2.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

No modo de produção capitalista, o trabalho é determinado pelo processo de produção. Nesse processo, adoecer e acidentar são resultantes de relações sociais, nas quais, o trabalhador torna-se uma extensão da máquina. O trabalho que deveria gerar felicidade e prazer termina por causar fadiga, agravos, acidentes, sofrimentos físicos e mentais. Muitos acidentes de trabalho, quando não são fatais, podem deixar mutilações e dependências (LARA, 2011).

É nesse contexto, que a saúde do trabalhador, enquanto expressão concreta das inúmeras contradições das relações sociais de produção como é concebida atualmente no campo do conhecimento, não apresenta apenas uma direção técnica, mas, o componente ético-político presente no Sistema Único de Saúde. A apresentação do componente ético-político se dá a partir dos princípios que norteiam as ações de saúde e que instrumentalizam os trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho (OLIVAR, 2010).

Assim, o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, apresentava os seguintes requisitos para o efetivo exercício do acesso à saúde: a realização do trabalho em condições dignas, o conhecimento e o controle dos trabalhadores sobre os processos e ambientes de trabalho (BRASIL, 1986).

A partir de uma crítica severa aos programas de Saúde do Trabalhador (ST) que não garantiam vínculos sólidos com as estruturas orgânicas da saúde, surge a proposta de uma Rede de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que, os centros existentes eram isolados e marginalizados.

Esses centros foram inaugurados e desativados no decorrer das décadas de 1980 e 1990 (LEÃO; VASCONCELOS, 2011).

A partir desse contexto nos anos de 1999 e 2002 a Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador propõe debate para discutir de forma urgente o desenvolvimento de novas estratégias para romper os “guetos” existentes nessa área e se aprofundar nas políticas públicas de saúde do SUS. Assim, buscou-se inserir novas práticas assistenciais e de vigilância em todos os níveis do modelo técnico-assistencial adotado pelo SUS (LEÃO; VASCONCELOS, 2011).

Desse modo, no ano 2002 foi emitida a Portaria nº 1.679/GM/2002, a qual dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), percebida como estratégia fundamental para a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/PNSTT no território nacional (COSTA, 2012).

Em 2005, com a publicação da portaria nº 2.437/2005, objetivou-se ampliar e fortalecer a RENAST através da organização dos serviços, da implementação de ações de vigilância, promoção da saúde, fortalecimento do controle social e mudanças no financiamento para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST. Porém em 2009, a RENAST é novamente reformulada através da Portaria nº 2.728, de 11/11/2009, definindo que o CEREST tem a função de dar subsídio técnico para o SUS nas ações de saúde direcionadas aos trabalhadores urbanos e rurais (LEÃO, CASTRO, 2013).

De acordo com a portaria 2.728 de 11 de novembro de 2009 a RENAST se caracteriza como uma rede nacional de informações e práticas de saúde organizada de modo a implementar ações assistenciais de vigilância, prevenção e promoção da saúde centrada na saúde do trabalhador. Ainda, deve integrar a rede de serviços através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), elaborar protocolos clínicos, linhas de cuidado para a integralidade das ações na atenção básica, média e alta complexidade, serviços e municípios sentinela (BRASIL, 2009).

A criação de uma rede que atenda as demandas da saúde dos trabalhadores se justifica pelos dados oficiais da Organização Internacional do Trabalho (OIT) apontando que, anualmente ocorrem 270 milhões de acidentes de trabalho no mundo. Dois milhões desses acidentes são fatais, e ainda segundo “a OIT, o Brasil ocupa a 4ª posição no *ranking* mundial de acidentes fatais” (ZINET, 2012, p.16).

Outro aspecto que chama a atenção são as transformações no campo produtivo que ativaram a exploração da força de trabalho e o desgaste da saúde do trabalhador. Esforços incipientes ocorreram no sentido de minimizar as condições de sofrimento no trabalho e vários trabalhadores acometidos com algum agravo enfrentam dificuldades para serem atendidos. Essas tensões no campo da ST são históricas e ganham relevância no âmbito das políticas sociais. Assim, os sindicatos, empresários, gestores e trabalhadores destacam em suas agendas o importante debate sobre as condições de adoecimentos e de doenças do trabalho (LARA, 2011).

Embora tenham sido realizados esforços, é possível observar que a estruturação da rede enfrenta enormes entraves devido a pouca importância desta área na estrutura ministerial e devido aos interesses políticos que apresentam impactos na constituição, atribuições e na autonomia dos CEREST's (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013).

Nessa conjuntura, onde as ações de vigilância são um pressuposto básico da rede de atenção à saúde do trabalhador, é necessário destacar a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e reafirmar que a mesma deve compor o centro da intervenção sobre os fatores determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores (COSTA et al., 2013). Assim, várias iniciativas têm buscado fomentar avanços no contexto das políticas públicas de atenção integral em ST, envolvendo ações assistenciais de promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho (COSTA et al., 2013).

Nessa perspectiva, em 2011, foi criada através do decreto nº 7.602/2011, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho/PNSST. Essa política traz

como objetivo a promoção da saúde do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à saúde relacionados ao trabalho, ou que ocorram no curso dele ou por meio da eliminação ou redução dos riscos no ambiente de trabalho (BRASIL, 2011).

Para Costa et al. (2013), a PNSST emerge por iniciativa das cobranças dos profissionais e dos representantes da sociedade civil desde a década de 1990. A mesma deveria soar como uma resposta do Estado às limitações e ineficiências das ações públicas na área de ST. Porém, uma avaliação do decreto nº 7.602/2011 revela uma timidez e limitação, pois, ao invés de questionar as articulações interministeriais, reforça as atribuições existentes dos diversos ministérios e instituições, entre outras fragilidades que são expressas no decreto.

Nesse cenário, um dos desafios da ST é conseguir que o conjunto dos gestores e dos trabalhadores de saúde do SUS reúna em sua prática diária a compreensão de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença, sendo necessário o envolvimento de todo o sistema de saúde para garantir o cuidado integral aos trabalhadores (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

Como forma de direcionar os diversos atores envolvidos na saúde do trabalhador e como pressuposto para garantir o direito à saúde dos diversos trabalhadores na rede assistencial do SUS, o Ministério da Saúde editou no ano de 2012 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/PNSTT (BRASIL, 2012).

Essa política define que:

Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos dessa política (BRASIL, art. 3º, p. 1, 2012).

Para Gómez (2013), surge uma política que abrange como sujeitos todos os trabalhadores homens e mulheres em toda diversificação do trabalho e se

agrega ao conjunto de políticas de saúde do SUS, enfatizando a transversalidade das ações de saúde e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Mas, que apresenta alguns aspectos problemáticos que vão desde a estruturação da rede de ST, ações frágeis de vigilância, escassez da formação profissional nessa área, questão de financiamento e mudança na cultura assistencial ao trabalhador.

A organização da rede de atenção à saúde do trabalhador é pressuposto para contribuir na efetivação da PNSTT, mas o que se observa são CEREST's sem ação efetiva que muitas vezes dependem de outras instâncias de governo e não tem foco na prevenção de riscos. As ações em ST pressupõem além de recursos financeiros, profissionais capacitados uma política de Estado condizente com a lógica de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com atenção integral aos trabalhadores (COSTA et al., 2013).

Desse modo, o caminho para o avanço da ST no Brasil requer a construção de estruturas que coadunem com um modelo de saúde holístico da concepção de rede, capaz de estimular diversas articulações para a criação de um projeto multicêntrico e transdisciplinar. Além disso, que suas ações sejam transeitoriais e intrasetoriais, com comunicação efetiva entre as instâncias governamentais e sociais, permitindo o protagonismo dos trabalhadores como sujeitos ativos no processo de transformação, sob a ótica do trabalho e do processo saúde-doença (LEÃO; VASCONCELOS, 2013).

Contudo, no tocante a situação da ST no Brasil é importante a iniciativa do Ministério da Saúde de instituir a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora através da portaria nº 1.823/2012 que estabelece a participação do SUS no contexto da PNST, definindo as diretrizes e a estratégia da atuação do SUS nos diversos níveis para a garantia da atuação integral em ST, reafirmando o arcabouço teórico, o conjunto de princípios e diretrizes da ST e preconizando a ênfase nas ações de vigilância (COSTA et al., 2013).

3 CAMINHAR METODOLÓGICO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O delineamento do estudo é do tipo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa de investigação.

Os estudos descritivos e exploratórios procuram compreender um fenômeno para elencar variáveis e hipóteses. Este método é flexível quanto a coleta dos dados, haja vista que designa a manter maior familiaridade com o objeto de estudo, permitindo adentrar em uma realidade particular e contemplar com propriedade os conhecimentos envolvidos na temática (TRIVÑOS, 2009).

O método qualitativo tem por princípio teórico desvelar processos sociais pouco conhecidos, referentes a grupos específicos, caracterizando-se pela empiria e progressiva sistematização do conhecimento até que seja revelada a concepção da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. É, sobretudo, um método aplicado ao estudo da história, das crenças, percepções das relações, das representações, e opiniões, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, se sentem e pensam (MINAYO, 2010).

Para a abordagem qualitativa empregamos a História Oral (HO) como método. Segundo Meihy e Holanda (2013, p. 71-72),

[...] método é um recurso que indica um procedimento organizado e rígido de investigação, capaz de garantir a obtenção de resultados válidos para propostas desenhadas desde a formação de um projeto. Enquanto método, os procedimentos devem indicar caminhos específicos, determinantes, para a obtenção de efeitos esperados e estabelecidos aprioristicamente em função das hipóteses de trabalho [...]

Outro conceito atribuído à HO a define enquanto um agrupamento de procedimentos que não são atos isolados e sim a articulação e o planejamento de

algumas atitudes pensadas como um conjunto. Então, a história se apresenta enquanto um fator significativo para manter a experiência passada em estado vivo e latente (MEIHY; HOLANDA 2013).

Assim, para Thomson, (2000, p. 51),

a história oral permite acesso às experiências que não foram documentadas, as vidas de líderes que não possuem autobiografias, as “histórias ocultas” dos marginalizados: **trabalhadores, mulheres, indígenas, minorias étnicas** e membros de grupos excluídos. As entrevistas de história oral contribuem para explorar aspectos da experiência histórica que raramente são registrados, como as relações pessoais, vida doméstica e a natureza de organizações clandestinas.

Nessa perspectiva a HO instrumentaliza e ajuda os/as pesquisadores/as da área da saúde para a identificação de aspectos contemporâneos que se relacionam com o processo saúde, trabalho, doença, de forma dinâmica. E por meio das falas das próprias pessoas desbravam diversas possibilidades de explicação que podem fomentar uma práxis promotora de transformações na realidade vivenciada, a partir de uma sensibilização coletiva.

Para Portelli (2010, p. 3),

[...] na História Oral, damos voz aos sem voz. Não é assim. Se não tivessem voz, não teríamos nada a gravar, não teríamos nada a escutar. Os excluídos, os marginalizados, os sem-poder sim, têm voz, mas não há ninguém que os escute. Essa voz está incluída num espaço limitado. O que fazemos é recolher essa voz, amplificá-la e levá-la ao espaço público do discurso e da palavra. Isso é um trabalho político, porque tem a ver não só com o direito à palavra, o direito básico de falar, mas com o direito de falar e de que se faça caso, de falar e ser ouvido, ser escutado, de ter um papel no discurso público e nas instituições políticas, na democracia.

É nesse contexto que vemos a necessidade de compreender, perceber, reconhecer a relação saúde, trabalho, doença para além da quantificação dos dados e a partir daí dar visibilidade às trabalhadoras rurais, pois a inter-relação desses fatores é inerente à vida dessas camponesas, elas vivenciam e constroem o seu processo de trabalho e as repercussões sobre a sua saúde. Desse modo, essas cidadãs comuns, discriminadas duplamente por serem mulheres e do campo deslocam a realidade histórica ao explicar o sentido da vida coletiva a partir do lugar em que se encontram, pois estão envolvidas e fazem parte dessa conjuntura.

Acreditamos que ao falar de si mesmo, em vez de ter a fala representada por outro, é permitido ao indivíduo apoderar-se e empoderar-se sobre aquilo que é mesmo seu. Então, são os entrevistados que dão a voz ao entrevistador e não o contrário (PORTELLI, 2010).

3.2 CAMPO E CENÁRIO DA PESQUISA

O campo de pesquisa é idealizado enquanto um recorte no tempo e espaço feito pelo pesquisador para conceber uma realidade empírica a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação (MINAYO, 2010).

Nesse sentido, o campo da presente pesquisa foi o município de Jequié, Bahia. Os cenários constituíram-se do local de trabalho das trabalhadoras rurais e em alguns casos, das residências dessas mulheres, no povoado de Rio Preto do Costa. Também tivemos como cenário a Secretaria Municipal de Saúde, Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST e o Núcleo Regional de Saúde/NRS², local de trabalho dos gestores/as.

O município de Jequié está localizado na região Sudoeste da Bahia, apresenta uma população estimada em 161.150 habitantes, sendo caracterizado como um município de médio porte (IBGE, 2014). Possui uma área de unidade territorial de 3.227.343 Km² e uma densidade demográfica de 4.707 hab/Km². Apresenta um relevo de planícies e morros, clima predominante tropical-chuvoso e semiárido, vegetação de caatinga, mata de cipó, mata tropical e tem como bacia hidrográfica o Rio das Contas.

A pecuária e a agricultura foram a base de todo desenvolvimento de Jequié. O município tem uma diversidade produtiva no que refere à agricultura,

²As Diretorias Regionais de Saúde/DIRES foram extintas atendendo à Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014 e foram substituídas pelos Núcleos Regionais de Saúde/NRS. Disponível: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf

destacando-se o cacau, o café, a cana-de-açúcar, maracujá, melancia entre outros. O perímetro rural deste município é formado por oito distritos: Barra-Avenida, Itajurú, Florestal, Oriente Novo, Boaçu, Baixão, Itaibó e Monte Branco e um total de quinze povoados tais como: Tamarindo, Campo Largo, Santa Rita, Nova Esperança, Boa Vista, Humaitá, Santa Clara, Barragem da Pedra, Água Vermelha, Rio das Pedras, Morro Verde, Deus Dará, Cachoeirinha, Rio Preto do Costa e Marcela.

O distrito de Florestal localiza-se na zona da mata e a cultura do cacau é o seu maior setor econômico. A produção de hortaliças e verduras é o que dá sustentabilidade ao comércio da feira livre de Jequié.

O critério para a escolha do distrito de Florestal se deu pela representatividade das trabalhadoras rurais nessa localidade, demarcada pelo maior número de trabalhadoras que são vinculadas ao trabalho rural, à Associação de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (ATTR), sobretudo no povoado de Rio Preto do Costa e ainda, pela exímia participação dessas mulheres nas feiras locais e da região com a comercialização dos seus produtos.

No entanto, é preciso destacar que não existem registros oficiais que formalizem os dados relacionados a essas campesinas, segundo informações do Técnico da Expansão Rural da Secretaria Municipal de Agricultura, Irrigação e Meio Ambiente.

Do ponto de vista da saúde, Jequié está situada no Território de Identidade do Médio Rio de Contas, sendo sede da Região de Saúde que leva seu nome (BAHIA, 2015)³. O município está habilitado na Gestão Plena Municipal dos Serviços de Saúde, e de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2014).

Referente aos estabelecimentos de saúde o levantamento quantitativo aponta que a cidade de Jequié conta com um total de 197 instituições de saúde,

³As macrorregiões e microrregiões foram descontinuadas segundo o Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf

sendo sessenta municipais, cinco estaduais, cento e trinta e duas privadas. Dentre essas instituições o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES revela o registro de 23 Centros de Saúde/Unidade Básica e 16 Postos de Saúde (CNES, 2014). O município ainda conta com Unidades de Saúde da Família sendo 26 equipes de saúde atuando em Jequié (IBGE, 2009; DATASUS, 2012).

Quanto à rede municipal de assistência à saúde de média complexidade e alta complexidade, o município dispõe dos seguintes serviços: Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), Santa Casa Hospital São Judas Tadeu que realiza partos naturais baseados nos padrões de humanização estabelecidos pelo Ministério da Saúde/MS Ambulatório de Saúde Mental; Central de Regulação de Leitos; Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST); Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação (NUPREJ); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro de Referência em Saúde Sexual; Centro de Apoio Psicossocial Guito Guigó (CAPS); Centro de Apoio Psicossocial AD (CAPS – álcool e drogas); Farmácia Popular; Tratamento Fora do Domicílio (TFD); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Pronto Atendimento 24 horas; Laboratório Municipal (CNES, 2010).

3.3 COLABORADORAS DA PESQUISA

As colaboradoras desta pesquisa totalizaram um quantitativo de oito trabalhadoras rurais residentes no povoado de Rio Preto do Costa, perímetro rural do município de Jequié, Bahia.

Assim, é necessário destacar que referente às trabalhadoras rurais não foram utilizados termos já consagrados em outras tradições disciplinares e métodos de pesquisa que se valiam das entrevistas (referências, autor, informantes, objeto de pesquisa), mas, foi utilizado o método da HO. Pontua-se que na moderna HO é deliberadamente utilizada a palavra **colaborador**. Desse

modo, neste estudo para garantir a adequação ao gênero foi empregada a palavra **colaboradora**.

Nessa perspectiva, destacamos que o entrevistador/a não é um/a policial ou investigador/a e o/a entrevistado/a não é depoente nem investigado/a, logo, entrevistador/a e entrevistado/a são *colaboradores*. Pois, a participação de ambas as partes é espontânea e precisam manter uma possibilidade confortável para a realização da entrevista (MEIHY; HOLANDA, 2013).

A seleção das colaboradoras para participarem desta pesquisa, realizou-se através de uma amostra intencional, por meio da seleção de um ponto zero, sendo este, um depoente que inicia a história e serve como um guia para apontar os parceiros (colaboradores) subsequentes (MEIHY, 1996).

Desse modo, realizamos a seleção das trabalhadoras rurais a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser trabalhadora rural do povoado de Rio Preto do Costa, ter idade igual ou superior a dezoito anos de idade e estar vinculada ao trabalho rural em um recorte temporal de dois anos ou mais. A definição desse período temporal teve como finalidade garantir a riqueza dos relatos orais devido ao maior tempo de aproximação dessas colaboradoras com as práticas laborais no espaço rural.

Então, para a seleção das colaboradoras foi preciso definir o significado de colônia e de rede. “A colônia será sempre a espécie, da qual a rede é o gênero”, desta maneira temos a colônia como os “padrões gerais da comunidade de destino” e a rede como “uma subdivisão da colônia que visa estabelecer parâmetros para decidir sobre quem deve ser entrevistado ou não” (MEIHY, 1996, p. 53). Neste estudo, a colônia está representada pelo povoado de Rio Preto do Costa e a rede está formada pelas oito trabalhadoras rurais dessa localidade.

A seleção das oito colaboradoras da pesquisa tende a valorizar os argumentos e opiniões das mesmas, não recorrendo à saturação. Porém, foi levada em consideração a diversidade dos processos de trabalho no campo, realizada por essas trabalhadoras. Por exemplo, entre as oito colaboradoras estão àquelas vinculadas à agricultura com plantio de variados produtos que exigem

uma prática laboral diferente e tem as que se dedicam à pecuária e atividades na casa de farinha o que evidencia repercussões diferentes sobre as condições de saúde-trabalho-doença.

As trabalhadoras rurais foram identificadas por nomes de cachoeiras existentes no distrito de Florestal, por ser essa região rica em águas e como forma de valorizar a terra onde vivem e trabalham essas mulheres. Assim, foi possível garantir o anonimato das colaboradoras.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Neste estudo, além das colaboradoras (trabalhadoras rurais), os gestores dos serviços de saúde do município de Jequié também se constituíram como participantes dessa pesquisa, sendo esses profissionais, cinco gestores/as que chefiam e/ou coordenam os serviços de saúde deste município e que desenvolvem ações direcionadas ao trabalhador, a saber: Secretaria Municipal de Saúde, Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST, Vigilância Epidemiológica, Departamento de Assistência à Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador do Núcleo Regional de Saúde/NRS.

Para os/os gestores/as da saúde foram elencados os seguintes critérios de inclusão: ser gestor de alguma das unidades que compõe os serviços de saúde deste município e que realizem ações direcionadas aos trabalhadores e também, possuir experiência profissional na área de gestão em saúde e/ou saúde do trabalhador. Na tabela 1, estão representadas as características sócio-demográficas e o perfil educacional dos/as gestores/as.

Tabela 1: Características sócio-demográficas e perfil educacional dos/as gestores/as dos serviços de saúde do trabalhador do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2016.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
Faixa Etária		
20 a 29 anos	2	40
30 a 39 anos	3	60
Sexo		
Feminino	4	80
Masculino	1	20
Profissão/Ocupação		
Enfermeira (o)	4	80
Outros	1	20
Experiência profissional		
1 a 5 anos	1	20
6 a 11 anos	3	60
≥ 12 anos	1	20
Tempo de atuação no cargo/função		
<1 ano	3	60
≥1 ano	2	40
Regime de trabalho		
40h	5	100
Vínculo empregatício		
Cargo comissionado	3	60
Estatutária (o)	2	40
PERFIL EDUCACIONAL		
Treinamento/Curso Área de Gestão e/ou Saúde do Trabalhador	2	40
Gestão Pública em Saúde	1	20
Saúde do Trabalhador	1	20
Outro (s)	1	20
Especialização*		
Gestão pública em Saúde	1	14,3
Mestrado	1	14,3
Doutorado	1	14,3
Outros	4	57,1

*O n dessa variável foi maior que 5 porque um(a) participante apresentou mais de uma especialização.

3.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICA PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

Nesta pesquisa, no que se refere às colaboradoras (trabalhadoras rurais), utilizamos o relato oral como técnica para a coleta das informações. No entanto, para a coleta de informações junto aos gestores/as da saúde recorreremos à técnica de entrevista semiestruturada.

Desse modo, com o intuito de responder aos objetivos propostos que se direcionam a conhecer a concepção das trabalhadoras rurais acerca das suas condições de vida e trabalho, caracterizar e analisar o processo de trabalho dessas trabalhadoras e sua relação com o processo saúde-doença, utilizamos como instrumento e técnica de informações o Relato Oral (RO) na perspectiva da História Oral de Vida e História Oral Temática.

Portelli (2010, p. 3), considera que:

Há pessoas que não sabem escrever ou ler; há pessoas que não manejam o computador; porém a voz, a oralidade, é um meio de comunicação que todos os seres humanos possuem e, de alguma maneira, controlam. Então, quando buscamos fontes orais, as buscamos em primeiro lugar porque na oralidade encontramos a forma de comunicar específica de todos os que estão excluídos, marginalizados, na mídia e no discurso público. Buscamos fontes orais porque queremos que essas vozes – que, sim, existem, porém ninguém as escuta, ou poucos as escutam – tenham acesso à esfera pública, ao discurso público, e o modifiquem radicalmente.

Observa-se que a história oral não pertence a um domínio resumido do conhecimento, aplicado apenas como instrumento de coleta dos dados ou como técnica. A riqueza e especificidades da história oral se fazem justamente pela possibilidade das diversas abordagens que se movem em um campo multidisciplinar (ALBERTI, 1990).

Nesta pesquisa, por meio da HO de vida, deu-se início a narração dialógica possibilitando o desvelar das vivências das trabalhadoras rurais aproximando entrevistadora e colaboradoras. Assim, através deste vínculo iniciaram a HO temática para atender ao tema específico referente às condições de saúde-trabalho-doença dessas trabalhadoras.

Para Meihy e Holanda (2013, p. 35),

histórias de vidas são decorrentes de narrativas e estas dependem da memória, dos ajeites, contornos, derivações, imprecisões e até das contradições naturais da fala. No caso da história oral temática, contudo a existência de um foco central que justifica o ato da entrevista em um projeto recorta e conduz a possíveis maiores objetividades.

Desse modo, o relato oral das trabalhadoras rurais foi direcionado por um roteiro (APÊNDICE C) que apresenta informações referentes ao perfil sócio-demográfico e as questões norteadoras que conduziram as narrativas das colaboradoras.

Para Portelli (2010, p. 6), a entrevista é:

um experimento de igualdade, é um momento utópico – momento utópico em que tratamos de imaginar como poderia ser o mundo se o camponês pobre e o professor catedrático fossem política e socialmente iguais. É um momento utópico e também um momento crítico, porque se reconhece a injustiça social que tratamos de iluminar, de criticar e de destruir. Logo, não há técnicas de entrevista, mas éticas na entrevista: respeito, paciência, flexibilidade, paixão autêntica de conhecer os outros e de estar com eles em uma história compartilhada.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo desenvolvido atendeu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que versa sobre as pesquisas que envolvem seres humanos e respeitando-se todos os preceitos ético-legais, de modo a garantir os direitos do ser humano no que diz respeito às pesquisas científicas.

Por conseguinte, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) por meio da Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas que envolvem seres humanos. A Plataforma Brasil permite o acompanhamento das pesquisas em seus diferentes estágios até a aprovação. Além disso, permite a apresentação de documentos à sociedade e o acesso aos dados públicos de todas

as pesquisas aprovadas (BRASIL, 2011). Esta pesquisa foi aprovada sob parecer nº 914.523 (ANEXO A).

A coleta de dados foi realizada tão somente após a emissão do parecer favorável do CEP/UESB. As colaboradoras e os participantes da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES A/B) e foram informados/as acerca da justificativa, dos objetivos, dos riscos e dos benefícios do estudo, além de sua total liberdade de recusar-se a responder a qualquer questão, bem como de desistir de sua participação a qualquer momento. Ainda, foi apresentada às colaboradoras a Carta de Cessão (APÊNDICE E) para garantir a autorização do uso e arquivamento dos relatos.

Nenhuma das colaboradoras e participantes foi beneficiada/o com recurso financeiro ou de qualquer natureza.

3.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Enquanto aguardava a tramitação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da UESB, o passo inicial foi percorrer a Secretaria Municipal de Saúde, o Sindicato de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais e a Secretaria de Agricultura, Meio Ambiente e Irrigação do município estudado, a fim de encontrar dados referentes aos distritos e povoados. A expectativa era, por meio desses dados, encontrar uma demanda de mulheres trabalhadoras rurais e um representante local que mediasse o contato da pesquisadora com as trabalhadoras rurais da localidade. Após a identificação do local e do representante foram realizados contatos para agendamento das datas de entrada em cada campo.

Assim, em março de 2015 foi realizado um estudo piloto com duas trabalhadoras rurais da sede do distrito de Florestal, a fim de testar o instrumento (APÊNDICE C). Após a realização dos ajustes no roteiro para conduzir o relato oral das trabalhadoras, de acordo com as análises do estudo piloto iniciou-se a coleta das informações.

Inicialmente, foi realizado contato com o presidente da associação de trabalhadores e trabalhadoras rurais da localidade de Rio Preto do Costa. Posteriormente, foi agendado um encontro com o responsável pela associação e o mesmo mediou um encontro com uma trabalhadora rural, sendo essa a informante zero.

Na pré-entrevista foi desenvolvido o primeiro contato com a colaboradora, momento que seguiu com as explicações sobre a pesquisa, objetivos, garantia do anonimato, direito de participar ou desistir em qualquer momento da pesquisa. Na ocasião a colaboradora assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNDICE A) e a apresentação da Carta de Cessão (APÊNDICE E).

A pré-entrevista ocorreu nos períodos de abril de 2015 a novembro de 2015, com um longo intervalo sem coletas por conta das chuvas dos meses de junho de 2015 a outubro de 2015. A extensão desse período se justifica pela dificuldade de acesso à localidade, de transporte, deslocamento para a zona rural, questões climáticas e intercorrências com a disponibilidade de um morador local que acompanhasse as visitas até as trabalhadoras, uma vez que, a pesquisadora não era conhecida no povoado.

As entrevistas foram realizadas em vários encontros, se estendendo pelo mesmo período da pré-entrevista, frente às dificuldades vivenciadas para o acesso à zona rural e encontro com as colaboradoras, o que não permitiu um agendamento prévio com cada colaboradora.

Assim, as entrevistas por meio do relato oral foram realizadas mediante ao encontro com as colaboradoras indicadas pela entrevistada zero. Quando as trabalhadoras aceitavam participar e se adequavam aos critérios propostos pelo estudo, imediatamente, em seu local de trabalho ou na residência eram realizadas as explicações sobre o projeto, a assinatura do TCLE (APÊNDICE A) e a apresentação da Carta de Cessão (APÊNDICE E), pois, a acessibilidade a determinadas localidades do povoado eram desfavoráveis para agendamentos

posteriores. As colaboradoras totalizaram um quantitativo de oito trabalhadoras rurais.

O tempo das entrevistas foi flexível adequando-se a disponibilidade da entrevistada. As colaboradoras iniciaram os relatos compartilhando suas histórias e experiências ao longo da vida e sua relação com a localidade onde mora. Esse momento dialógico permitiu a criação de vínculo entre entrevistadora e colaboradoras. A partir daí, foi possível conduzir a objetividade para o tema específico, constituindo-se na abordagem da HO temática.

Neste estudo as entrevistas foram únicas e diretivas, ou seja, conduzidas por um roteiro com questões norteadoras (APÊNDICE C), que contribuíram na condução do encontro. As entrevistas duraram em média de 30 a 50 minutos de acordo com a necessidade e os elementos apresentados pelas colaboradoras. Todos os relatos orais foram gravados, a partir da autorização das colaboradoras.

Segundo Meihy e Holanda (2013, p. 21),

A moderna história oral depende de recursos eletrônicos na medida em que estes se colocam como meios mecânicos para auxiliar não apenas a gravação em seu momento de realização mas, sobretudo depois, quando se presta à fase de transposição do oral para o escrito.

Toda entrevista depois de findada, deve apresentar um duplo termo de cessão ou carta de cessão. Neste estudo optamos por elaborar uma carta de cessão com poderes ilimitados a autora que assinadas pelas colaboradoras, autorizam a fazer uso dos depoimentos sem restrições de prazos e citações (APÊNDICE E). Segundo Meihy e Holanda (2013, p.148) a carta de cessão é definida como “um documento fundamental para definir a legalidade do uso da entrevista, ela pode remeter tanto a gravação quanto ao texto final.” Assim, é através desse documento que se garante a existência pública do mesmo e os direitos de uso da entrevista, encaminhado à autora.

No presente estudo o instrumento e técnica para coleta de informações utilizada junto aos gestores/as da saúde, foi o Roteiro de Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE D). De acordo com Minayo (2010), a entrevista é uma importante técnica, pois apresenta atributos reveladores de condições

estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, sendo um transmissor de representações através da possibilidade da fala do indivíduo.

Ao utilizar a entrevista, trabalha-se com uma fala relativamente instintiva, permeada pela subjetividade e por uma peculiaridade individual, num discurso com certa multidimensionalidade e paradoxos (BARDIN, 2011).

Desse modo, foi encaminhado um ofício (ANEXO B) à Secretaria Municipal de Saúde/SMS de Jequié para garantir autorização para a coleta de dados desta pesquisa. Após liberação do cenário de estudo, mediante autorização da SMS (ANEXO C), foi realizado contato com os/as gestores que chefiam ou coordenam os serviços de saúde, a saber: Secretaria Municipal de Saúde, Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST, Vigilância Epidemiológica, Departamento de Assistência à Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador do Núcleo Regional de Saúde/NRS.

A entrevista semiestruturada foi direcionada aos cinco gestores/as dos serviços de saúde do município de Jequié que ofertam ações direcionadas aos trabalhadores e trabalhadoras. Teve como subsídio um roteiro (APÊNDICE D) que serviu como guia. O mesmo apresenta questões referentes ao perfil sócio-demográfico e educacional dos/as informantes, assim como, sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a organização da rede de atenção à saúde do trabalhador do município estudado.

As entrevistas com os/as gestores/as foram previamente agendadas, realizadas no local de trabalho de cada participante, em horário estabelecido pelos/as profissionais. Primeiramente, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNCIDE B) com explicações sobre o estudo, objetivos, e demais aspectos que envolviam a pesquisa. Após aceitação e assinatura do TCLE pelo/a informante, procedeu-se com a entrevista. Esse momento ocorreu livre de constrangimentos de modo que garantiu a privacidade e anonimato dos/as entrevistados/as.

Desse modo, o pesquisador pôde vivenciar uma interação social capaz de organizar informações pertinentes ao objeto de pesquisa devido à possibilidade

de captar a subjetividade do entrevistado, permitir que o sujeito se expressasse, tivesse voz ativa e imprimisse o seu significado à temática em questão a partir da realidade que ele vivencia (MINAYO, 2010).

3.8 ANÁLISES DAS INFORMAÇÕES

A análise das informações referentes às entrevistas com as trabalhadoras rurais foi desenvolvida de acordo com a história oral, pois, a mesma pode ser utilizada tanto como técnica de produção quanto tratamento e análise dos depoimentos gravados.

A análise da história oral segundo Meihy e Holanda (2013), obedece a seguinte sequência após a entrevista: **transcrição, conferência uso e arquivamento.**

A fase de transcrição refere-se à mudança da gravação oral para o escrito. Segundo Portelli (2010, p.216),

a história oral, hoje, está plenamente consciente dos problemas colocados na transposição de uma performance oral para um texto escrito. Cada historiador tem suas próprias soluções, mas todos deparam com os mesmos problemas: a poética e a política da história oral se assentam no reconhecimento dialógico da fonte do texto.

Neste estudo adotamos a transcrição trabalhada, o que poderíamos definir como transcrição tratada, ou seja, já que existe um compromisso com a história pública, deve ir a público um texto trabalhado. Assim, para melhorar o texto e sintetizar as ideias a fim de promover uma boa recepção do leitor, a entrevista foi corrigida, retirados vícios de linguagem e inadequações gramaticais. Além disso, as palavras repetidas foram excluídas quando em excesso, porém, com a manutenção do sentido intencional da narradora.

Após a realização da última etapa da transcrição, a transcrição, onde as inferências da autora aparecem e muitas vezes é refeito houve a legitimação por parte das colaboradoras, na etapa de conferência. A conferência aconteceu depois que o texto foi transcrito, onde na versão final ocorreu o entendimento que

permitiu o diálogo entre colaboradoras e entrevistadora sobre a importância dos ajustes que foram feitos no texto, conferindo a fidedignidade da entrevista. Para Meihy e Holanda (2013, p. 16), “os cuidados éticos são fundamentais em história oral. Como garantia, é prudente deixar claro que nada será divulgado sem a prévia autorização do entrevistado”.

A conferência foi realizada no povoado de Rio Preto do Costa em um local que era ponto de referência para as colaboradoras e entrevistadora, para evitar grandes deslocamentos. Esse momento se deu de forma individual, respeitando a disponibilidade de cada colaboradora e foi previamente agendado através do presidente da associação local.

As informações oriundas das entrevistas semiestruturadas com os/as gestores/as, após transcrição, foram ordenadas, classificadas e analisadas segundo o método de análise de conteúdo de Bardin. Esse método se refere a uma ferramenta capaz de proporcionar uma melhor compreensão do que foi comunicado pelo informante e, para isso, são examinadas nos dados colhidos as características gramaticais e ideológicas que a palavra confere. Também, extraem-se do discurso os aspectos considerados mais relevantes para atender aos objetivos propostos (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011, p. 125):

As diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Desse modo, antes de proceder à análise, o material foi editado e as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. Foi realizada a leitura flutuante do material coletado e procedeu-se a construção do *corpus* do estudo observando os critérios da exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade.

Durante a exploração do material e para atender aos objetivos propostos, foi construído um quadro de forma didática com as falas dos participantes, os pontos de convergência, divergência e o que se apresentava como inusitado nas

entrevistas. A partir daí, por meio do processo analítico, a síntese dos dados foi evidenciada em três categorias empíricas. A categoria 1: rede de atenção à saúde do trabalhador: significado atribuído pelos/as gestores/as/; categoria 2: a centralidade do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador na atenção à saúde do trabalhador e a categoria 3: entraves e possibilidades para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados em forma de dois manuscritos científicos que foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão. A seleção dos temas visa contemplar os objetivos propostos no estudo. Os manuscritos intitulados “*Vida, trabalho e saúde: relatos de trabalhadoras rurais*” e “*Rede de Atenção à saúde do trabalhador: percepção da gestão em saúde*” serão apresentados a seguir.

4.1 MANUSCRITO 1: VIDA, TRABALHO E SAÚDE: RELATOS DE TRABALHADORAS RURAIS

O manuscrito será submetido à *Revista Latino Americana de Enfermagem*, elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1169&lng=en&nrm=iso

Vida, trabalho e saúde: relatos de trabalhadoras rurais

Luanna Rodrigues de Jesus, Adriana Alves Nery

Resumo

Objetivo: conhecer a concepção das trabalhadoras rurais acerca das condições de vida e trabalho, e a relação com o processo saúde-doença. *Métodos:* Estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa de investigação. Foram utilizadas como método, as modalidades de História Oral de Vida e História Oral Temática. Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas com oito trabalhadoras rurais. *Resultados:* Após a avaliação dos relatos orais emergiram três categorias: relatos de vida das trabalhadoras rurais: o significado do trabalho, caracterização do trabalho rural feminino e significado de saúde das trabalhadoras rurais. *Conclusão:* O material empírico dos relatos permitiu uma construção real e concreta vivenciada por essas camponesas, para as quais as condições de vida, trabalho e saúde são negadas a partir da precária estruturação de diversos serviços, sobretudo na área da saúde, repercutindo de maneira direta sobre os agravos à saúde dessas mulheres.

Descritores: Mulher; Rural; Trabalho; Saúde

Keywords: Women; Rural; Work; Health

Descriptores: Mujeres; Rural; Trabajo; Salud

Introdução

Neste estudo, abordamos as narrativas orais das trabalhadoras rurais residentes no povoado de Rio Preto do Costa, localizado no distrito de Florestal, perímetro rural do município de Jequié, Bahia. Buscamos dar visibilidade às trajetórias de vida dessas mulheres e procuramos evidenciar a partir dos relatos dessas trabalhadoras, quais as demandas expressadas por elas, no que se refere ao processo saúde, trabalho, doença.

No cenário mundial, as mulheres representam cerca da metade dos 2,5 milhões de criadores, pequenos agricultores, habitantes das florestas e pescadores. Nesse contexto rural, a participação feminina tem sido expressiva cumprindo um papel efetivo na sustentabilidade dos diversos sistemas alimentares, especialmente nos países em desenvolvimento⁽¹⁾.

Apesar das trabalhadoras rurais na América Latina serem responsáveis por 45% da produção de alimentos, boa parte delas vivenciam situações de insegurança alimentar, sendo que um dos fatores que contribui para esta realidade se refere à falta de documentos como: certidão de nascimento, carteira de identidade e cadastro de pessoa física. Esse fato fomenta a exclusão de cerca de 15 milhões de trabalhadoras rurais ao acesso de políticas públicas direcionadas à agricultura familiar, reforma agrária, entre outras⁽²⁾.

No Brasil, nos períodos que antecedem os anos de 1980, as mulheres que exerciam o labor no campo não eram reconhecidas enquanto trabalhadoras rurais, sendo que estas não eram sindicalizadas, estavam invisibilizadas dentro dos movimentos sociais e o estado não garantia a esse grupo direitos fundamentais, como acesso aos documentos de identificação pessoal, a aposentadoria e ao título de posse da terra⁽³⁾.

A partir dessa invisibilidade das mulheres rurais enquanto sujeitos sociais e políticos, é então demarcada a construção dos movimentos de luta no campo direcionada ao reconhecimento da profissão de trabalhadora rural e dos direitos previdenciários⁽⁴⁾. Assim, no ano de 1988 a promulgação da Constituição Federal, no artigo 7º iguala o trabalho rural ao trabalho urbano, prevendo os mesmos direitos trabalhistas ao trabalhador e à trabalhadora rural⁽⁵⁾.

No que tange aos papéis de gênero presentes nas relações de trabalho rural, existe uma disparidade na função da mulher no processo de produção, ao passo que suas atividades são consideradas, muitas vezes, como mera ajuda ao trabalho desenvolvido pelo homem e/ou como uma obrigação da condição de esposa, levando as mulheres a caracterizar seu trabalho

como improdutivo ou inferior ao do homem. Assim, naturalizam a divisão sexual do trabalho de maneira desigual⁽⁶⁾.

Frente a esse contexto, há uma incipiência de estudos que abordam as condições de vida dessas trabalhadoras a partir de uma análise sobre a relação saúde-trabalho-doença. São limitados os estudos enfocando os problemas de saúde da mulher trabalhadora rural, dificultando à proposição de ações de saúde coerentes às especificidades dessas mulheres⁽⁷⁾.

A partir dessa compreensão, emerge a necessidade de investigar os aspectos que estão imbricados no processo de trabalho realizado por essas mulheres. A finalidade é ampliar e adequar conhecimentos que subsidiem a elaboração de políticas públicas, evitando a perpetuação da invisibilidade das questões que determinam as condições de vulnerabilidades da mulher residente e trabalhadora rural.

Diante desse propósito, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras para este estudo: como se caracteriza o processo de trabalho realizado pela trabalhadora rural? Quais são os mecanismos que influenciam a relação trabalho e o processo saúde-doença? Como a trabalhadora rural concebe o desenvolvimento do seu trabalho e as condições nas quais este se realiza? Para responder a esses questionamentos traçamos como objetivo geral conhecer a concepção das trabalhadoras rurais acerca das condições de vida, trabalho e a relação com o processo saúde-doença; e ainda os seguintes objetivos específicos: caracterizar o processo de trabalho desenvolvido pela trabalhadora rural, analisar o processo de seu trabalho e a sua relação com o processo saúde-doença.

Método

O delineamento do estudo é do tipo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa de investigação. Para a abordagem qualitativa foi utilizada a História Oral (HO) como método, especificamente, os gêneros de História Oral de Vida e História Oral Temática. Existem três

gêneros distintos de HO, sendo, História Oral de Vida, Tradição Oral e História Oral Temática⁽⁹⁾.

A HO de Vida é o resultado da intervenção de um ouvinte/questionador que dará início ao encontro e criará um espaço narrativo para o narrador que tem uma história a contar⁽⁸⁾; a Tradição Oral aborda o pressuposto de reconhecer o outro nos detalhes auto-explicativos de sua cultura e a HO Temática, tem a responsabilidade de discutir um tema central definido, onde outros contribuam para o seu esclarecimento⁽⁹⁾.

Esta pesquisa insere-se na perspectiva das modalidades de HO de vida e temática, uma vez que, por meio da HO de vida deu-se início a narração dialógica possibilitando revelar as vivências das trabalhadoras rurais, aproximando entrevistadora e colaboradoras. Assim, através desse vínculo, iniciaram a HO temática para atender ao tema específico referente às condições de saúde-trabalho-doença dessas trabalhadoras.

O cenário de realização do estudo foi o povoado de Rio Preto do Costa, localizado no distrito de Florestal, perímetro rural do município de Jequié, Bahia. A coleta do material empírico ocorreu no período de abril a novembro de 2015, no local de trabalho das colaboradoras e algumas nas suas residências. O ambiente de trabalho era o espaço de maior possibilidade de encontro com essas mulheres, pois, as mesmas passam a maior parte do dia no ambiente de trabalho exercendo o seu labor.

As colaboradoras foram selecionadas a partir de uma amostra intencional, na qual a origem da rede se dá através de um ponto zero que é o/a depoente que inicia a história e serve de guia para garantir a indicação de outras colaboradoras que vão compor a rede⁽⁹⁾.

Nesse contexto, foi estabelecida a formação da colônia e da rede. Assim, através de uma comunidade que apresenta os mesmos padrões gerais, se definiu a colônia sendo a rede, uma subdivisão dessa colônia, ou seja, uma parcela dessa comunidade⁽⁹⁾. Nesta pesquisa, o povoado de Rio Preto do Costa constitui a colônia e a rede foi formada pelas oito

trabalhadoras rurais que aceitaram participar da pesquisa e que atendiam aos critérios previamente estabelecidos.

Para a seleção das colaboradoras, utilizou-se como critérios: ser trabalhadora rural do povoado, ter idade igual ou superior a dezoito anos de idade e estarem vinculadas ao trabalho rural¹ em um recorte temporal de dois anos ou mais. A definição desse período temporal teve como finalidade garantir a riqueza dos relatos orais devido ao maior tempo de aproximação dessas colaboradoras com as práticas laborais no espaço rural.

A realização da coleta e análise das informações ocorreu através da pré-entrevista onde foi realizada a preparação para gravar os relatos. A entrevista foi efetuada por meio do relato oral, seguiu com a transcrição momento da mudança do estágio de gravação para o escrito. A conferência junto às colaboradoras, seguida do uso e arquivamento. As colaboradoras da pesquisa foram identificadas por nomes de cachoeiras existentes no distrito de Florestal por ser esta região rica em águas e como forma de valorizar a terra onde vivem e trabalham essas mulheres para assim, garantir o anonimato das colaboradoras.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, *campus* de Jequié, sob parecer nº 914.523. Seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi apresentado às colaboradoras por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Previamente, foi explicado sobre o objetivo do estudo e o formato da coleta, sendo por meio de entrevistas gravadas,

¹ Nesse estudo consideramos o trabalho rural a partir da descrição apresentada por Siqueira (2009), sendo caracterizado por uma diversidade de atividades vinculadas à pecuária, lavoura, extrativismo, pesca artesanal e atividade florestal. Os/as trabalhadores/as rurais se inserem em distintos processos de trabalho no âmbito rural e fomentam relações de produção que ocorrem no espaço familiar, nas grandes empresas agropecuárias e nas pequenas propriedades. (Siqueira MM. *Relações de Trabalho no Campo*. Rev Gestão e Tecnologia, Pedro Leopoldo, v.9, n.2, p. 1-17, ago-dez, 2009).

mediante autorização das colaboradoras, assinatura do TCLE, assim como, da Carta de Cessão, um documento fundamental que define a legalidade do uso das entrevistas⁽⁹⁾.

Resultados e Discussão

A partir da abordagem adotada nesta pesquisa apresentam-se a seguir as características sócio-demográficas das colaboradoras e as ideias centrais que configuram os aspectos dos relatos orais sobre a história de vida e a relação com o processo saúde-trabalho-doença das trabalhadoras rurais.

Após a avaliação dos relatos orais das colaboradoras, emergiram três categorias de análise: relatos de vida das trabalhadoras rurais: o significado do trabalho, caracterização do trabalho rural feminino e significado de saúde das trabalhadoras rurais, conforme em seguida elucidar-se-á.

As colaboradoras do estudo representam um total de oito trabalhadoras rurais, residentes no povoado de Rio Preto do Costa, sendo que essas mulheres encontram-se na faixa etária de trinta a cinquenta e sete anos de idade. Quanto à escolaridade uma referiu ser analfabeta, cinco declararam ter o ensino fundamental incompleto, uma informou ter concluído o ensino médio e uma relatou ter ensino superior incompleto. Referente à ocupação/profissão: sete colaboradoras são agricultoras e apenas uma é pecuarista e também atua como merendeira na escola do povoado. No item raça/cor: uma colaboradora se declara como parda, duas se reconhecem como brancas, quatro se consideram pretas e apenas uma não soube declarar. Quanto à religião que professam: duas se consideram evangélicas e seis católicas. Em relação ao estado civil: três referiram ter união estável e cinco informaram ser solteiras. A renda mensal das trabalhadoras rurais varia de R\$150,00 a R\$1.400,00. No que se refere ao vínculo empregatício, as oito trabalhadoras rurais são autônomas, sendo que uma também trabalha com carteira assinada. Sete trabalhadoras cumprem regime de trabalho de

quarenta horas semanais e somente uma apresenta vinte horas semanais. Por fim, cinco delas tem menos que vinte e sete anos de tempo de serviço e as demais acima de vinte e sete anos.

Categoria 01: trabalhadoras rurais e o significado do trabalho

Ao estabelecer um espaço narrativo com as trabalhadoras rurais foi possível ouvir e registrar as histórias de vida dessas colaboradoras. Os relatos revelaram o significado do trabalho na vida dessas mulheres e as dificuldades presentes no seu cotidiano, marcadas pela falta de acesso à educação, saúde, trabalho, transporte e lazer.

Ainda, é possível observar que mesmo essas mulheres sendo vinculadas à associação de trabalhadores/as rurais, às políticas de governo e realizando uma extensa jornada de trabalho, pesa sobre essas camponesas uma invisibilidade enquanto mulher trabalhadora, evidenciada pela baixa escolaridade, pelo vínculo informal e precária remuneração no trabalho.

Esse momento dialógico permitiu o falar entre, falar para além e entre olhares. Assim como, estabeleceu a confiança e empatia entre entrevistadora e colaboradoras, pontuando que a história oral se torna significativa por fomentar um diálogo para além das diferenças⁽⁸⁾.

Nesse contexto, ouvir contar uma história de vida é uma atividade que permite ao/a pesquisador/a revelar a história oficial aos indivíduos que contam, recontam, vivem e refletem o que parece decisivo. E assim, quando contam se sentem participantes, vivos/as e ativos/as⁽¹¹⁾.

Nos relatos das colaboradoras é expresso o quanto a vida para essas camponesas é sofrida e permeada de dificuldades, como evidenciado nas narrativas a seguir:

É um pouco difícil, não é fácil, é muita luta, é muita coisa, corrida, dolorosa, em tudo com que a gente pensa de ter, é difícil pra conseguir [...] (Cachoeira da Marcela)

A minha vida, não gosto nem de falar, eu dou muito duro pra sobreviver, desde os 10 anos que trabalho nessa vida [...] (Cachoeira de Humaitá)

Nasci e me criei aqui, foi de muita dificuldade pra gente sobreviver até essa idade. Na infância pra gente tudo difícil [...] (Cachoeira do Boqueirão)

As colaboradoras ao contarem suas histórias fazem uma viagem em situações distantes de sua memória repletas de simbolismos, emoções e dramaticidade. Nos depoimentos é lembrado o sofrimento e a luta pela sobrevivência, emitindo as representações e autorrepresentações dessas trabalhadoras e as diversas semelhanças nas condições de vida desse grupo.

Nota-se que as mulheres rurais desde pequenas são inseridas no processo de trabalho, seja na roça, no ambiente doméstico, ou ainda no cuidado dos irmãos mais novos. Além disso, as mulheres ajudam nas mais variadas atividades⁽¹²⁾. Esses aspectos reduzem as atividades da mulher sempre aos afazeres caseiros e de cuidado e fomentam a invisibilidade feminina no campo. Assim, essas relações de gênero nos apontam a necessidade de fortalecer a participação da mulher seja em atividades públicas, produtivas e domésticas, e desse modo promover a visibilidade dessas trabalhadoras⁽⁶⁾.

Ao relatar as suas vivências, diversos pontos são enunciados. Segundo as narrativas, é evidenciada a ineficiência das questões estruturais dos serviços de educação, saúde, trabalho, com destaque para as situações de desigualdade social que legitimam sobremaneira a redução da qualidade das condições de vida das trabalhadoras rurais, explícito nos seguintes relatos:

A vida é um pouco difícil pra gente, agora mesmo tá um pouco difícil que não tem água o que a gente tá plantando não tá saindo, a gente plantou feijão não saiu por causa da chuva que não teve e a gente não tem como irrigar água [...] (Cachoeira do Boqueirão)

Eu penso de ter a minha vida melhor, a educação melhor, ter um futuro melhor pra eu dar pros meus filhos, a assistência médica, tem que se deslocar daqui pra ir até a cidade, outra hora é muito humilhada pra poder conseguir as coisas [...] (Cachoeira Marcela)

[...] aqui é uma região muito difícil de arrumar um trabalho... (Cachoeira da Fartura)

As desigualdades sociais no Brasil são manifestas em diversos aspectos. No meio rural, por exemplo, mesmo com a modernização da economia agrícola coexiste uma sociedade altamente pauperizada, onde mais da metade da população vive abaixo da linha da pobreza. As trajetórias de vida dos indivíduos são marcadas pela pobreza, falta de

oportunidades de trabalho e na expectativa de que a luta pela terra garanta um futuro estável e digno para a família⁽¹³⁾.

Esses contrastes sociais demarcam um intenso empobrecimento feminino, mesmo com uma significativa participação das mulheres no mercado de trabalho e uma melhor formação educacional⁽¹⁴⁾. Nesse cenário, é preciso superar a desigualdade social, investir na melhoria das condições de vida da trabalhadora rural o que exige efetivação na garantia da cidadania dessas mulheres e inclui a transformação das necessidades vitais em direitos sociais e materiais para a superação das condições de subalternidade⁽¹⁵⁾.

O trabalho é algo inerente à vida dessas mulheres, sendo para muitas delas um sonho e a própria vida. Também nos depoimentos das colaboradoras, perpassa o significado que essas mulheres atribuem ao trabalho. Este é um contexto bastante revelador, uma vez que, as mesmas cresceram em um cenário socioeconômico que as conduziram ao labor desde a tenra idade e as acompanhou até esta fase da vida, podendo ser constatado nos relatos descritos:

[...] comecei a trabalhar com 10 anos porque meus pais eram pobres, a gente tudo tinha que trabalhar pra sustentar a casa [...] (Cachoeira de Humaitá)

[...] o que eu mais gosto de fazer é trabalhar na roça, limpar de enxada é meu sonho preferido [...] (Cachoeira de Rio das Pedras)

O que mais gosto de fazer, ficar dentro de casa, fazer as coisas do dia a dia pra depois ir pra roça trabalhar [...] (Cachoeira do Mutum)

Isso significa dizer que a socialização do trabalho se inicia desde a mais tenra idade. Observa-se que são insignificantes as lembranças de brincadeiras na infância, pois, são lembradas como tempo de aprendizado do trabalho em casa, na roça e no cuidado dos irmãos menores⁽¹²⁾.

Assim, nesses relatos o trabalho se inicia na infância, adentra a juventude, marca a vida adulta, se perpetua na velhice e tudo o que oferece prazer e permeia a vida dessas mulheres, seja o sustento, o sonho, os afazeres do dia a dia, está fundamentado no trabalho. Constata-se, então, que para essas colaboradoras o trabalho é a própria vida.

Categoria 02: caracterização do trabalho rural feminino

No Brasil as pesquisas iniciais sobre o trabalho das mulheres passaram por uma trajetória focada na inserção desse grupo ao mercado de trabalho. Em seguida começaram a destacar as nuances do trabalho produtivo, reprodutivo e a inter-relação com a família demonstrando um avanço nessa área. Porém, ainda permanece uma limitação, uma vez que, os “afazeres domésticos” não são reconhecidos como um fato econômico⁽¹⁶⁾.

No contexto rural o trabalho feminino ainda é visto como um conjunto de atividades que complementam ou “ajuda” no trabalho realizado pelo homem. Observa-se que, mesmo havendo contribuição na renda familiar a partir dos produtos gerados em função do labor das mulheres, estes não são valorizados. Nota-se então um não reconhecimento do trabalho feminino no campo, imbricando na invisibilidade das agricultoras dentro do setor produtivo⁽¹⁷⁾.

As mulheres, na maioria das vezes, enfrentam entraves para a plena participação na força de trabalho e esses obstáculos por sua vez, se relacionam às questões de gênero marcadas pela divisão sexual do trabalho, o que tem exigido novas políticas de intervenção além daquelas já destinadas à promoção do crescimento econômico e da eficiência dos mercados de trabalho rurais⁽¹⁸⁾.

No presente estudo, as trabalhadoras rurais ao contarem suas histórias tecem tramas das suas vidas, descrevem sobre o processo de trabalho que elas realizam no campo e expressam acerca do lugar onde sempre estiveram. As colaboradoras evidenciam em seus relatos que a zona rural e a residência são o lócus onde elas desenvolvem o processo de trabalho, afirmam que se criaram no campo e experimentaram em algum momento da vida a falta de oportunidades de emprego em outros espaços:

Sempre trabalhei na zona rural. Porque às vezes eu caçava trabalho fora não achava e ficava difícil arrumar um trabalho [...] (Cachoeira do Mutum)

Sempre trabalhei na zona rural porque não tinha outro trabalho, não tinha outro meio de sobreviver [...] (Cachoeira do Boqueirão)

Eu comecei a trabalhar desde os meus treze anos. Por causa de meus pais que me ensinaram, os pais deles já trouxe naquela tendência e então também passou aquilo pra gente [...] (Cachoeira do Rio do Antônio)

Ao falar sobre o processo de trabalho, as colaboradoras demonstraram uma vasta experiência, pois relatavam com orgulho e tinham prazer em explicar cada processo de plantio, cuidado com a terra, com a colheita e comercialização dos produtos por elas produzidos. As narrativas desse grupo de mulheres possibilitam conhecer as atividades agrícolas que são perpetradas por essas trabalhadoras, como também, viabiliza a caracterização do processo de trabalho feminino no campo.

As colaboradoras exercem inúmeras atividades vinculadas à agricultura, pecuária e produção de farinha. São ainda responsáveis pelos cuidados com a casa, filhos, maridos e demais familiares, chegando a desenvolver uma dupla e/ou tripla jornada de trabalho. Essas trabalhadoras são responsáveis pela plantação de hortaliças (alface, hortelã, coentro e salsinha), tubérculos (batata e mandioca), legumes (cenoura e couve), andu, feijão, tomate e banana, comercializam esses produtos e atuam na criação de animais (porcos e galinhas), como está explícito nos seguintes depoimentos:

O meu trabalho é trabalhar de enxada, capinar, o meu dia a dia é trabalhando. Chego sete horas vou plantar lera, capinar, catar os matos de mão e fofar as leras de coentro, cebola, hortelã, salsinha, alface, cenoura essas coisas [...] (Cachoeira da Marcela)

A banana a gente tem que limpar a terra, cavar as covas grandes, pega as mudas e planta e depois elas começam a nascer, crescer e safra. A gente limpa, molha, joga adubo pra ela crescer e dar fruto mais rápido, colhe, vende, às vezes quando não tá muito boa de vender a gente coloca mais pro uso também [...] (Cachoeira do Rio do Antônio)

Eu acordo cinco horas da manhã, pego o leite, cuidado das minhas duas meninas, vou para o chiqueiro, lavo, coloco ração. Venho pro meu trabalho aqui na escola, volto pra casa onze horas, coloco comida para as galinhas, lavo o bebedouro, troco água, recolho os ovos. Volto pra casa tomo banho e já vou fazer comida, dou comida para as crianças, cuido dos afazeres domésticos normais que toda mulher tem [...] (Cachoeira da Fatura)

Esses relatos corroboram com as informações que Alves et al.⁽¹⁹⁾ apresentam ao descrever o trabalho da mulher no meio rural. Definem que são múltiplas as funções perpetradas pelas agricultoras, o processo de trabalho é praticado de forma rotineira e com

uma longa duração. As atividades são divididas entre as que se realizam na roça, nos cuidados com os pequenos animais, no cuidado com a família e ainda nos afazeres domésticos.

Os depoimentos das trabalhadoras rurais apresentam diversificados contextos nos quais elas se inserem. Observa-se, então, que frente à centralidade dos vários processos de trabalho praticados por cada uma delas é possível considerar essas agricultoras como pluriativas.

Desse modo, corroboramos com Godoy e Wizniewsky⁽²⁰⁾ ao definir a pluriatividade como uma interação de funções agrícolas e não-agrícolas que a mulher exerce dentro da própria propriedade, bem como, fora desse lócus. Cria-se assim um mercado de trabalho mais ampliado, sem priorizar especificamente as atividades agrícolas.

Nesse estudo fica evidente a efetividade da participação das colaboradoras no trabalho rural a partir do qual essas mulheres se tornam capazes de gerar renda de forma direta e/ou indireta e nos demais afazeres. Essas agricultoras estão vinculadas a Associação de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais da sua localidade, e estão ligadas também às políticas governamentais que promovem a garantia de renda inserindo-as na participação produtiva, como registrado nessa narrativa:

[...] a gente colhe, vende, agora tem o compra direta. O compra direta é assim, ontem mesmo levou uma carga pro PAA (Programa de Aquisição de Alimentos²) de ontem a oito torna levar outra carga, porque a associação aqui bastante mulher tão associada, quando é naquele dia de levar, reúne todo mundo e cada um cata o seu, junta e bota no ponto, o carro pega e leva pro compra direta. O dinheiro eles pagam com dois, três meses, ver quanto deu aquele produto que a gente mandou, ver quantos quilos dá e vai avaliar e paga a gente de acordo com o peso do produto. A banana ta na faixa de dois reais, um e cinquenta, geralmente eu mando trinta, quarenta quilos, o dinheiro vai passar pela mão do presidente da associação, ele vai de casa em casa distribuindo a quantidade de peso, ele faz a conta e tira o total de cada um e entrega [...] (Cachoeira do Rio do Antônio)

²O Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) tem como finalidade realizar a compra de alimentos produzidos pela agricultura familiar, sem a necessidade de licitação. Os alimentos são distribuídos às pessoas ou famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional. (Ministério do Desenvolvimento Agrário – MDA). Disponível em: <http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/seguranca-alimentar-e-nutricional/aquisicao-de-alimentos-da-agricultura-familiar>.

Nos relatos do presente estudo constata-se que o trabalho das agricultoras não está circunscrito apenas aos cuidados reprodutivos, mas também, na lavoura, produção de alimentos, criação de animais e comercialização, contribuindo na geração de renda para a família. Nesse sentido, há que se pensar em estratégias que supere a ideia do trabalho feminino rural como uma ajuda, e assim, promover a visibilidade e valorização do trabalho da mulher no espaço rural.

Categoria 03: a compreensão de saúde das trabalhadoras rurais

Nessa categoria, está expressa a compreensão que as trabalhadoras rurais atribuem à saúde e também as formas adotadas por essas mulheres para realizar o cuidado em saúde. Os relatos orais permitiram verificar a existência de uma percepção subjetiva das colaboradoras sobre este tema, refletindo assim, os seus sentimentos. Para estas camponesas a saúde se relaciona com a capacidade de se movimentar, de poder fazer, de ter disposição, é a ausência de queixas e sintomas.

Assim, o modo como elas entendem o que é saúde e o impacto sobre o seu cotidiano não exige uma elaboração intelectual, uma definição, não precisam disto para saber se estão saudáveis ou não, conforme pode ser observado nas narrativas a seguir:

Eu entendo por saúde que, a gente quando tá com saúde a gente trabalha bastante, anda a pé e a agente quando não tá com saúde não pode fazer nada, quando tá com saúde é uma coisa quando tá doente é outra. (Cachoeira do Rio do Antônio)

Saúde é o que mantém a gente viva, porque precisa ter saúde pra poder fazer tudo isso o que a gente faz no dia a dia [...] (Cachoeira da Fartura)

Eu acho assim, que saúde é quando a pessoa não anda queixando nada, não sente nada, trabalha qualquer hora, qualquer dia, come qualquer tipo de comida [...] (Cachoeira do Rio das Pedras)

Esses depoimentos apontam que, para essas mulheres ter saúde é um aspecto relevante para a realização do trabalho e tem importância na manutenção da própria vida, ou seja, ter saúde é o que garante a existência e a força para continuar exercendo todas as atividades diárias.

Nesse contexto, o entendimento de saúde atribuído pelas colaboradoras se aproxima da concepção de saúde defendida por Canguilhem⁽²¹⁾ o qual compreende a saúde como

capacidade normativa, ou seja, a competência de instituir normas diferentes em condições diferentes e a doença então, seria a perda da limitação dessa capacidade normativa.

Essas narrativas ainda expressam a ideia de saúde livre, entendida como não condicionada, não contabilizada, a qual, por estar muito distante da saúde mensurada por aparelhos, não é um objeto para aquele que se diz ou se crê o especialista da saúde⁽²¹⁾.

A vida das mulheres do campo é fortemente marcada pelas especificidades do lugar onde elas vivem. Estas mulheres apresentam um jeito singular de cuidar da vida e da saúde. Essas formas de cuidado perpassam pelas práticas populares de cuidado e na busca por uma saúde pública de qualidade e universal⁽²²⁾. As agricultoras, participantes desse estudo, ao relatarem sobre o cuidado em saúde informam que cuidam da saúde e descrevem as dificuldades enfrentadas para percorrer o caminho na busca pelo acesso aos cuidados de saúde, como evidenciado nos depoimentos:

Eu no meu caso eu cuido, tomo o remédio certo, no horário, não como comida com muito sal, nem comida gordurosa sei que tenho problema de pressão alta e acho que tenho que me controlar. Eu passo pela médica, vou pro Rio Preto ver a pressão como é que tá, a gente vai lá no colégio vai de pés daí de cima até lá em baixo [...] (Cachoeira da Bateia)

Cuido, sempre vou ao médico. Pra mim, sou franca a lhe dizer, às vezes, pra me passar pelo médico é tão humilhante a fila de espera, eu mesmo não vou lhe dizer que tenho atendimento aqui, não tenho não, vou direto pra cidade, busco no hospital, mas é um descaso o atendimento em tudo [...] (Cachoeira da Marcela)

[...] eu fiz o acompanhamento da gestação na Santa Casa, só que eu tinha que me deslocar daqui lá toda vez que tinha consulta, sendo que aqui tem condições de ter uma assistência, eles falam sempre que vai vim o ônibus pra fazer o preventivo, que vai vim médico, mais nunca aparece [...] (Cachoeira da Fartura)

A ineficiência dos serviços de saúde na comunidade está explícita nos atendimentos esporádicos que ocorrem uma vez a cada mês, em espaços não estruturados, como por exemplo, o colégio. A assistência é prestada pelo médico ou enfermeira e existe a barreira geográfica, pois as mulheres percorrem longas distâncias para ter acesso aos serviços. Além disso, há entraves econômicos, uma vez que, as trabalhadoras gastam suas economias no deslocamento e nos serviços privados que buscam na cidade para evitar esses transtornos.

Toda essa precariedade impede a criação de vínculo entre essas usuárias e os profissionais de saúde.

Desse modo, as narrativas das colaboradoras expressam a deficiência no atendimento, confirmando as condições de saúde da população do campo de acordo o Ministério da Saúde ao afirmar que, diversos estudos revelam uma situação mais precária no meio rural se comparada com a da população urbana. No cenário rural ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde ⁽²³⁾.

Diante da ineficiência dos serviços locais, essas mulheres buscam outras estratégias para cuidar da saúde, vinculadas à cultura popular de cuidado. Nos depoimentos elas discorrem sobre o uso das plantas no preparo dos chás para o controle da hipertensão, diabetes, dor de cabeça e demais agravos como meios de garantir a manutenção da saúde, descritos nesses relatos:

Os chazinhos caseiros que a gente faz, chá é bastante, tudo que é coisa que o povo ensina a gente tá cuidando. O povo ensina ah! tal coisa é boa, a gente vai e faz o que bota o vinho com fel de paca a gente tá passando o tempo e tá vivendo do jeito que deus quer. Primeiro eu já tomei fel de paca com vinho branco, já tomei com casca de alho e cuia e vinho branco [...] (Cachoeira do Boqueirão)

Não só tomo medicamento, tomo uma folha que tem aqui, caseira assim que o povo fala que é muito bom, tira a folha e cozinha é a insulina, faz aquele chá, cozinho e tomo ela abaixa mesmo a diabete [...] (Cachoeira do Mutum)

Nesse cenário, concordamos com Daron⁽⁴⁾ ao defender que as mulheres camponesas apresentam uma maneira própria de cuidar da vida e da saúde a partir de práticas de cuidados pautadas nos conhecimentos populares, articuladas com a luta pela garantia de uma atenção à saúde pública eficaz e com uma nova forma de viver no campo.

As trabalhadoras rurais compreendem a importância do cuidado em saúde, uma vez que, ao narrarem sobre as suas condições de vida e trabalho elas estabelecem uma inter-relação entre esses fatores, e como estes se refletem sobre sua saúde levando ao adoecimento. Isso está expresso nesses relatos:

[...] sabe às vezes o que eu sinto? Dor nas pernas, mas eu to achando que é da idade é o cansaço do serviço [...] (Cachoeira de Rio das Pedras)

Até meus trinta e cinco anos eu não queixava nada, agora de trinta e cinco anos pra cá foi aparecendo coisa, cada dia eu queixo uma coisinha, deve ser devido o trabalho dor “nas junta”, no corpo todo, coluna mesmo de quarenta anos já comecei a sentir problema de coluna e até hoje, cada ano passa se é de melhorar, piora mais um pouquinho [...] (Cachoeira do Boqueirão)

[...] quando esquenta muito, eu vou e saio um pouquinho que quentura demais também não faz bem pra saúde, toma muita quentura eu começo a colocar sangue pelo nariz, depois também “amiora” mas é através da quentura, toma muita quentura, torrando a farinha, se não trabalhado na roça tomando aquele sol. (Cachoeira do Mutum)

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças relacionadas ao trabalho, assim como os acidentes, são consideradas danos previsíveis e dessa forma podem ser evitados. Dores musculares, nos ossos e articulações, na maioria das vezes, se associam ao processo de trabalho braçal realizado no campo, sendo marcado pela sobrecarga de trabalho⁽²³⁾.

Nessa perspectiva, refletir sobre a situação de saúde dessas mulheres é um desafio, pois a saúde das campesinas se relaciona diretamente com as condições de vida e trabalho, que por sua vez imbrica em riscos de adoecimento e agravos à saúde. Esses riscos e agravos são determinados por suas longas jornadas de trabalho no campo e no espaço doméstico, configurando a dupla/tripla jornada de trabalho, ainda pela exposição ao uso de agrotóxicos, contato com a terra, exposição ao sol, carregamento de peso e vulnerabilidade a acidentes de trabalho⁽²²⁾.

Conclusão

Para as trabalhadoras rurais, suas condições de vida e trabalho se entrelaçam, revelando uma trajetória marcada por dificuldades, sofrimentos, direitos negligenciados, trabalho extenuante, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e educação. Constata-se que tanto a intensificação do processo de trabalho quanto à rotina de suas atividades redundam no desgaste físico dessas agricultoras interferindo nas condições de saúde.

Dado sua ocultação e/ou desconhecimento torna-se um desafio o reconhecimento do trabalho da mulher rural, levando em consideração as atuais assimetrias de gênero.

Observamos que a baixa escolaridade, as relações desiguais no lar, no ambiente de trabalho e a forma como essas mulheres foram educadas tem implicações até mesmo sobre as condições precárias de comercialização da sua produção, caracterizando a exploração do trabalho feminino no campo. A vivência laboral dessas trabalhadoras é marcada por diversas atividades no espaço rural e doméstico que se configuram em uma dupla e/ou tripla jornada de trabalho, desvalorizado e com baixa remuneração.

As colaboradoras trazem dentro de si partes de uma história multifacetada do cotidiano de trabalho representado pelo contato com a terra, seja limpando, arando, plantando, regando, colhendo, comercializando. A subjetividade expressa no discurso das trabalhadoras aponta situações recorrentes tanto no contexto social passado, quanto no presente, marcadas pelas relações de poder que enfrentam em casa, no trabalho e na vida.

O material empírico dos relatos permitiu uma construção real e concreta vivenciada por essas camponesas, para as quais as condições de vida, trabalho e saúde são negadas a partir da precária estruturação de diversos serviços, sobretudo na área da saúde, repercutindo de maneira direta sobre os agravos à saúde dessas mulheres.

Em face do exposto, os relatos orais tecem a própria história dessas trabalhadoras, revelando a luta pela sobrevivência, o cuidado em saúde. Ao final das narrativas elas imprimem um sabor de vitória por estar trabalhando. No entanto, torna-se fundamental atentar para os diversos desdobramentos imbricados nessa realidade, que estão para além do trabalho no meio rural e acabam por explorar essas trabalhadoras e invisibilizá-las nas suas trajetórias de vida. É preciso, pois, intervir sobre as nuances que demarcam e são intrínsecas ao processo saúde-trabalho-doença.

Referências

1. Pacheco MEL. Os caminhos das mudanças na construção da agroecologia pelas mulheres. *Agricultoras*. Rio de Janeiro, 2009, 6(4): 4-8.

2. Jalil L. Soberania Alimentar feminismo e ação política. *Agricultura* (Rio de Janeiro), 2009; 6(4): 9-11.
3. Silva JF. A mulher como força de trabalho na modernização da agricultura no Brasil. *Revista Latino-Americana de História*, 2012, 1(3): 232-248.
4. Daron VLP. Dimensão educativa da luta por saúde no movimento de mulheres camponesas e os desafios político-pedagógicos para a educação popular em saúde. *Cad. Cedes* (Campinas), 2009; 29(79): 87-399.
5. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988 [Internet] Brasília (DF), Presidência da República;1988. [Citado 2016 Jan 2]. Disponível em: www.planalto.gov.br
6. Filipak A, Sapiensa L, Aleixo SS. A política de crédito rural e a autonomia econômica das mulheres: um estudo de caso do pronaf-mulher. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10; 2013 Set 16-20. Anais: Florianópolis: UFSC; 2013 [Citado 2016 Jan 3]. Disponível em: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/a-Pol%C3%ADtica-De-Cr%C3%A9dito-Rural-e/39445468.html>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.
8. Portelli A. *Ensaio de História Oral*. São Paulo: Letra e Voz, 2010.
9. Meihy JCSB, Fabíola H. *História Oral: como fazer, como pensar*. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2013.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 [Internet] Brasília (DF), Conselho Nacional de Saúde, 2012. [Citado 2016 Jan 4]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. Tedeschi LA. *Do silêncio à palavra: histórias e memórias de mulheres na perspectiva de gênero no meio rural do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul*. Dourados, MS: UFGD, 2014.
12. Silva MAM. *Mulheres trabalhadoras rurais trajetórias e memórias*. São Paulo: Ruris; 2010; 4(2): 13-48.
13. Carter M, organizador. *Combatendo a desigualdade social: o MST e a reforma agrária no Brasil*. [São Paulo]: Editora UNESP, 2010.
14. Soraes SR. “Feminização da pobreza”: algumas reflexões sobre o empobrecimento das mulheres. Ceará, 2013. In: III Colóquio Sociedade, Políticas Públicas, Cultura e Desenvolvimento-CEURCA; 2013, Nov, 6-8. Anais. Ceará: Universidade Regional do Cariri-URCA; 2013. [Citado 2015 Dez 20]. Disponível em: http://www.ceurca.eco.br/anais/05_justica_direitos_humanos_e_inclusao_social.pdf

15. Costa MMM da, Nunes JBA. Políticas públicas de gênero voltadas à mulher do campo: uma caminhada em busca da cidadania. In: XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea VII Mostra de Trabalhos Científicos; 2014, Mai 8-9. Anais. Rio Grande do Sul: UNISC; 2014 [Citado 2015 Nov 17]. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/11768/1606>
16. Faria, N. Economia feminista e agenda de lutas das mulheres no meio rural. In: BUTTO, A, organizador. Estatísticas Rurais e a Economia Feminista: Um olhar sobre o trabalho das mulheres. Brasília: MDA, 2009.
17. Almeida JAT, Noronha CRB, Brito ERP, Farias ARB, Andrade HMLS. A invisibilidade parcial do trabalho feminino no campo das atividades produtivas. 18º Redor, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.
18. FAO (Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação), 2011. O Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación. Roma,FAO, parte I.
19. Alves AES, Silveira IT, Lima ER, Barbosa JP. Divisão Sexual do Trabalho em Comunidades Rurais. In: IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas “História, Sociedade e Educação no Brasil, 2012, jul-ago 31-03. Anais: João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba; 2012 [Citado 2016 Jan 2]. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/7.15.pdf
20. Godoy CMT, Wizniewsky JG. O papel da pluriatividade no fortalecimento da agricultura familiar do município de Santa Rosa/RS. Desafio Online [Campo Grande] 2013; 1(III): 1-16.
21. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas: direitos e participação social. Ministério. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

4.2 MANUSCRITO 2: REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: PERCEPÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

O manuscrito será submetido à *Revista Gaúcha de Enfermagem* conforme diretrizes para autores disponíveis em: <
<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem>>.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR:

PERCEPÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

Luanna Rodrigues de Jesus, Adriana Alves Nery

RESUMO

Estudo descritivo, qualitativo que objetivou descrever a organização e as ações da gestão em saúde na assistência ao trabalhador e à trabalhadora, através da coleta dos dados que se deu pela técnica de entrevista semiestruturada, no período de abril de 2015. Esse estudo contou com a participação de cinco gestores/as dos serviços de saúde com ações em saúde do trabalhador. A técnica de análise dos dados foi a de conteúdo de Bardin, da qual emergiram três categorias: rede de atenção à saúde do trabalhador: significado atribuído pelos/as gestores/as, a centralidade do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador na atenção à saúde do trabalhador e entraves e possibilidades para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Os resultados mostraram a existência de um conjunto de serviços com ações fragmentadas e não configuram uma rede de atenção à saúde do trabalhador, implicando na ineficiência da implementação da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. Considera-se fundamental estruturar a rede de saúde do trabalhador a partir da oferta de serviços articulados e assim garantir a implantação da política de saúde destinada aos/as trabalhadores/as.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Gestão em Saúde. Política de Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

A qualitative descriptive study which aimed to describe the organization and operations of healthcare management in assistance to both male and female workers from data collection obtained by the semi-structured interview method during the month of April 2015. This study was carried out with the participation of five healthcare service managers with activities on worker's healthcare. Analysis of the data was done by the Bardin content technique, from which three categories emerged: The workers' healthcare attention network: The significance attached by the managers, the centrality of the reference center in the worker's health, and in the attention of the worker's health: Obstacles and opportunities for the National worker's healthcare policy. The findings showed the existence of a number of services with fragmented operations, and does not constitute a worker's healthcare attention network implying in the inefficiency of the implementation of the National Worker's Healthcare Policy. It is considered fundamental to structure the worker's healthcare network beginning by offering articulated services and thus guaranteeing the implementation of a healthcare policy intended for both male and female workers.

Keywords: Worker's healthcare. Healthcare management. Worker's healthcare Policy.

THE WORKER'S HEALTHCARE ATTENTION NETWORK

THE PERCEPTION OF HEALTHCARE MANAGEMENT

RESUMEN

Estudio descriptivo y cualitativo que objetivó describir la organización y las acciones de la gestión de la salud en la asistencia al trabajador, a través de la colecta de los datos por la técnica de la entrevista semiestructurada, en el periodo de abril de 2015. En ese estudio hay la participación de cinco gestores/as de los servicios de salud con acciones en la salud del

trabajador. La técnica de análisis de los datos fue la del contenido de Bardin, donde emergieron tres categorías: red de la atención a la salud del trabajador: significado atribuido por los/as gestores/as, la centralidad del Centro de Referencia en Salud del Trabajador en la atención a la salud del trabajador, trabas y posibilidades para la Política Nacional de la Salud del Trabajador y de la Trabajadora. Los resultados mostraron la existencia de un conjunto de servicios con acciones fragmentadas y no configuran una red de atención a la salud del trabajador, que implica en la ineficiencia de la implementación de la política nacional de la salud del trabajador y de la trabajadora. Es fundamental estructurar la red de la salud del trabajador a partir de la oferta de los servicios articulados y garantizar la implantación de la política de la salud destinada a los/las trabajadores/as.

Palabras clave: Salud del Trabajador. Gestión en la Salud. Política de Salud del Trabajador.

LA PERCEPCIÓN DE LA GESTIÓN EN LA SALUD

INTRODUÇÃO

A reestruturação produtiva do capital tem gerado inúmeras transformações no mundo do trabalho e sobre a vida do trabalhador/a, a saber, o desgaste físico gerado pela força de trabalho, negação de direitos trabalhistas já conquistados, a precarização e a divisão sexual do trabalho, produzindo sérias consequências como agravos e/ou acidentes fatais afetando as condições de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Na lógica do mundo moderno, o contexto do viver humano é caracterizado pelo despontar das incertezas e fragilidades diante dos riscos e vulnerabilidades aos quais todas as pessoas estão expostas. Essas situações se repercutem também no cotidiano do processo de trabalho dos indivíduos, uma vez que, o trabalho é um dos principais eixos estruturantes da vida humana⁽¹⁾.

Nesse contexto, ao estabelecer uma análise sobre os fatores que determinam e condicionam a saúde dos indivíduos, vale observar a Lei 8.080/90 que assinala alguns desses elementos, sendo possível destacar: a moradia, a alimentação, o meio ambiente, o saneamento básico, o trabalho, a renda, dentre outros subsídios que evidenciam a organização econômica e social do país (BRASIL, 1990)⁽²⁾.

Podemos inferir que, o trabalho também é demarcado como um dos principais determinantes sociais da saúde, isto posto, devemos enfatizar que a inclusão do campo da Saúde do Trabalhador/ST na Constituição de 1988 foi uma conquista social garantida e consolidada na Lei 8.080/90 e as ações no âmbito da Saúde do Trabalhador (ST) devem ser desenvolvidas pelo Estado brasileiro, sendo considerada uma das responsabilidades do Sistema Único de Saúde/SUS⁽³⁾.

A ST surge como uma alternativa para superar a prática da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, uma vez que, tem como referência principal o trabalhador enquanto sujeito ativo e pólo central no processo saúde/doença⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, nas últimas décadas o Estado brasileiro tem buscado efetivar avanços referentes às políticas públicas de atenção a ST que atendam a pressupostos das ações de vigilância, assistência, promoção e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho⁽⁵⁾. Sabe-se, portanto que cabe principalmente aos municípios assumir e desenvolver o serviço de ST e possuir uma coordenação a nível regional⁽⁶⁾.

Para consolidar a atenção à ST, percebeu-se a necessidade da implantação de uma série de dispositivos legais que garantissem a estruturação e descentralização dessa área a nível nacional. Assim, em 2002 é criada a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador /RENAST⁽⁷⁾. No ano de 2012, por meio da portaria nº 1.823/12 é instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/PNSTT⁽⁸⁾.

Esse arcabouço de políticas públicas destinadas ao campo da ST ainda está se consolidando no país. Os municípios brasileiros têm enfrentado os inúmeros desafios para garantir a organização da rede de prestação de serviços de saúde, sobretudo aos trabalhadores, assim como, as limitações na implantação das políticas públicas com foco no trabalhador.

Desse modo, é fundamental conhecer as ações desenvolvidas pelos municípios em relação à saúde do trabalhador, sendo necessário pensar em uma rede de saúde organizada e estruturada, a qual garanta uma assistência adequada às especificidades que envolvem os trabalhadores e que coadune com as diretrizes da política de saúde do trabalhador e trabalhadora.

Frente a esse contexto emerge a necessidade de identificar se no município de Jequié, Bahia a Rede de Atenção a Saúde do Trabalhador é uma realidade e se a PNSTT está implantada neste município. Para esse propósito elencamos algumas questões norteadoras: o município de Jequié, situado na Bahia, possui uma Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador? Quais são os serviços de saúde que formam a Rede de Saúde do Trabalhador dessa cidade? E, a PNSTT está implantada no município de Jequié, Bahia?

Com o propósito de responder a esses questionamentos temos como objetivo desta pesquisa descrever a organização e as ações da gestão em saúde na assistência ao trabalhador e a trabalhadora.

METODOLOGIA

O delineamento do estudo é do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa de investigação⁽⁹⁾. Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. Os participantes desse estudo foram cinco gestores/as que chefiam e/ou coordenam os serviços de saúde que tem ações direcionadas ao trabalhador, do município de Jequié, Bahia, a saber: Secretaria Municipal de Saúde, Centro Regional de Referência em

Saúde do Trabalhador/CEREST, Vigilância Epidemiológica, Departamento de Assistência à Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador do Núcleo Regional de Saúde/NRS¹.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no local de trabalho de cada gestor/a. Para garantir o anonimato, os/as participantes da pesquisa serão identificados/as pela inicial do nome gestor/a seguido de uma ordem de numeração, exemplo (G1) e assim sucessivamente. As informações coletadas após transcrição foram ordenadas, classificadas e analisadas segundo o método de análise de conteúdo de Bardin que prevê as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹⁰⁾.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾ e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, *campus* de Jequié, sob parecer nº 914.523. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi arquivado juntamente com as transcrições das entrevistas, as quais ficarão à disposição dos pesquisadores e participantes pelo período de cinco anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através do método utilizado nesta pesquisa apresentam-se a seguir os aspectos centrais que delimitam as principais ideias relacionadas à Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora referente ao município pesquisado. Também são apresentadas as características sociodemográficas e o perfil educacional dos/as participantes, como exposto na tabela 1.

Tabela 1: Características sócio-demográficas e perfil educacional dos/as gestores/as dos serviços de saúde do trabalhador do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2016.

¹No estado da Bahia no ano de 2015 o governo do estado, atendendo à Lei Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014, resolve extinguir as Diretorias Regionais de Saúde (Dires) e no lugar destas, foram criados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Disponível em <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/lei%20n%c2%ba%2013.204%20de%2011%20de%20dezembro%20de%202014.pdf>.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		n	%
Faixa Etária			
20 a 29 anos		2	40
30 a 39 anos		3	60
Sexo			
Feminino		4	80
Masculino		1	20
Profissão/Ocupação			
Enfermeira (o)		4	80
Outros		1	20
Experiência profissional			
1 a 5 anos		1	20
6 a 11 anos		3	60
≥ 12 anos		1	20
Tempo de atuação no cargo/função			
>1 ano		3	60
≥1 ano		2	40
Regime de trabalho			
40h		5	100
Vínculo empregatício			
Cargo comissionado		3	60
Estatutária (o)		2	40
PERFIL EDUCACIONAL			
Treinamento/Curso Área de Gestão e/ou Saúde do Trabalhador		2	40
Gestão Pública em Saúde			

Saúde do Trabalhador	1	20
Outro (s)	1	20
	1	20
Especialização*		
Gestão pública em Saúde	1	14,3
Mestrado	1	14,3
Doutorado	1	14,3
Outros	4	57,1

*O n desta variável foi maior que 5 porque um(a) participante apresentou mais de uma especialização.

Após o tratamento do material empírico, despontaram três categorias, a saber, categoria 1: rede de atenção à saúde do trabalhador: significado atribuído pelos (as) gestores (as); categoria 2: a centralidade do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador na atenção à saúde do trabalhador e a categoria 3: entraves e possibilidades para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, conforme serão discutidas posteriormente.

Categoria 1: rede de atenção à saúde do trabalhador: significado atribuído pelos/as gestores/as

No Brasil, nas décadas de 1980 e 1990 existiam centros de referência e programas de saúde do trabalhador, os quais apresentavam diversos entraves de organização e déficit de comunicação entre eles, o que não permitia a consolidação da área de ST no Sistema Único de Saúde/SUS. Em decorrência dessa ineficiência emerge a proposta de criação de uma rede de ST no SUS para superar o esgotamento desses serviços e garantir os avanços nessa área ⁽⁷⁾.

Esse cenário brasileiro marcado por grande instabilidade no setor de ST forçou o Estado a repensar o modelo de saúde do trabalhador existente. Assim, para superar as práticas vigentes no âmbito da ST, em 2002 foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde

do Trabalhador/RENAST. Essa rede está estruturada a partir do apoio do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST, inclui ações de ST na Atenção Básica/AB, envolve a implementação de práticas de vigilância em ST pautadas em protocolos clínicos e linhas de cuidados e nos serviços de ST de média e alta complexidade ⁽¹²⁾.

O setor da ST ainda está se materializando no país, e a avaliação desse processo ainda é incipiente. Entretanto, é necessário conhecer a realidade dos municípios no que se refere a ST, avaliar os serviços ofertados, entender como estes se articulam e a partir daí verificar a necessidade de aprimoramento, melhorias e manutenção dessas ações viabilizadas pelo CEREST, para auxiliar na melhoria do planejamento das práticas desenvolvidas pela política e pelos programas em ST a nível municipal⁽⁶⁾.

Assim, a partir das informações coletadas junto aos gestores/as que coordenam os serviços com ações em ST, no município estudado, foi possível constatar se a rede de ST oferta ações de cunho integral para os trabalhadores ou se é apenas um conjunto de serviços de saúde que funcionam de forma independente e ainda, verificar como esta se organiza. A partir dessas falas é possível perceber a forma como a rede está organizada no município:

Na verdade ela é toda direcionada dentro do CEREST, a gente não tem pessoas diretamente ligadas [...] (G1).

A rede de saúde do trabalhador no município hoje a referência principal dela é o CEREST que é o centro regional de saúde do trabalhador [...] (G5).

A partir desses depoimentos inferimos que segundo os/as gestores/as da saúde no município está implantada a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador e a mesma apresenta o CEREST como serviço principal na atenção à saúde dos trabalhadores/as.

Precisamos então, refletir sobre o conceito de rede de saúde. Uma rede de atenção à saúde se caracteriza por um conjunto de organizações poliárquicas e de serviços de saúde vinculados entre si que apresentam metas comuns, e possui ação interdependente para a garantia de uma atenção contínua e integral a uma população específica ⁽¹³⁾.

Em um primeiro momento os depoimentos dos/as gestores/as indicam que apenas o CEREST serve de estrutura dessa rede, o que não coaduna com o conceito de rede apresentado pelo autor. Porém, no decorrer dos discursos observa-se que cada gestor possui uma compreensão sobre o significado da rede de atenção a ST e como esta se configura no município. Por exemplo, para G1 a estrutura da rede se fundamenta no CEREST, prestando assistência ao trabalhador somente depois que este é acometido por algum acidente e/ou agravo. Nessa fala essa compreensão fica bastante explícita:

[...] acho que a estrutura realmente está voltada dentro do CEREST depois do acontecimento, a gente não tá vendo nada pra prevenção desses trabalhadores [...] (G1).

A ideia expressa nesse depoimento aponta que as ações realizadas pelo CEREST no município tem um cunho “curativista” e limita o papel desse serviço, pois, o artigo 7º da Portaria nº 2.728/2009, ao abordar sobre a função do CEREST, estabelece que cabem aos centros de referência fornecer subsídio ao SUS nas ações de prevenção, promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em ST⁽¹²⁾. Já para os/as gestores/as G2 e G5 o delineando da rede se processa com a oferta de alguns serviços articulados com o CEREST, a saber: as unidades de saúde, serviços de média complexidade, Vigilância Epidemiológica, o Núcleo Regional de Saúde (antiga Diretoria Regional de Saúde/13ª DIRES) e a Vigilância em Saúde do Trabalhador/VISAT, como revelado nesses depoimentos:

Nós somos interligados à Vigilância Epidemiológica e trabalhamos em parceria com a 13ª DIRES que abrange Jequié e mais vinte e quatro municípios, a regional, aqui é a sede. Cada município tem um enfermeiro da VISAT [...] (G2).

[...] e dentro dessa rede a gente tem o link com as unidades de saúde, então o CEREST ele tá dentro desse desenho da vigilância epidemiológica, mas ele tem que tá atuando de maneira sincronizada com a atenção básica, então ela tá dentro desse formato, CEREST como referência, mas a atenção primária também com esse link e a média complexidade (G5).

Essas falas esboçam a ideia que um autor defende¹⁴, ao estabelecer que, a integração dos sistemas de atenção à saúde, ou seja, as redes de atenção à saúde são aqueles serviços que

se organizam a partir da coordenação de um conjunto de pontos de atenção, a fim de prestar uma assistência de saúde contínua e integral a uma população definida.

Esses relatos até apresentam a interligação desses serviços, porém não revelam como essa conexão se processa. Não deixa evidente se as ações são de fato sincronizadas e se há a integralidade entre a gestão e a oferta das ações de cuidado aos trabalhadores.

Nessa perspectiva de articulação da rede que atende aos trabalhadores o/a gestor/a G3 diverge da concepção defendida por G2 e G5 ao apresentar outros serviços de saúde como estruturantes dessa rede de atenção a ST e apresenta a ineficiência desses serviços no município. O participante G3 informa que existe uma parceria com o hospital e as unidades de saúde, onde os profissionais dessa instituição realizam a notificação quando ocorre algum agravo relacionado ao trabalho, mas, que ainda é escassa a parceria dos profissionais das unidades de saúde, como explícito nesse depoimento:

[...] temos parceria com o Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) que faz essa notificação quando chegam os casos graves ou óbitos relacionados à ST. A gente tem essa parceria com todas as unidades, mas, a gente vê muita chegada de investigação do Hospital Prado Valadares. Das unidades ainda tem pouco, não sei também se é um caso para ver se já está chegando os casos graves no hospital, a gente precisa reforçar também com as unidades essa parceria. (G3).

Essa fala, expressa a ineficiência na articulação entre os serviços de baixa e alta complexidade apontados como parte da rede e que atuam com serviços direcionados ao trabalhador, expressa então a falta da integralidade entre a gestão e também na atenção a saúde dos trabalhadores. Revela ainda, uma conjuntura já descrita por alguns autores⁷ ao discutir a rede de ST. Esses teóricos informam que é observada uma rede de serviços desarticulados, que não tem efetividade, são partes isoladas sem a propriedade do todo e por isso não constitui uma rede.

Por fim, a compreensão do/a gestor/a G4 é ainda mais reveladora ao abordar que os serviços disponíveis no município não conformam a proposta de rede estabelecida pela Portaria nº 2.728/2009 da RENAST, como observado nessa fala:

[...] pelo o que a gente tem hoje nas portarias que determinam que rede seja essa de saúde do trabalhador, todas as unidades do município elas comporiam essa rede. Mas, na vivência que a gente tem, posso te afirmar que compõe a rede o CEREST, a DIRES e também o HGPV, o núcleo hospitalar de vigilância que também faz notificações de acidente de trabalho, mas as unidades de saúde da família e as demais elas não compõe a rede conforme a última portaria de 2009 deveria compor (G4).

Assim, a partir das divergências de concepção sobre a rede de ST apresentadas nos depoimentos expressos pelos seus gestores com ações voltadas a ST, que visam informar sobre a existência de uma rede de ST no município pesquisados, podemos entender que nesse município o que se apresenta é um conjunto de serviços em ST com algumas ações conjuntas fragmentadas. Esse fato não permite considerar a existência de uma efetiva rede em ST nessa localidade. Portanto, corroborando com alguns autores¹⁴, esses serviços fragmentados estabelecem sua organização a partir de um conjunto de pontos de atenção à saúde que atuam na prática de maneira isolada, com pouca comunicação entre eles. Por consequência revelam uma incapacidade em prestar uma atenção contínua à população, sobretudo aos trabalhadores.

Diante disso, os/as gestores/as desses serviços precisam repensar o significado da rede de ST, buscar uma maior articulação entre os serviços e compreender de forma conjunta como a rede deve se organizar no município. Os diversos instrumentos normativos, portarias e políticas públicas para a ST, fornecem as diretrizes e os caminhos para uma práxis que coadune com as especificidades dos trabalhadores e contribua para a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Categoria 2: a centralidade do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador na atenção à saúde do trabalhador

No Brasil e no mundo, os processos de trabalho têm gerado uma série de acidentes e agravos à saúde dos trabalhadores. Esses eventos se constituem em um problema de saúde pública. A Organização Internacional do Trabalho/OIT, afirma que anualmente acontecem cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho no mundo, destes, dois milhões ocasionam a

morte do trabalhador. No ranking mundial dos acidentes fatais que envolvem o trabalhador o Brasil ocupa a 4ª posição⁽¹⁵⁾.

Diante da magnitude dos dados que indicam a vulnerabilidade dos trabalhadores frente aos processos de trabalho vigentes e com foco na promoção, proteção e redução da morbimortalidade desses indivíduos, foi instituída através da Portaria nº 1.823/2012 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/PNSTT. Esta política estabelece os princípios, diretrizes e estratégias a serem desenvolvidas pelas três esferas de gestão do SUS, visando a atenção integral aos trabalhadores⁽⁹⁾.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora define em seu artigo 13º, inciso II que a competência dos municípios é coordenar a implementação da PNSTT nesse nível de gestão⁽⁹⁾. Ao questionar os/as gestores/as da saúde se essa política está implantada no município pesquisado, as maiorias das falas convergem e apontam que:

Sim. Porque desde quando a gente assiste o trabalhador e em caso de acidente, alguma coisa desse tipo é notificada dentro das unidades de saúde, unidade básica, centros de saúde ou PACS, já está fazendo o papel da Política Nacional do Trabalhador e Trabalhadora. Então, a partir daí notifica e encaminha para o CEREST [...] (G1)

Sim. É implantado no município o CEREST que é o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador [...] (G2).

Sim. Porque nós temos o CEREST. É um centro de saúde do trabalhador, é regional, inclusive não atende só a Jequié, mas toda região [...] (G3).

Sim. Hoje no município de Jequié nós temos a implantação, temos o Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador que é o CEREST há uma implantação de uns dez a doze anos [...] (G5).

Os depoimentos revelam que a PNSTT está implementada no município, pois este possui um Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST que desenvolve suas ações em âmbito regional. Mas, para um autor⁽⁹⁾, para fins de implementação dessa política é necessário haver articulação entre ações individuais, ações coletivas, de promoção, prevenção, vigilância, recuperação de agravos, ações de planejamento e avaliação, conhecimento técnico e saberes dos trabalhadores com as práticas institucionais que coadunem com a relação trabalho/saúde.

Segundo as falas destes/as gestores/as, está demarcada a centralidade do CEREST como núcleo principal que determina a implementação da PNSTT no município. Porém, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/RENAST, enquanto estratégia para a implantação da PNSTT, estabelece que as práticas para a ST devem ser realizadas de forma descentralizada, hierarquizada e precisam perpassar pelos três níveis de atenção do SUS. Ainda, cabe ao CEREST atuar como serviço de retaguarda, considerando seu apoio matricial no SUS e incluir ações da vigilância em ST, da atenção básica, média e alta complexidade⁽¹²⁾.

Contudo, contrapondo a concepção estabelecida pelos demais gestores/as anteriormente destacados/as, um deles coaduna com as ideias expressas nos documentos normativos, a fala de G4 relata que:

[...] dentro da política nacional há várias estratégias que não se concentram apenas no CEREST, são estratégias de descentralização das ações de saúde do trabalhador, envolvimento das unidades, tanto unidades básicas de saúde, quanto hospitais e isso de fato não vejo aqui em Jequié. Aqui a política fica concentrada nas ações que o CEREST desenvolve que também não são, não estão de acordo com tudo o que a gente esperaria de centro de referência em saúde do trabalhador. Tem muitas coisas que estão lá na política que de fato não acontecem aqui, então não poderia dizer que está implantada não [...] (G4).

Assim, é necessário destacar que o processo de descentralização contribui para ampliar o contato do SUS com a real necessidade da população, colocando os gestores frente aos desafios para efetuar a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, inclusive ações de saúde do trabalhador⁽¹⁶⁾. Nessa conjuntura, os/as gestores/as ao destacar as ações em ST que o CEREST desenvolve no município, demonstra que são práticas limitadas, como expresso nas falas:

[...] eles desenvolvem atividades com esse enfoque na saúde do trabalhador e da trabalhadora, acompanhamento, observações, emissão de laudos, atendimentos, capacitações e treinamento não só no município de Jequié, como também, nos municípios da nossa regional (G5).

[...] a questão do CEREST, eles fazem a visita tem todo um trabalho anual, metas e pactuações a ser seguidas pra poder tá fazendo uma melhor saúde pra o trabalhador (G3).

Nota-se então, a partir desses relatos, que as ações realizadas pelo CEREST são fragmentadas e sem cunho intersetorial. Desse modo não estabelece pressupostos para configurar a implementação da PNSTT no município. Portanto, cabe ao CEREST, no contexto da RENAST, desempenhar ações de suporte técnico, coordenar projetos de assistência, vigilância e promoção da saúde do trabalhador, organizar ações intra e intersetorial de ST e se tornar polo irradiador de ações pautadas na vigilância em saúde, de base epidemiológica e com caráter sanitário⁽⁹⁾.

Assim, verifica-se que diante das informações prestadas pelos/as gestores/as dos serviços de saúde e a partir dos objetivos, diretrizes e estratégias descritas na PNSTT, no que se refere ao papel da gestão municipal não há convergência nas ações apresentadas por eles que permitam afirmar que a PNSTT está implementada no município. Pois, não se observa a promoção de uma articulação intersetorial, uma vez que, este é um pressuposto necessário para a implantação da PNSTT com foco em processos de trabalho saudáveis direcionada à saúde dos trabalhadores⁽⁹⁾.

Categoria 3: entraves e possibilidades para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Na categoria anterior destacamos as divergências de ideias dos/as gestores/as de saúde no que se refere à implementação da PNSTT a nível municipal. A partir dos depoimentos coletados e da análise dos documentos ministeriais sobre os princípios, diretrizes e estratégias que fundamentam a implantação dessa política a nível municipal, inferimos que a mesma ainda não foi implantada no município estudado, mesmo que alguns/as gestores/as a considerem real.

Nesse sentido, nessa última categoria buscamos apresentar, a partir dos argumentos dos gestores/as, os elementos que tem se colocado como entraves e as possibilidades dessa

administração municipal em saúde do trabalhador para o alcance da implementação da PNSTT.

Assim, procuramos conhecer as dificuldades e facilidades da gestão municipal de saúde frente à proposta de implementação da política. Os relatos informam que:

[...] a gente não vê gestores, não to falando dos gestores municipais, mas gestores mesmo nacionais preocupados com o trabalhador, mas sim o que ele vai render ao serviço. A gente tem essa questão de sensibilizar gestores, é uma das maiores dificuldades pra atender essa população [...] (G1).

[...] a principal dificuldade é a falta de recurso financeiro específico para isso. Também a falta de capacitação dos profissionais, porque a maioria que estão na gestão são enfermeiros e tiveram pouca experiência nessa área de saúde do trabalhador, acabam não se sentido muito aptos pra desenvolver principalmente as ações de vigilância, [...] (G4).

Ainda existe muito medo perante o trabalhador sobre essa procura do seu direito, o medo de ficar desempregado [...] (G3).

As falas dos/as profissionais corroboram com os argumentos de alguns autores¹⁷ do segundo inventário da ST, realizado nos anos de 2010/2011. Os teóricos revelam haver dificuldades por questões burocráticas no uso, na liberação e na gestão dos recursos e nos desafios da formação de profissionais na área de ST, que apesar do aumento nos últimos anos ainda são incipientes os esforços para a formação desses profissionais. Além disso, abordam também a falta do controle social por parte dos trabalhadores devido a constrangimentos diversos, perda de base representativa dos trabalhadores e falta de democracia no ambiente de trabalho.

A partir dessa conjuntura de déficits na área da ST despontam os argumentos de alguns estudiosos¹⁷, os quais, discutem que só com recursos suficientes, pertinências nas metodologias, capacidade de análise, valorização dos interesses públicos e a garantia desses elementos, será possível tratar e superar as lacunas existentes no campo da ST.

Nesse cenário de tantos entraves no âmbito da ST, vale questionar: quais são as facilidades reveladas por esses/as gestores/as? As falas informam que:

As facilidades, a parceria interligada à Secretaria Municipal de Saúde onde nós temos veículos, toda uma equipe multiprofissional formada por médicos, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e enfermeiros [...]” (G2).

[...] as facilidades que a gente encontra é o próprio desenho da rede, a própria implantação da política nacional que nos dá um norte a ser seguido, embora a gente saiba que pra efetivação dessa proposta a gente precisa do envolvimento dos profissionais, a gente precisa do envolvimento da própria rede [...] (G5).

[...] facilidades pra implantação da política, o próprio texto da política, é muito claro, aponta vários caminhos, dá um norte em termos de diretrizes, aquilo que norteia a saúde do trabalhador. Ele traz esse respaldo legal pra a ação da vigilância à saúde do trabalhador, pra ação dentro dessa rede [...] (G4).

Essas facilidades apresentadas nas falas se apoiam na redação da própria política. Os participantes G4 e G5 chamam a atenção para o texto enquanto caminho que conduz à organização da rede e as ações em ST. De fato, o texto da PNSTT corrobora com essas falas, ao apontar no anexo I os elementos informativos para a implantação da política, a saber: a importância da abordagem multiprofissional expressa na fala de G2, o objeto da vigilância em ST, a articulação intersetorial para o exercício da transversalidade entre as várias políticas de ST e políticas setoriais e a organização da descentralização, consolidando o papel do município como instância efetiva para desenvolver as ações no âmbito da ST⁽⁹⁾.

Contudo, inúmeras críticas têm sido direcionadas a PNSTT, no que se refere ao esforço para consolidar as ações de ST no SUS, sobretudo nos municípios. Talvez as barreiras apresentadas justifiquem o fato do município ainda não ter conseguido implementar essa política. Contudo, para alguns autores⁽³⁾, o texto sobre o papel da vigilância é louvável. Porém, o texto é tímido ao destacar no artigo 14 do 2º parágrafo que cabe ao CEREST as ações diretas de vigilância, apenas com cunho complementar ou suplementar em situações em que os municípios não apresentem condições operacionais e técnicas. Ele revela a fragilidade e ausência de prioridades nas ações da vigilância em um dado território, uma vez que esta foi eleita a estratégia principal na implantação da política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou conhecer sobre como se organiza o campo da saúde do trabalhador no município de Jequié, Bahia, a partir da concepção que os gestores de saúde municipal tem em relação à Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador e sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Assim, com a pesquisa evidenciou-se que existe uma divergência entre os/as gestores/as sobre a existência de uma Rede de Saúde do Trabalhador e como esta se organiza no município. A partir da análise da realidade local apresentada percebe-se que não há uma interlocução entre esses/as gestores/as, uma vez que eles atuam nos serviços que prestam assistência ao trabalhador/a seja de maneira direta e/ou indireta: CEREST, secretaria municipal de saúde, área da assistência, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância epidemiológica.

As práticas desse conjunto de serviços são fragmentadas e sem foco na promoção e prevenção da saúde. O cuidado ao trabalhador ocorre após o acometimento do agravo e/ou acidente. Ainda, não há uma articulação intra e intersetorial que envolva ações efetivas da baixa, média, alta complexidade e com a vigilância em Saúde do Trabalhador.

Desse modo, observa-se que a desarticulação desses serviços de saúde contribuem para o fato do município ainda não ter conseguido implementar a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora, pois, um dos pressupostos para que os municípios garantam a implantação da política é fomentar uma rede em ST bem estruturada, descentralizada, hierarquizada e com práticas efetivas da vigilância em ST.

É preciso destacar que muitos são os entraves revelados por esses/as gestores/as e eles se sobrepõe às facilidades. Essas dificuldades perpassam pelo déficit financiamento com a falta de sensibilidade dos gestores de outras esferas de governo em garantir esses recursos para a ST, pela formação dos profissionais que atuam nessa área ineficiente e ainda pela não

participação dos próprios trabalhadores no sentido de colaborar com as ações desenvolvidas e exigir seus direitos a partir do controle social.

Portanto, este estudo torna-se um alerta para que os/ gestores/as local repensem suas práticas nestes serviços a partir da realidade do território e das políticas públicas existentes para área da saúde do trabalhador. Além disso, para que busquem mecanismos eficazes a fim de superar as falhas e os diversos entraves existentes. Assim, será possível subsidiar melhorias na área da promoção da saúde e prevenção de agravos em Saúde do Trabalhador. Tal necessidade fica cada vez mais evidente quando se verifica a inexistência de uma rede articulada e, sobretudo a falta da implantação da própria política de saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

1. Santos JLG, Vieira M, Assuiti LFC, Gomes D, Meirelles BHS, Silvia Santos MA. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)*, 2012; 33(2): 205-212.
2. Ministério da Saúde (BR), Presidência da República. Lei nº 8.080 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [Internet]. Brasília (DF), 1990; [citado 2016 jan. 20]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
3. Costa D, Lacaz FAC, Filho JMJ, Vilela RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. Bras. Saúde Ocup. São Paulo (SP)*, 2013; 38(127):11-30.
4. Jaçques CC, Milanez B, Mattos RCOC. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro (RJ)*, 2012; 17(2): 369-378.
5. Lacaz FAC. Política Nacional de Saúde do trabalhador: desafios e dificuldades. In: Lourenço E, organizador. *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo (SP): Expressão Popular, 2010: 199-230.
6. Baratieri T, Vecchia ACGD, Pilger C. A gestão da saúde do trabalhador nos municípios da 5ª regional de saúde do Paraná. *Rev. REAS, Minas Gerais (MG)*, 2012; 1(1): 57-69.
7. Leão LHC, Vasconcellos LCF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura da rede. *Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília*, 2011; 20(1):85-100.

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
9. Ministério da Saúde (BR), Política Nacional de Saúde do trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado 2016 jan. 12]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.
10. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edição Revista e Actualizada. Edições 70, 2011.
11. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado 2016 Jan 15]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
12. Ministério da Saúde (BR), Portaria nº 2.728 de novembro de 2009. Rede Nacional de Atenção Integral á saúde do Trabalhador (RENAS) [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2016 jan 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro (RJ), 2010; 15(5):2297-2305.
14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
15. Zinet C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. Caros Amigos, São Paulo (SP), 2012;187:16-19.
16. Sauter AMW, Girardon-Perlini NMO, Kopf AW. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. Rev. Min. Enferm, Minas Gerais (MG), 2012; 16(2): 265-274.
17. Machado, JMH; Souza, CAV; Santana, V; Fernite, S; Campos, A; Neto, VR. 2º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2010-2011. Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011. Brasília (DF), 2013, p. 138.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer a concepção das trabalhadoras rurais acerca das condições de vida, trabalho e a relação com o processo saúde-doença. Também procurou descrever a organização e as ações da gestão em saúde na assistência ao trabalhador e à trabalhadora.

Para tanto, foi caracterizado e analisado o processo de trabalho realizado por essas mulheres, buscando estabelecer uma relação com o processo saúde doença. Ainda, foi analisada a compreensão dos gestores municipais de saúde sobre a rede de atenção à saúde do trabalhador e verificamos se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/PNSTT está implantada no município pesquisado.

A partir dos resultados obtidos e analisados, é possível afirmar que os objetivos propostos foram alcançados, por revelar o entrelaçamento das condições de vida das trabalhadoras rurais com o processo de trabalho que elas desenvolvem e sua relação com o processo-saúde doença.

Também, é plausível apontar que o município de Jequié não apresenta uma rede de atenção à saúde do trabalhador/a estruturada, mas possui um conjunto de serviços de saúde com ações ainda fragmentadas direcionadas aos trabalhadores/as. A desarticulação desses serviços implica no fato da PNSTT ainda não ter sido implementada nesse município.

Os resultados revelaram as inúmeras dificuldades que são vivenciadas pelas trabalhadoras rurais, problemas que perpassam pela falta de acesso aos serviços essenciais que o Estado deveria garantir: de educação, de trabalho e, sobretudo, de saúde. As camponesas descrevem a peregrinação que normalmente é feita para ter acesso aos serviços de saúde. Essa trajetória é marcada pelas longas distâncias, gastos financeiros e precariedade na estrutura e organização das ações de assistências direcionadas à população do meio rural.

Observa-se uma ineficiência da gestão municipal de saúde na atenção à saúde da população do campo, especialmente das mulheres trabalhadoras rurais. Esses serviços são ineficientes, esporádicos e prestados em espaços físicos improvisados, essas barreiras impossibilitam a criação de vínculo entre os/as profissionais de saúde e

as trabalhadoras. Esses fatores interferem no entendimento de saúde dessas mulheres, não efetiva a continuidade do cuidado e leva as trabalhadoras a se deslocarem do campo para a cidade na busca pela atenção em saúde.

Contudo, ao revelar suas condições de vida, trabalho e saúde os relatos apontam que essas trabalhadoras buscam estratégias para superar os entraves impostos pela ineficiência dos serviços de saúde. Recorrem às práticas de cuidados populares, aos chás, as ervas de sua localidade, nos saberes e ensinamentos que são compartilhados com as outras trabalhadoras e seguem na luta por uma saúde pública de qualidade e assim vão aliviando suas dores como podem.

Ao caracterizar o processo de trabalho dessas colaboradoras, inferimos que o trabalho representa a vida dessas mulheres, mas, revelaram-se as imbricações que as atividades perpetradas na agricultura, pecuária e na casa de farinha efetuam sobre a vida dessas trabalhadoras. São processos de trabalho extenuantes, sem valorização, com baixa remuneração e apontam uma exploração do trabalho feminino rural. O processo de trabalho é marcado por uma extensa jornada, com atividades domésticas e no campo, expostas ao sol, à chuva, às altas temperaturas e carregamento de peso que gera lombalgia, cansaço, cefaleia, sangramentos, dores musculares e nos nervos e que vão se acumulando ao longo da vida.

Os resultados expressam vozes que almejam ser escutadas, mas que seguem sendo abafadas pelos sistemas de ideias impostos à trabalhadora rural, uma ideologia que encara o trabalho feminino rural como ajuda, demarcando a divisão sexual do trabalho. Essa lógica conduz a trabalhadora à dupla/tripla jornada de trabalho sem colaboração de seus parceiros nas atividades domésticas, interfere tanto no seu processo educacional quanto no de seus filhos/as e não reconhece a sua participação na geração de renda para a família.

Portanto, entendemos que os avanços evolução, os quais têm ocorrido na sociedade, nos últimos anos, ainda não alterou em grandes proporções a vida das mulheres, especialmente das trabalhadoras rurais. Desse modo, a luta é para que se perceba as imbricações que as condições de vida e trabalho exercem sobre o processo saúde-doença desse grupo e quais alternativas práticas devem ser pensadas e implementadas para promover uma organização autônoma dessas mulheres a fim de

superar as repercussões que a divisão sexual do trabalho e as relações de gênero efetuam sobre as trabalhadoras rurais.

No tocante à organização da rede de atenção à saúde do trabalhador e a PNSTT no município pesquisado, as falas dos gestores demonstraram uma divergência de ideias destes sobre o entendimento dessa rede e da implementação da PNSTT no município. Existe uma desarticulação dos serviços que ofertam ações aos trabalhadores/as, permeada pela falta de comunicação e de intersectorialidade.

Também foi evidenciado que para os/as gestores de saúde, o Centro Regional de Referência a Saúde do trabalhador/CEREST é locus primordial da assistência ao trabalhador e este é o serviço que justifica a PNSTT que está implementada no município. Entretanto, os diversos instrumentos ministeriais, portarias, normas e legislações destoam dessa lógica ao apontar a responsabilidade dos municípios para a descentralização das ações em ST e também para atuação do CEREST enquanto um serviço de retaguarda que precisa se intercomunicar com a baixa, média, alta complexidade e, sobretudo, com a vigilância em saúde do trabalhador.

O desvelar dos depoimentos dos gestores ainda revela uma fragmentação das ações do CEREST, pautada em atividades que intervêm sobre a saúde do trabalhador após os acometidos do acidente e/ou agravo sem a participação desses sujeitos no processo de cuidado. A pesquisa demonstra a ineficiência nas ações de vigilância, prevenção e promoção, o que não coaduna com os pressupostos estabelecidos para o modelo de atenção à saúde do trabalhador, o qual estabelece o trabalhador enquanto sujeito ativo do seu processo de cuidado.

Por fim, espera-se que este estudo possa significar o ponto de partida para a realização de outras pesquisas, que contribua para que os gestores em saúde desse município ressignifiquem suas práticas na atenção à saúde do trabalhador/a, compreendendo que os mesmos, enquanto cidadãos/ãs têm direito de vivenciar a saúde como bem inalienável e inerente a sua própria condição humana.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **História Oral, a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro-RJ: Fundação Getúlio Vargas, 1990.

ALVES, A.E.S et al. Divisão sexual do trabalho em comunidades rurais. In: seminário nacional de estudos e pesquisas “história, sociedade e educação no Brasil, 9., 2012, João Pessoa. **Anais Eletrônico**, João Pessoa: UFPB, 2012, p. 4215- 4226

AMBROSI, J.N; MAGGI, MF. Acidentes de trabalho relacionados às atividades agrícolas. **Rev. Acta Iguazu**, Cascavel, v. 2, n. 1, p. 1-13, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edição Revista e Actualizada. ed. Edições 70, 2011.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia**. 2015 Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/ Acesso em: 20 jan 2016.

_____. Presidência da República. **Decreto Lei n.5.452, de 1º de Maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: www.planalto.gov.br Acesso em: 29 set 2014.

_____. Presidência da República. **Lei nº 5.889 de 8 de Junho de 1973**. Estatui normas reguladoras do trabalho rural. Disponível em: www.planalto.gov.br Acesso em: 29 set 2014.

_____. Conferência Nacional de Saúde, 8. **Relatório final**. [S.I.: s.n.], 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 30 out. 2014.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. Disponível em: www.planalto.gov.br Acesso em: 10 Out 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.728, de 11 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 12 de novembro de 2009, p.76.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

_____. **Plataforma Brasil** 2011. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>> Acesso em: 21 mai. 2012.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: www.saude.gov.br Acesso em: 15 set 2014.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do conselho nacional de saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> . Acesso em 22 set 2014.

CARLOTO, C.M; GOMES, A.G. Geração de renda: enfoque nas mulheres pobres e divisão sexual do trabalho. **Serv. Soc. Soc.** [online]. 2011, n. 105, p. 131-146.

CARNEIRO, J.D.P. L; MENDONÇA, M.R. A reestruturação produtiva do capital e o mundo do trabalho: os trabalhadores da Italc Alimentos em Corumbáiba (GO). **VIII Seminário de Saúde do Trabalhador e VI Seminário “O Trabalho em Debate”.** UNESP/ USP/STICF/CNTI/UFSC, Franca (SP), 2012.

CHIAVEGATTO, C.V; ALGRANTI, E. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acesso em: 25 fev. 2014.

CONTAG. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura. **1ª Mobilização Nacional dos Assalariados e Assalariadas Rurais** CONTAG – FETAG’S – STTR’S 19 e 20 de março de 2012, Brasília.

COSTA, F.S.M. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: reflexões iniciais sobre a estratégia Renast no município de Castanhal/Pa. **Rev Pegada**, São Paulo, 15 (1): 16-32, 2012.

COSTA et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

COTRIM, V.A. **Trabalho Produtivo em Karl Marx novas e velhas questões.** [dissertação]. São Paulo, Departamento de História Econômica da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2009.

DATASUS. **Estabelecimento de Saúde do Município:** Jequié. 2012. Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291800&NomeEstado=BAHIA> Acesso em: 25 out. 2014.

DIAS, M.D.A; BERTOLINI, G.C.S; PIMENTA, A.L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab. educ. saúde** [online]. 2011, vol.9, n.1, pp. 137-148. ISSN 1981-7746.

EVANGELISTA et al. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):1011-1020.

FAO. Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação. **Women's Work. In: The State of food and agriculture 2010-2011**. Roma, 2011, p.07-22.

FARIA, N. **Economia feminista e agenda de lutas das mulheres no meio rural**. In: BUTTO, A. (org) Estatísticas Rurais e a Economia Feminista: Um olhar sobre o trabalho das mulheres. Brasília: MDA, 2009.

FILHO, S.B.T. **A alienação do trabalho, segundo a perspectiva filosófica de Karl Marx**. [monografia]. Belo Horizonte. Instituto Santo Tomás de Aquino Centro de Estudos Filosóficos e Teológicos dos Religiosos; 2013.

GONÇALES, J.C; PONTILI, R.M; SOUZA, E.L.C. Crescimento do mercado de trabalho paranaense atinente ao segmento industrial, de abate e fabricação de produtos de carne, na década de 2000. In: Encontro de produção científica e tecnológica, 6. 2011, **Anais Eletrônico**, Campo Mourão: FECILCAM/NUPEN, 2011, 15 p.

HERRERA, K.M. Uma análise do trabalho da mulher rural através da perspectiva da multifuncionalidade. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 **Anais Eletrônicos**, Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X.

IBGE. **Cidades**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>> Acesso: em 25 out. 2014.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Rev Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.

LEAL, C.M. **Divisão sexual e social do trabalho: reprodução das desigualdades de gênero?** Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, Maranhão, agosto, 2011.

LEÃO, L.H.C; CASTRO, A.C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3):769-778, 2013.

LEÃO, L.H.C; VASCONCELLOS, L.C.F. National Network for Whole Health Care Workers: reflections about network structure. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2011, vol.20, no.1, p.85-100. ISSN 1679-4974.

MATOS, S.J; SENNA, A.K. História Oral como fonte: problemas e métodos. **Historiæ, Rio Grande**, 2 (1): 95-108, 2011.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Ed. 12ª. Vol.I. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MENEGAT, R.P; FONTANA, R.T. Condições de Trabalho do Trabalhador Rural e sua Interface com o Risco de Adoecimento. **Cienc Cuid Saude**, 2010 Jan/Mar; 9(1): 52-59.

- MENDES et al. A organização das mulheres extrativistas na região Sudoeste mato-gossense, Brasil. **Rev. Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 416, jan-abr, 2014.
- MESQUITA, G.R.I. **Particularidades do trabalho agrícola da mulher**. Seminários Aplicados, Goiânia, 2012, p. 35.
- MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. São Paulo-SP: Edições Loyola, 1996.
- MEIHY, J.C.S.B; HOLANDA, F. **História Oral: como fazer, como pensar**. ed. 2ª. São Paulo: Contexto, 2013.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- OLIVEIRA, R.A. A concepção de trabalho na filosofia do jovem Marx e suas implicações antropológicas. **Rev Kineses**, Santa Maria, v.2, n.3, p. 72-88, 2010.
- PED. Sistema de Pesquisa de Emprego e Desemprego. **A inserção da mulher no mercado de trabalho**. São Paulo, Março, 2013.
- PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de Indicadores**. Rio de Janeiro, 2009, p.288.
- PORTELLI, A. Ensaio de História Oral. 1º ed. São Paulo: Letra e Voz, 2010.
- PORTELLI, A. História Oral e poder. **Mnemosine**. v.6, nº2, p. 2-13, 2010.
- RAVAZIO, N.B. A rede sentinela de notificações de agravos em saúde do trabalhador/SUS segundo a visão de gestores e trabalhadores da regional de saúde. Rondonópolis/MT [manuscrito]. 2013, p.139.
- SILVA, C.B.C.; SCHNEIDER S. Gênero, Trabalho Rural e Pluriatividade. In: SCOTT, P.; CORDEIRO; R.; MENEZES, M. (Org.) **Gênero e Geração em Contextos Rurais**. Florianópolis/SC, Ed., 2010, pg. 183-207.
- SCHLINDWEIN, V.L.C. A desproteção social dos trabalhadores rurais nos acidentes de trabalho. **Rev. Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 109 - 117 jan./jul. 2011.
- SIQUEIRA, M.M. Relações de Trabalho no campo. **Rev Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v. 9, n. 2, p. 1-17, ago/dez, 2009.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, 1995. 20 (2) p.71-99.
- TOMSON, A. Aos cinquenta anos: uma perspectiva internacional da História oral. In: **História oral: desafios para o século XXI**. (Org.) MARIETA, M.F.; VERENA, A. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz / CPDOC - Fundação Getulio Vargas, 2000. 204p.

TRIVIÑOS A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** Sao Paulo: Atlas, 2009.

VIDAL, D.L. Diversidade tipológica do manejo rural feminino no semiárido brasileiro. **Revista Archivos de Zootecnia**, Córdoba, v. 60, n. 232, p.1149-1160, fev.2011.

VIEIRA, E. O trabalho: breve visão da concepção de castigo da antiguidade cristã, valor social afirmado na Encíclica Rerum Novarum no século XIX e despontar no século XXI como valor Bioético. **Rev Bioethicos**, São Camilo, v. 4, n. 3, p. 350-353, 2010.

VILAS, B.S.W. Apresentação do manual da gestão da Renast. In: Encontro nacional da Renast, 5., 2011. **Relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://.28.128.179:8080/pisast/saude-do-trabalhador/v-encontro-nacional-renast>. Acesso em: 18 out 2014.

ZINET, C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. **Caros Amigos**, São Paulo, v. 187, p. 16-19, out. 2012.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde

Prezada Senhora, sou Luanna Rodrigues de Jesus e eu estou juntamente com Adriana Alves Nery, professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) realizando um estudo cujo título é **“Gestão em saúde e a atenção à saúde da Trabalhadora Rural”**. Gostaria de convidá-la a participar deste estudo que tem por objetivo analisar o processo de trabalho da trabalhadora rural e sua relação com o processo saúde-doença no município de Jequié, Bahia.

Será realizada uma entrevista e as suas respostas serão gravadas por um gravador. A sua participação poderá trazer informações importantes contribuindo com a melhoria dos serviços de saúde do município de Jequié, Bahia.

A sua participação neste estudo é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento e a senhora pode retirar sua autorização de participar deste estudo a qualquer momento. Mesmo que a senhora tenha iniciado a entrevista e depois não queira continuar, terá seu direito de desistir garantido. Ainda, poderá permitir ou não o uso das informações já gravadas. Sua identificação será mantida em segredo, as suas respostas serão confidenciais e somente a senhora e as pesquisadoras terão acesso a elas.

Este estudo não prevê desconfortos, riscos ou danos a senhora, porém se em algum momento a senhora sentir-se constrangida ou desconfortável em responder alguma pergunta será respeitada sua vontade de não participar. Caso queira responder apenas algumas perguntas, sua escolha será aceita.

Garantimos estar disponíveis para esclarecimento de quaisquer dúvidas ou de informações que não ficaram claras no decorrer deste estudo, basta entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UESB nos endereços e/ou telefones que estão no final deste termo.

Caso a senhora aceite participar deste estudo, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido precisará ser assinado em duas vias, sendo que uma das vias ficará com a senhora e a outra será arquivada pelas pesquisadoras por cinco anos, atendendo o que determina a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

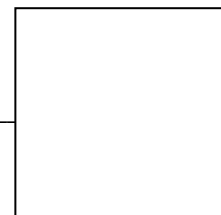
Desde já agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que possam surgir.

Consentimento para participação:

Eu _____ estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecida quanto aos objetivos do estudo, aos procedimentos aos quais serei submetida, envolvidos na minha participação. As pesquisadoras garantiram me disponibilizar qualquer esclarecimento que eu venha a solicitar durante o desenvolvimento do estudo e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o segredo dos dados referentes a minha identificação, bem como

de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício ou prejuízo econômico.

Assinatura da Colaboradora



COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Garantimos estar disponíveis para atender às dúvidas e/ou solicitações para esclarecimento de dados que não apresentaram clareza no desenvolvimento deste estudo.

Poderemos ser encontradas no endereço abaixo.

_____ Jequié, Data: __/__/__

Pesquisadora Responsável

_____ Jequié, Data: __/__/__

Pesquisadora Colaboradora

LUANNA RODRIGUES DE JESUS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) /UESB

Rua José Moreira Sobrinho, s/n CEP: 45.206-190

E-mail: lua_rdj@yahoo.com.br **Fone-Fax:** (073) 3528-9738

ADRIANA ALVES NERY

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)/ UESB

Rua José Moreira Sobrinho, s/n CEP: 45.206-190

E-mail: ppgesjq@uesb.edu.br **Fone-Fax:** (073) 3528-9738

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UESB – CEP/UESB

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

CAP - 1º andar Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510 Jequié – Bahia

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br

Telefone: (73) 3528 9727

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde

Prezado/a Senhor/a, sou Luanna Rodrigues de Jesus e eu estou juntamente com Adriana Alves Nery, professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) realizando um estudo cujo título é “**Gestão em saúde e a atenção à saúde da Trabalhadora Rural**”. Gostaria de convidá-lo/a a participar deste estudo que tem por objetivo analisar o processo de trabalho da trabalhadora rural e sua relação com o processo saúde-doença no município de Jequié-Ba.

Será realizada uma entrevista e as suas respostas serão gravadas por um gravador. A sua participação poderá fornecer informações importantes contribuindo com a melhoria dos serviços de saúde do município de Jequié-Ba.

A sua participação neste estudo é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento e o/a senhor/a pode retirar sua autorização de participar deste estudo a qualquer momento. Sua identificação será mantida em sigilo, as suas respostas serão confidenciais e somente o/a senhor/a e as pesquisadoras terão acesso a elas.

Este estudo não prevê desconfortos, riscos ou danos ao/a senhor/a, porém se em algum momento o/a senhor/a sentir-se constrangido/a ou desconfortável em responder alguma pergunta será respeitada sua vontade de não participar.

Garantimos estar disponíveis para esclarecimento de quaisquer dúvidas ou de informações que não ficaram claras no decorrer deste estudo, basta entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UESB nos endereços e/ou telefones que estão no final deste termo.

Caso o/a senhor/a aceite participar deste estudo, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido precisará ser assinado em duas vias, sendo que uma das vias ficará com o/a senhor/a e a outra será arquivada pelas pesquisadoras por cinco anos, atendendo o que determina a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Desde já agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que possam surgir.

Consentimento para participação:

Eu _____ estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido/a quanto aos objetivos do estudo, aos procedimentos aos quais serei submetido/a, envolvidos na minha participação. As pesquisadoras garantiram me disponibilizar qualquer esclarecimento que eu venha a solicitar durante o desenvolvimento do estudo e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não implicará em nenhum benefício ou prejuízo econômico.

Assinatura do/a Participante

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Garantimos estar disponíveis para atender às dúvidas e/ou solicitações para esclarecimento de dados que não apresentaram clareza no desenvolvimento deste estudo.

Poderemos ser encontradas no endereço abaixo.

Jequié, Data: __/__/__

Pesquisadora Responsável

Jequié, Data: __/__/__

Pesquisadora Colaboradora

LUANNA RODRIGUES DE JESUS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) /UESB
Rua José Moreira Sobrinho, s/n CEP: 45.206-190
E-mail: lua_rdj@yahoo.com.br **Fone-Fax:** (073) 3528-9738

ADRIANA ALVES NERY
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)/ UESB
Rua José Moreira Sobrinho, s/n CEP: 45.206-190
E-mail: ppgesjq@uesb.edu.br **Fone-Fax:** (073) 3528-9738

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UESB – CEP/UESB
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
CAP - 1º andar Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequiezinho
CEP: 45.206-510 Jequié – Bahia
E-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br
Telefone: (73) 3528 9727

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA TRABALHADORA RURAL**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB****CARACTERIZAÇÃO DAS TRABALHADORAS RURAIS****Perfil Sóciodemográfico:**

- Idade: _____.
- Escolaridade: _____.
- Profissão/Ocupação: _____.
- Raça/cor: _____.
- Religião: _____.
- Estado Civi: _____.
- Renda: _____.
- Vínculo Empregatício: _____.
- Regime de Trabalho: _____.
- Tempo de Trabalho neste serviço: _____.

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- 1 Comente um pouco sobre sua vida, como é viver aqui?
- 2 O que a senhora gosta de fazer?
- 3 O que a senhora não gosta de fazer?
- 4 Quando a senhora começou a trabalhar? Por quê?
- 5 A senhora sempre trabalhou na zona rural? Por quê?
- 6 Fale como é o seu trabalho?
- 7 O que é saúde para a senhora? A senhora cuida da sua saúde? Como?

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA



GESTORES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB

CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES

Perfil Sociodemográfico

- Idade: _____.
- Sexo: Masculino () Feminino ()
- Profissão/ocupação: _____.
- Tempo de experiência profissional: _____.
- Tempo de atuação no cargo/função (ano/ mês): _____.
- Regime de trabalho: _____.
- Tipo de Vínculo Empregatício _____.
- Outro(s) vínculo(s) empregatício(s) _____.

Perfil Educacional

- () Treinamento/Curso na Área de Gestão e/ou Saúde do Trabalhador/Área: _____.
- () Especialização – Área: _____.
- () Mestrado ou Doutorado – Área: _____.
- () Apenas graduação

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- 1 No município de Jequié está implantada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/PNST? Justifique sua resposta.
- 2 Quais as facilidades e/ou dificuldades encontradas para a implantação da PNST?
- 3 Se não houve a implantação, quais as dificuldades encontradas?
- 4 Como está organizada a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador no município de Jequié, Bahia?

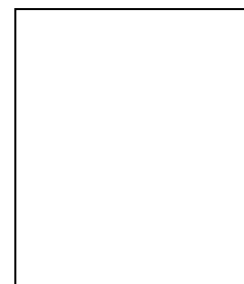
APÊNDICE E - CARTA DE CESSÃO**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB**

Jequié, ____ de ____ de 2015

Eu, _____, com atual estado civil, _____, RG _____ Órgão Expedidor _____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos da minha entrevista, dada na data de ____/____/____ à mestrandia da Universidade Estadual do sudoeste da Bahia – UESB, Luanna Rodrigues de Jesus para ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso das citações por terceiros, que esta sob a guarda de Luanna Rodrigues de Jesus e arquivado nos apêndices do estudo intitulado: GESTÃO EM SAÚDE E A ATENÇÃO À SAÚDE DA TRABALHADORA RURAL.

Abdicando dos direitos meus e dos meus descendentes, concordo e assino a presente carta de cessão.

Assinatura _____



APÊNDICE F - LISTA DE CONTROLE DE ANDAMENTO DO PROJETO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB

I) DADOS DA PESQUISA

Nome da Pesquisa: Gestão em saúde e a atenção à saúde da Trabalhadora Rural

Orientadora: Adriana Alves Nery

Pesquisadora Responsável: Luanna Rodrigues de Jesus

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Entrevistadora: Luanna Rodrigues de Jesus

II) DADOS DO DEPOENTE

Nome do colaborador depoente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

RG:_____ **Órgão Emissor:** _____

Endereço:_____ **nº**_____ **Bairro:**_____

Cidade:_____ **Cep:**_____

Telefone:_____ **Atual Profissão:** _____

III) DADOS DOS CONTATOS

Indicação do Contato: _____

Data do Contato: ____/____/____

Forma do Contato: _____

Data da Entrevista:____/____/____ **Local da Entrevista:**

IV) DADOS DO ANDAMENTO DAS ENTREVISTAS E PREPARO DO DOCUMENTO FINAL

FASE	MARCAÇÃO
PRÉ-ENTREVISTA	
ENTREVISTA	
PÓS-ENTREVISTA	
TRANSCRIÇÃO	
TEXTUALIZAÇÃO	
CONFERÊNCIA	
CARTA DE CESSÃO	

V) ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA

Data de apresentação do Projeto de Pesquisa

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB/BA		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: TRABALHADORA RURAL E A RELAÇÃO SAÚDE-TRABALHO-DOENÇA		
Pesquisador: Luanna Rodrigues de Jesus		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 39340514.4.0000.0055		
Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 914.523		
Data da Relatoria: 11/12/2014		
Apresentação do Projeto:		
<p>O trabalho rural tem contribuído de maneira expressiva para o desenvolvimento econômico do país, sendo possível destacar a participação da mulher no trabalho rural de forma efetiva, tornando o trabalho feminino decisivo na segurança alimentar e manutenção da vida produtiva rural. Sendo assim, este projeto objetiva analisar o processo de trabalho da trabalhadora rural e sua relação com o processo saúde-doença no município de Jequié-BA. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa de investigação. Para o alcance dos objetivos propostos foram elaborados dois questionários contendo informações sociodemográficas, educacionais e sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, sendo um instrumento direcionado às trabalhadoras rurais e outro aos gestores da rede de atenção à saúde do trabalhador do referido município. Os dados coletados para os gestores serão analisados, após a transcrição das informações, por meio da Análise de Conteúdo (Bardin), e para as trabalhadoras rurais, de acordo com a história oral temática.</p>		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário:		
Analisar o processo de trabalho da trabalhadora rural e sua relação com o processo saúde-doença no município de Jequié-BA		
Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n		
Bairro: Jequié/BA		CEP: 45.028-510
UF: BA	Município: JEQUIÉ	
Telefone: (75)3528-9727	Fax: (75)3525-6865	E-mail: cep@uesb.br@gmail.com

Página 07 de 08

Caroline

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: Int. 029

Objetivo Secundário:

Caracterizar o processo de trabalho desenvolvido pela trabalhadora rural no município de Jequié-BA; Conhecer a concepção das trabalhadoras rurais acerca das condições de trabalho no município de Jequié-BA; Descrever as ações de gestão em saúde na assistência à trabalhadora rural e de saúde no município de Jequié-BA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não oferece riscos aos participantes sendo assim, será respeitada a integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural, espiritual dos participantes, sendo indenizado caso aconteça qualquer dano imediato ou tardio, de modo a evitar qualquer consequência danosa no que se refere a livre expressão de suas opiniões.

Benefícios:

Fornecer subsídios para avaliar a situação da problemática em questão e para o planejamento, monitoramento e avaliação em saúde das trabalhadoras rurais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é viável, oportuna, relevante e está bem delimitada, não sendo necessário ajustes condicionantes a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados satisfatoriamente.

Recomendações:

Sugerimos:

- 1) pela especificidade do método escolhido - história oral e o número de participantes acessível (30), que a pesquisadora principal faça a coleta, não necessitando, pois, de treinar equipe de coleta.
- 2) que o TCLE seja desmembrado, sendo um para os gestores e outro para as trabalhadoras, evitando os dois tratamentos, senhor (a) e os dois locais de assinatura no dos gestores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a mencionar.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiézinho CEP: 45.200-510
UF: BA Município: JEQUIÉ
Telefone: (75)3336-6377 Fax: (75)3355-6663 E-mail: rcp@uesb.br@gmail.com

Página 02 de 03

Alfonso

ANEXO B - OFÍCIO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)

 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde 

Of. PPGES nº. 20/2015 Jequiê, 13 de março de 2015

Sr. Héber Araújo Filho
Secretário Municipal de Saúde

Senhor Secretário,

Apresentamos V.Sª a mestranda Luanna Rodrigues de Jesus, orientanda da professora Drª. Adriana Alves Nery do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para autorização da realização da coleta de dados do Projeto de Pesquisa “*Trabalhadora Rural e a relação saúde-trabalho-doença*”.

Atenciosamente,


Adalberto Alves Viêla
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem e Saúde - PPGES
UESB - Campus de Jequiê


UNIVERSIDADE DO SUDOESTE DA BAHIA
Campus de Jequiê
Rua 24, s/nº - Jequiê - BA

Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiézinho – Jequiê-BA
Fone/Fax: (73) 3528-9738 – mestradosaude@gmail.com

ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS

 **ESTADO DA BAHIA**
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

 **Jequié**

AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS

Autorizamos a coleta de dados do Projeto de Pesquisa "**Trabalhadora Rural e a relação saúde-trabalho-doença**", pela mestranda **Luanna Rodrigues de Jesus**, orientanda da Professora **Dr^a Adriana Alves Nery** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e saúde – PPGES, (Nível de Mestrado), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Atenciosamente,


Rosival Braga
Diretor do Depto. de Assistência à Saúde

Registro em Arquivo nº 14.846
DECRETO 14.846