

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 Fatura)

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. *Ensaios 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 RCO. 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 intersetorialidade.

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.