

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa

**SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DO CAMPO: EFETIVAÇÃO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Palmeira das Missões, RS
2024

Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa

**SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DO CAMPO: EFETIVAÇÃO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Saúde e Ruralidade na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ruralidade.

Orientadora: Profa. Dra. Alexa Pupiaro Flores Coelho Centenaro

Palmeira das Missões, RS

2024

Rosa, Cláudia Beux dos Santos Roduyt da
SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DO CAMPO:
EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE / Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa.- 2024.
90 p.; 30 cm

Orientadora: Alexa Pupiará Flores Coelho Centenaro
Coorientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Campus de Palmeira das Missões, Programa de Pós
Graduação em Saúde e Ruralidade, RS, 2024

1. Política Pública de Saúde 2. Política de Saúde do
Trabalhador 3. Saúde da População Rural 4. Atenção
Primária a Saúde I. Pupiará Flores Coelho Centenaro,
Alexa II. Colomé Beck, Carmem Lúcia III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, CLÁUDIA BEUX DOS SANTOS RODUYT DA ROSA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa

**SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DO CAMPO: EFETIVAÇÃO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Saúde e Ruralidade na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ruralidade.

Aprovada em 26 de março de 2024

**Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro, Doutora (UFSM)
(Orientadora)**

**Carmem Lúcia Colomé Beck, Doutora (UFSM)
(Presidente/Coorientadora)**

Darielli Gindri Resta Fontana, Doutora (UFSM)

Leticia Silveira Cardoso, Doutora (UNIPAMPA)

Rosângela Marion da Silva, Doutora (UFSM- Suplente)

Palmeira das Missões, RS
2024

À Saúde Pública e aos colegas da Saúde do
Trabalhador que, como eu, acreditam em seu
trabalho e dedicam sua profissão à promoção da
saúde dos trabalhadores e à prevenção de agravos
relacionados ao trabalho.

AGRADECIMENTOS

Este tempo de formação no PPG Saúde e Ruralidade e participação no Laboratório de Estudos de Enfermagem e Saúde do Trabalhador - LABEST, nos quais iniciei minha caminhada no ano de 2022 me proporcionou intensas discussões, desconstruções e construções de conhecimento e também de fortalecimento de vínculos.

A troca constante com os professores, colegas e alunos da graduação foi gratificante e me trouxe uma certeza, o quanto este meio é enriquecedor ao cognitivo, afetivo, profissional e de vida.

A construção desta pesquisa não foi solitária e muitas contribuições ocorreram do grupo LABEST. Às alunas da graduação de Enfermagem que confiaram em meu trabalho, contribuindo com escuta e atenção durante os encontros do grupo, especialmente aquelas que estiveram presentes na coleta dos dados, **Gabriela Kish dos Santos e Eslei Lauane Pires Cappa**, e à **Maria Eduarda de Abreu Schuster** que mergulhou comigo na saúde do trabalhador envolvendo-se na temática em seu trabalho de conclusão de curso, meu reconhecimento e gratidão.

Aos profissionais de saúde, que compõem a rede de atenção à saúde do trabalhador, gratidão pelas contribuições e pela persistência. Aos colegas do **CEREST Macronorte** obrigada pelo apoio, parceria e suporte.

A minha orientadora **Alexa Pupiará Flores Coelho Centenaro** e minha coorientadora **Carmem Lúcia Colomé Beck**, que sabiamente me guiaram pelos caminhos da pesquisa e na construção do conhecimento, obrigada pela troca, pelo acesso a experiência e sabedoria de vocês e por acreditarem nas minhas divagações, esta dissertação não teria acontecido sem o apoio de vocês.

A gestão e coordenação do PPGSR pela ajuda nos momentos de dúvida e aos mestres e doutores que contribuíram para ampliar meu conhecimento.

Ao meu colega de mestrado e parceiro de orientação **Cássio Zatti**, obrigada pela amizade, escuta, suporte, sugestões e mensagens de incentivo nos momentos necessários.

As colegas **Juliana Fabris e Fabiana Debastiani** que ganhei de presente como novas amigas e tornaram este processo mais suave e apesar de louco muito satisfatório.

Aos meus colegas do **CEREST**, pela compreensão das minhas ausências, pelo apoio a esta construção.

A **Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira das Missões** por me oportunizar este tempo de construção e aperfeiçoamento.

E por fim, a minha família, que comprou esta ideia, sendo rede de apoio em todos os momentos que precisei. Minha admiração e imensa gratidão a mulher que é meu exemplo **Neiva Beux dos Santos** pela dedicação e cuidado comigo e com minha família, me incentivando e suprimindo os espaços em que fui ausente para eles.

Ao meu esposo **Fábio Roduyt da Rosa** pela compreensão, apoio e cuidado comigo e com nossos filhos.

Aos meus filhos **Pietra e Davi** que entenderam meus momentos de ausência e alimentam minha motivação para seguir em frente.

Aos meus irmãos **Fernando Beux dos Santos** pelo apoio, e **Maurício Beux dos Santos** por acolher meus anseios, construir comigo e me dar suporte do projeto para ingresso no mestrado até a finalização da dissertação, *Nego*, nem palavras tenho para te agradecer.

E, em homenagem a minha maior saudade, gratidão ao meu pai, **Jorge Nunes dos Santos** exemplo de persistência, apoio e incentivo, parte desta conquista se deve a você.

“O trabalho precisa fazer sentido para o próprio sujeito, para seus pares e para a sociedade, sendo assim, essencial para a construção de uma identidade.”

Christophe Dejours (1992)

RESUMO

SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DO CAMPO: EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AUTORA: Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa
ORIENTADORA: Alexa Pupiará Flores Coelho Centenaro
COORIENTADORA: Carmem Lúcia Colomé Beck

Introdução: As políticas públicas do Ministério da Saúde voltadas à Saúde do Trabalhador Rural incluem a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA). É importante entender sua efetivação nos processos e práticas da Atenção Primária à Saúde (APS). Emerge a pergunta de pesquisa: como estão efetivadas, na prática, as políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador rural na APS, na percepção dos profissionais que são referência técnica em seus municípios? **Objetivo geral:** compreender a efetivação das políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador rural na prática da APS, a partir da percepção dos profissionais que são referência técnica em saúde do trabalhador em seus municípios. **Método:** Estudo com abordagem qualitativa e descritiva. Os participantes foram os profissionais referência técnica em saúde do trabalhador nos municípios da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, região 20 de saúde do Rio Grande do Sul, classificação de rural adjacente, pertencentes a área de abrangência do CEREST. A coleta de dados foi realizada em 2023, por meio de entrevista semiestruturada e discussões em grupo focal de forma online, na plataforma Google Meet. Os dados foram submetidos à análise qualitativa descrita por Minayo com auxílio de software NVivo. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Quanto a percepção dos participantes sobre a PNSTT e a PNSIPCFA, o destaque está nas notificações e investigações de óbitos. Na identificação das potencialidades e dificuldades na efetivação dessas Políticas Públicas no cotidiano da APS, destacam-se a boa comunicação entre os profissionais; a proximidade da referência técnica com os profissionais da APS e em contrapartida a escassez de profissionais na rede e equipes pequenas e acúmulo de funções e sobrecarga de trabalho. No que se refere às ações e estratégias para a saúde do trabalhador rural na APS, destacam-se notificação de acidentes de trabalho e investigações de óbito; e poucas ações de prevenção de agravos e promoção da saúde em parcerias com órgãos intersetoriais. Como estratégias destacam-se parcerias com atores da RAS, da RENAST e intersetoriais; reuniões de equipe; constituição de uma equipe exclusiva para a saúde do trabalhador; capacitação sobre as temáticas de saúde do trabalhador rural; ampliação do turno de atendimento e ofertas de horários diferenciados para campanhas de saúde. **Considerações Finais:** A construção de novos estudos para o fortalecimento do SUS e para a efetivação das políticas públicas na RAS é relevante. A promoção da saúde do trabalhador rural deve ser estimulada e ampliada na RAS, buscando garantir os princípios de integralidade e equidade na atenção à saúde da população rural. É importante o debate sobre o trabalho como um determinante social de saúde e sobre seus riscos no contexto rural, subsidiando ações efetivas e contínuas voltadas aos trabalhadores da área rural, além de deflagrar e sustentar mudanças nos processos de trabalho da RAS.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde; Política de Saúde do Trabalhador; Saúde da População Rural

ABSTRACT

WORKERS' AND FIELD WORKERS' HEALTH: IMPLEMENTATION OF PUBLIC POLICIES IN PRIMARY HEALTH CARE

AUTHOR: Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa

ADVISOR: Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro

COORDINATOR: Carmem Lúcia Colomé Beck

Introduction: The Ministry of Health's public policies aimed at Rural Workers' Health include the National Workers' Health Policy (PNSTT) and the National Policy for Comprehensive Health of the Rural, Forest and Water Population (PNSIPCFA). It is important to understand its implementation in the processes and practices of Primary Health Care (PHC). The research question emerges: how are public policies related to the health of rural workers in PHC implemented in practice, in the perception of professionals who are technical references in their municipalities? **General objective:** to understand the implementation of public policies related to rural workers' health in PHC practice, based on the perception of professionals who are technical references in workers' health in their municipalities. **Method:** Study with a qualitative and descriptive approach. The participants were technical reference professionals in occupational health in the municipalities of the 15th Regional Health Coordination, health region 20 of Rio Grande do Sul, adjacent rural classification, belonging to the CEREST coverage area. Data collection was carried out in 2023, through semi-structured interviews and focus group discussions online, on the Google Meet platform. The data were subjected to the qualitative analysis described by Minayo with the aid of NVivo software. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** Regarding the participants' perception of the PNSTT and the PNSIPCFA, the highlight is the notifications and investigations of deaths. In identifying the potentialities and difficulties in implementing these Public Policies in the daily life of PHC, good communication between professionals stands out; the proximity of technical reference to PHC professionals and, on the other hand, the shortage of professionals in the network and small teams and accumulation of functions and work overload. With regard to actions and strategies for the health of rural workers in PHC, notification of work accidents and death investigations stand out; and few actions to prevent diseases and promote health in partnerships with intersectoral bodies. Strategies include partnerships with RAS, RENAST and intersectoral actors; team meetings; creation of an exclusive team for worker health; training on rural worker health issues; expanding service shifts and offering different opening hours for health campaigns. **Final Considerations:** The construction of new studies to strengthen the SUS and to implement public policies in the RAS is relevant. The promotion of rural workers' health must be encouraged and expanded in the RAS, seeking to guarantee the principles of comprehensiveness and equity in health care for the rural population. The debate on work as a social determinant of health and its risks in the rural context is important, supporting effective and continuous actions aimed at workers in rural areas, in addition to triggering and sustaining changes in the RAS work processes.

Keywords: Public Health Policy; Occupational Health Policy; Health of the Rural Population

LISTA DE SIGLAS

APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPES	Coordenação de Aproveitamento de Pessoal de Nível Superior
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFA	Campo, Floresta e Águas
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CNPE	Conselho Nacional das Populações Extrativistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CPT	Comissão Pastoral da Terra
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAS	Departamento de Ações em Saúde
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
FEPEAL	Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas
FETRAF	Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar
FSESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
Funrural	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LABEST	Laboratório de Estudos em Saúde, Enfermagem e Trabalho
LGBT	Acrônimo de Lésbicas, gays, bissexuais, Transgêneros
LILACS	Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAB	Movimento dos Atingidos por Barragens/ Brasil
MIQCB	Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu
MLT	Movimento de Luta pela Terra
MMC	Movimento de Mulheres Camponesas

MMTR-NE	Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste
Monape	Movimento Nacional dos Pescadores
MPA	Movimento dos Pequenos Agricultores
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
MTRMM	Mulheres Trabalhadoras Rurais – Movimento das Margaridas
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOST/SUS	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCT	Povos e Comunidades Tradicionais
PES	Plano Estadual de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHAS	Política Nacional de Humanização da Assistência à Saúde
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
POPES	Política Estadual de Equidade em Saúde
PPGSR	Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
PUBMED	Publisher Medline
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
RT	Referência Técnica
RTST	Referência Técnica em Saúde do Trabalhador
RTST(GF)	Referência Técnica em Saúde do Trabalhador Grupo Focal
RTSTENT	Referência Técnica em Saúde do Trabalhador Entrevista
Scielo	Scientific Eletronic Library Online
SENAR	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
ST	Saúde do Trabalhador

Sucam	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM – PM	Universidade Federal de Santa Maria – Palmeira das Missões
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VSPEA	Vigilância das Populações Expostas aos Agrotóxicos

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	15
1.1	Expertise Prática na RAS e na RENAST	16
2	INTRODUÇÃO	18
2.1	Justificativa do estudo	21
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo Geral	24
3.2	Objetivos Específicos	24
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
4.1	Saúde do Trabalhador no Brasil: marcos históricos e conceituais	25
4.1.1	Saúde do Trabalhador do Campo da Floresta e das Águas	28
4.2	Políticas públicas de atenção à saúde do trabalhador rural	31
4.2.1	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	31
4.2.2	Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas	34
4.2.3	Transversalidade da PNSTT e da PNSIPCFA	35
5	MÉTODO	37
5.1	Tipo de estudo	37
5.2	Cenário de pesquisa	37
5.3	Participantes	38
5.4	Produção de dados	39
5.4.1	Entrevista semiestruturada	39
5.4.2	Grupo Focal	41
5.5	Aspectos Éticos	43
5.6	Análise dos dados	45
6.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
6.1.	Quem são as Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador	49

6.2.	Percepção dos participantes sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA)	50
6.3.	Identificação dos profissionais quanto as potencialidades e dificuldades na efetivação, na prática das Políticas Públicas no cotidiano da APS	56
6.4.	Ações e estratégias voltadas para a saúde do trabalhador rural na APS, na percepção dos profissionais que são referência técnica em seus municípios	62
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	72
	APENDICE A	79
	APENDICE B	82
	APENDICE C	84
	ANEXO I	86

1 APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional iniciou na Universidade de Passo Fundo no curso de Psicologia, onde, no ano de 2004, recebi a titulação de Psicóloga após defesa de trabalho de conclusão de curso intitulado “Implementação da Política Nacional de Humanização da Assistência à Saúde (PNHAS) – Humaniza SUS em um hospital da região do Planalto Médio”, seguida pela especialização em Intervenções Psicossociais com a defesa da monografia intitulada “Humaniza SUS: o cuidado com o cuidador”, ambos focados na área de saúde do trabalhador. Estas experiências foram me constituindo como psicóloga do trabalho e me proporcionando base para minha atuação.

Em vários momentos da formação e da atuação profissional, a saúde do trabalhador e a saúde pública estiveram presentes, provocando questionamentos e a constante necessidade de buscar mais conhecimento e esclarecimento sobre o meu fazer na área. Essas indagações passavam por questões de gestão e organização do trabalho, adoecimento do trabalhador, saúde física e mental, Sistema Único de Saúde (SUS) e trabalho rural.

Ao iniciar minha vida profissional no serviço público em Palmeira das Missões, devido minha proximidade com a temática de saúde e trabalho, fui designada para exercer a função de Psicóloga no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - o CEREST Macronorte.

Minha experiência e questionamentos me conduziram, até o momento atual, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR), Curso de Mestrado. Esta experiência tem contribuído para minha prática e me instigado a repensar meu olhar sobre o trabalhador rural e desafiado a me reinventar como profissional de saúde inserida em uma equipe multiprofissional. As discussões pertinentes acerca da construção do conhecimento, políticas públicas, a dinâmica rural e métodos e técnicas de pesquisa e docência muito contribuíram para a construção e implementação deste relatório de pesquisa.

Também destaco minha trajetória como participante do Laboratório de Estudos em Saúde, Enfermagem e Trabalho (LABEST). Os encontros para estudos e reflexões no grupo, somados às interlocuções com bolsistas de iniciação científica e extensão, proporcionaram oportunidades para o aprofundamento dos estudos e reflexões em torno da Saúde do Trabalhador e, em específico, da Saúde do Trabalhador rural.

Estar inserida no meio acadêmico tem sido desafiador; ter a oportunidade de contribuir com a região e em discussões que instiguem uma melhora dos serviços públicos é gratificante e momento de realização frente à minha trajetória acadêmica e profissional.

1.1 Expertise Prática na RAS e na RENAST

A saúde do trabalhador não para de evoluir apesar dos entraves e desafios que se apresentam no decorrer de sua efetivação e na busca de mudanças de paradigmas para uma melhor atenção ao trabalhador na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Estes 13 anos de trabalho com a Política Pública de Saúde do Trabalhador no CEREST, participando ativamente no desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e promoção a saúde, realizando atividades de educação permanente de profissionais de saúde e experiência de assistência a trabalhadores com agravos relacionados ao trabalho, me instigaram a pensar em como se institui, na prática da Atenção Primária à Saúde (APS), as políticas públicas pensadas e construídas pelo Ministério da Saúde para o trabalhador rural.

Neste caminhar pela rede de atenção à saúde do trabalhador e nas discussões com a rede nacional de atenção à saúde do trabalhador, percebi diversos momentos de enfraquecimento das políticas públicas de saúde e a tentativa de desmantelamento de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Seja por falta de conhecimento dos profissionais de saúde que compõe a RAS, seja por falta de interesse da gestão pública dos serviços, pela escassez de verbas aos municípios ou pela falta de entender o trabalho como um dos determinantes sociais centrais no processo saúde-doença.

Nas andanças entre as equipes de saúde dos municípios de abrangência do CEREST, em sua maioria com a agropecuária como centro de suas atividades econômicas, durante estes 13 anos de trabalho muito vi a rotatividade dos profissionais que são intitulados como referência técnica em Saúde do Trabalhador. Houve alguns que permaneceram, concursados no município, mas muitos que trocaram, seja por não identificação com a área, escolha de gestão, troca de setor ou de município de trabalho. Nesta rotatividade de profissionais, e mesmo naqueles que persistem, percebe-se, na escuta dos mesmos, durante os momentos de educação permanente e de suporte técnico prestado pelos profissionais do CEREST aos profissionais da rede, a dificuldade de compreensão do papel exercido pelo profissional que é nominado como Referência Técnica em Saúde do Trabalhador.

A identidade construída para o mesmo vai desde um digitador de notificação, a um investigador de dados referentes a óbitos com a possível relação com o trabalho. Ações de promoção a saúde e prevenção aos agravos pouco são organizadas e muito da saúde do trabalhador nos municípios fica centralizado na figura da Referência Técnica em Saúde do Trabalhador por falta de compreensão do gestor municipal de saúde e dos colegas profissionais de saúde da rede.

Nas escutas das equipes, durante as ações do CEREST, percebe-se claramente a sobrecarga de funções e de atividades, a pressão por atendimento da demanda urgente, a priorização de execução de ações voltadas as Políticas Públicas em que há alguma verba associada, demonstrando o quanto, para o gestor, o urgente em Saúde do Trabalhador, é bater a meta estabelecida pelo Estado do Rio Grande do Sul, ou seja, notificar.

A formação profissional de base dos trabalhadores da saúde tem melhorado com o passar dos anos, mas ainda não se aprofunda da mesma forma que outras temáticas assistenciais. O conhecimento do gestor público em saúde sobre políticas públicas voltadas a saúde do trabalhador, muitas vezes é mínima, e os mesmos priorizam o atendimento individual e especializado a população, sem contar o fator de que o gestor público é uma indicação política e tem a possibilidade de troca constante, seja por novas eleições ou por interesse do gestor do executivo municipal. Estes fatores tornam necessário a constante e permanente educação destes profissionais de saúde, seja por tecnologias de apoio matricial, capacitações técnicas, sensibilização da gestão ou planejamento conjunto de ações.

Em termos de período pós-pandêmico, concomitante com o fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador que envolvem ambiente de trabalho e Vigilância Epidemiológica, há um retrocesso em ações de prevenção de agravos e promoção da saúde com um visível esvaziamento da participação da população.

Apesar das legislações vigentes, há muito ainda que se desenvolver e melhorar quanto as orientações sobre a responsabilidade de cada nível de governo na efetivação da Política de Saúde do Trabalhador. A PNSTT está em constante mudança e vem, ao longo do tempo, buscando formas de qualificar a RENAST e os CEREST para provocar com suas ações, a melhoria na RAS na temática.

A visão do ser humano como partes a serem estudadas e não como um todo, entendido como ser individual que adoece somente por questões individuais esquecendo-se dos determinantes sociais no processo de saúde e doença pode fragilizar a execução das políticas públicas na RAS, pois a transversalidade das políticas, o trabalho em rede e a redução da iniquidade tão necessária para a atenção integral ao trabalhador rural ficam comprometidos. O usuário do SUS é único e a visão que se deve ter do mesmo é que deve trazer diversos olhares, devendo os profissionais de saúde o compreender em sua complexidade e integralidade.

2 INTRODUÇÃO

O trabalho é definido por Karl Marx como um processo entre homem e natureza. Um processo em que o homem media, regula e controla a sua troca material com a natureza através da sua própria ação e do fazer. Além de transformar a natureza para seu benefício, transforma simultaneamente a si mesmo (MARX, 1867).

Para Dejours (2012), o trabalho é o que implica, de uma perspectiva humana, no fato de trabalhar: os gestos, o saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às diferentes situações. É o poder de sentir, de pensar, de inventar.

O trabalho é um dos determinantes sociais da saúde e elemento central na construção da identidade dos indivíduos, sendo importante sua inclusão nas temáticas e políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS tem sua construção iniciada após os movimentos sanitaristas e discussões sobre política pública em saúde. Ele buscou a reorganização do sistema de saúde no Brasil, focando em um caráter humanitário, articulado por movimentos sociais. Além disso, visou a unificação dos serviços de saúde públicos e sem fins lucrativos, estimulando a constante participação social.

Com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990, a saúde foi definida como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Também foram definidos, pela Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), os princípios fundamentais e as diretrizes do SUS: universalidade, a igualdade, a integralidade, a equidade, a participação social e a descentralização.

Com a Constituição Federal de 1988 e o estabelecimento do SUS, a área de Saúde do Trabalhador ganhou legitimidade, se fazendo presente no sistema de saúde de forma peculiar. A Saúde do Trabalhador vem como um campo de conhecimentos e também de intervenções sobre os determinantes e condicionantes das questões de saúde/doença presentes nos processos de produção e sua implicação no âmbito social, de forma direta ou indireta sobre os trabalhadores.

Após a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, surgiu a proposta de uma Rede de Saúde do Trabalhador no SUS, dinamizada por meio de uma revisão na legislação sobre a inserção dos centros de referência e programas de Saúde do Trabalhador constituídos

anteriormente à LOS nº 8.080, repensando em sua dinâmica de funcionamento e papel no SUS, no intuito de consolidar a área de saúde do trabalhador neste sistema.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi então criada no ano de 2002 por meio da Portaria nº 1.679/GM, com a intenção de disseminar ações de Saúde do Trabalhador, articuladas às demais redes do SUS. Compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção voltadas para a saúde do trabalhador. Esta rede deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), elaborar protocolos, linhas de cuidado e instrumentos que favoreçam a integralidade das ações, envolvendo a atenção primária, média e alta complexidade. A RENAST se constitui em uma complexa rede que se concretiza com ações transversais, que incluem a produção e gestão do conhecimento e todos os níveis e ações definidas (BRASIL, 2022).

Os CEREST's promovem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores por meio da prevenção de agravos e vigilância em saúde do trabalhador. Eles existem a nível estadual e regional. Cabe a eles promover a integração da rede de serviços de saúde do SUS, assim como suas vigilâncias e gestão, na incorporação da Saúde do Trabalhador. Os CEREST's atuam na vigilância, prevenção, promoção e assistência à Saúde dos Trabalhadores, convênios de cooperação técnica, subsídio para a formulação de políticas públicas, fortalecendo a articulação entre a RAS para compreensão e atendimento à Saúde do Trabalhador. (BRASIL, 2022).

Com a finalidade de definir princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS a respeito da Saúde do Trabalhador, é instituída, através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), visando a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. (BRASIL, 2012)

Segundo o Art. 3º da PNSTT, todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. A PNSTT está alinhada às políticas de saúde do SUS, considerando a transversalidade das ações de Saúde do Trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde/doença (BRASIL, 2012).

O trabalho rural é um dos recortes contextuais considerados pela política e estabelecido como alvo de ações pelo SUS. O trabalho rural está na base dos processos produtivos realizados pelo ser humano. Atualmente, cerca de 30% dos trabalhadores do mundo estão envolvidos em atividades do setor agropecuário (BRASIL, 2022). No Brasil, segundo o Censo Agropecuário de 2017, 15.105.125 pessoas estão ocupadas em estabelecimentos agropecuários; só no Rio Grande do Sul, são 992 mil pessoas nestes estabelecimentos (IBGE, 2017).

Mesmo prevendo a atenção ao trabalhador do âmbito rural, existem lacunas na efetivação de políticas públicas. As diferenças entre o urbano e o rural têm diminuído, mas a igualdade ainda está longe de ser atingida. É importante a compreensão do papel das pessoas que estão no espaço rural, como estão seus processos de vida e também de trabalho em um território com a vida socioeconômica dinâmica e específica.

Há diversas políticas públicas voltadas aos espaços rurais. A maioria é vinculada aos meios de produção agropecuária, com a ideia de que o rural existe para abastecer o meio urbano, o que demonstra a necessidade de repensar o mundo rural e suas relações com o campo da saúde. As pessoas que residem no meio rural devem ser vistas como demandantes de acesso às condições econômicas, sociais e culturais e à própria permanência no meio rural. Estes espaços devem ser locais de atenção e de políticas que valorizem seu modo de vida.

Neste contexto, surgem as discussões sobre as novas ruralidades e o estabelecimento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA), a qual contribui com a concepção do rural como espaço de vida, relações sociais e trabalho (BRASIL, 2013).

A PNSIPCFA visa a redução das iniquidades históricas vividas pela população do campo, das florestas e das águas resultantes de determinantes sociais, relacionadas aos níveis de escolaridade e renda, condições de moradia, acesso à água e saneamento básico, segurança alimentar e nutricional e participação social. Tem como objetivo a melhoria das condições de saúde, o acesso aos serviços, redução dos agravos e riscos consequentes do modelo brasileiro de desenvolvimento no campo (BRASIL, 2013).

Esta política visa fortalecer o diálogo entre o poder público municipal, o espaço de vida no meio rural e as demais instâncias do poder público, destacando a necessidade de compreender o que é desenvolvimento rural e de se perceber que este inclui elementos da saúde. Destaca-se também a transversalidade desta política, para que se atinjam metas de melhorias na saúde e demais condições de vida e de produção. O objetivo principal desta política é a articulação com outras políticas da área da saúde, dentre elas a PNSTT, devido as

particularidades dessas populações, sejam elas do campo, da floresta ou das águas (BRASIL, 2013).

A PNSIPCFA foi construída no intuito de compreender o modo de vida, a forma de trabalho e de geração de renda, além de viabilizar os processos de enfrentamento quando o assunto se refere ao adoecimento destas populações. A participação social é fundamental para formação e implementação desta política, sendo que participaram ativamente do processo de construção alguns movimentos sociais, tais como: Grito da Terra, a Marcha das Margaridas, o Abril Vermelho e o Chamado da Floresta (CARNEIRO; PESSOA; TEIXEIRA, 2017).

A PNSTT e a PNSIPCFA, construídas junto às populações para as quais são destinadas, são conquistas importantes que objetivam a promoção e prevenção de agravos à sua saúde. É importante entender sua efetivação, principalmente onde a saúde deve inicialmente acontecer, ou seja, nos processos e práticas da APS, espaço em que a RAS começa.

A APS é considerada a principal porta de entrada do SUS, é onde se estabelece o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde e é fundamental para a comunicação com toda a RAS. Tem o intuito de garantir cobertura e acesso aos cuidados de saúde abrangentes a toda população conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Cabe à APS, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, promover a atenção integral à saúde e atenuar as situações de iniquidade (BRASIL, 2022).

Sendo assim, destaca-se a importância da articulação e da efetivação destas políticas públicas na APS, no sentido de diminuir as vulnerabilidades da população do campo e que são resultantes dos determinantes sociais e ambientais de saúde. Reforça-se a necessidade de atenção à Saúde do Trabalhador do Campo no SUS, ofertando capacitações e promovendo espaços de discussão sobre o ambiente em que este trabalhador está inserido.

2.1 Justificativa do estudo

Conforme previsto na PNSTT, os CEREST's, componentes da RAS, têm como prerrogativa a atuação em ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais (BRASIL, 2012). No entanto, as equipes percebem que há uma grande dificuldade em estabelecer a relação de agravos relacionados ao trabalho no campo, notificá-los e promover ações de prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores deste cenário. Melo, Cavalcante e Façanha (2019) evidenciam a falta de integração entre as redes de saúde e os serviços que a compõem, demonstrando a necessidade de a RENAST estar sempre construindo articulações com os demais serviços da RAS. Por esta razão, entende-se como necessário realizar um estudo em que seja possível elucidar as

potencialidades e desafios para a efetivação da PNSTT e da PNSIPCFA na APS nos municípios de abrangência de um CEREST, devido à importância da implementação destas políticas públicas de saúde.

Para fundamentar esta proposta de pesquisa, foi realizada uma revisão de literatura em teses e dissertações brasileiras, a partir da seguinte pergunta de revisão: como as equipes de saúde das unidades que atendem exclusivamente a população rural percebem as interfaces entre seu contexto de trabalho e a efetivação de ações e estratégias voltadas à Saúde do Trabalhador rural? A busca foi realizada no ano de 2022, no portal de dissertações e teses da CAPES a partir da combinação dos seguintes descritores: Política Pública de Saúde; Política de Saúde do Trabalhador; Saúde da População Rural. O recorte temporal utilizado foi o período de produção científica dos últimos cinco anos, de 2017 a 2021 para elencar as pesquisas mais atuais e foram localizadas cinco Teses de Doutorado e 21 Dissertações de Mestrado.

Os materiais analisados evidenciaram uma lacuna de debates sobre a determinação social da saúde; insuficiência de ações de atenção à Saúde do Trabalhador no SUS; e déficits de ações efetivas para o trabalhador rural.

Além disso, foi conduzida uma revisão integrativa de literatura a partir da seguinte questão de revisão: quais as evidências científicas acerca das políticas de saúde do trabalhador existentes no Brasil nos últimos cinco anos? A coleta de dados deu-se no mês de maio do ano de 2022, nas bases de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Publisher Medline (PUBMED) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), sendo que, em todas as bases de dados utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde: Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador AND Saúde Ocupacional. Foram encontrados 22 artigos originais, publicados entre 2017 e 2021, período com artigos de acesso online para melhor visualização e análise.

A síntese das evidências mostrou que existem descompassos na implementação das políticas voltadas à saúde do trabalhador rural. Os estudos mostram também que há necessidade de aprofundamento deste tema nas pesquisas.

A linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR) na qual a autora encontra-se vinculada trata das Vulnerabilidades da População no Contexto da Ruralidade e visa desenvolver estudos relacionados a esta população, englobando dimensões individuais, sociais e programáticas, as políticas públicas, os processos de gestão e o cuidado em saúde. Desta forma, mostra-se pertinente a busca por maiores conhecimentos científicos acerca da temática de saúde do trabalhador rural e como está a atenção à saúde voltada para esta população.

Com base nestes apontamentos, esta dissertação apresenta o seguinte objeto de estudo: a efetivação das políticas públicas de saúde do trabalhador rural. A partir disso, surge a pergunta de pesquisa: como estão efetivadas, na prática, as políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador rural na APS, na percepção dos profissionais que são referência técnica em saúde do trabalhador em seus municípios?

A busca por estes questionamentos pode provocar discussões relevantes sobre esta população pouco estudada e sobre as políticas de saúde direcionadas a ela, possibilitando uma melhora na atenção à sua saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a efetivação das políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador rural na prática da APS, a partir da percepção dos profissionais que são referência técnica em seus municípios.

3.2 Objetivos específicos:

- Conhecer como os profissionais que são referência técnica em Saúde do Trabalhador em seus municípios percebem ambas as políticas públicas (PNSTT e PNSIPCFA).
- Identificar como estes profissionais percebem as potencialidades e as dificuldades na efetivação, na prática, destas políticas no cotidiano da APS nestes municípios.
- Relatar as ações e estratégias voltadas para a saúde do trabalhador rural na APS, na percepção dos profissionais que são referência técnica em seus municípios.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada a fundamentação teórica composta pelos itens Saúde do Trabalhador no Brasil e no mundo: marcos históricos e conceituais e Saúde do Trabalhador rural; Políticas Públicas de atenção à saúde do trabalhador rural, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas e Transversalidade da PNSTT e da PNSIPCFA.

É importante trazer uma breve explanação destes termos para um melhor entendimento da trajetória da saúde do trabalhador como campo de atenção dentro das políticas públicas pensadas, constituídas e normatizadas pelo Governo Federal para viabilizar a concretização do SUS e de seus princípios.

4.1 Saúde do Trabalhador no Brasil: marcos históricos e conceituais

No Brasil, o campo de Saúde do Trabalhador, no âmbito da Saúde Coletiva, tem raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influência significativa da experiência operária italiana. Gomez, Vasconcellos e Machado (2018) assinalam que, durante os anos de 1960/1970, com o avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, ampliou-se o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho, induzindo práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no bojo das propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Isso introduziu um novo paradigma, com a incorporação de alguns referenciais das Ciências Sociais, como por exemplo o pensamento marxista.

A referência central dos estudos passa a ser o processo de trabalho, conceito recuperado nos anos de 1970, das ideias expostas por Marx no Capítulo VI de *O Capital*, cujo conceito tornou-se instrumento de análise referente aos condicionantes saúde-doença (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Nesse contexto, para Gomez (2018), a saúde do trabalhador se configura como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares – técnicos, sociais, políticos, humanos -, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância em saúde.

Este tratamento interdisciplinar implica a tentativa de contemplar o contorno social, econômico, político e cultural e também as características dos processos de trabalho com potencial de repercussão na saúde. Gomez, Vasconcellos e Machado (2018) referem que, entre

os conceitos e noções extraídos, se encontram os classificatórios de risco, mensuráveis e os de exigências ou requerimentos, que dizem respeito a componentes mais qualitativos derivados da organização do trabalho.

Na década de 80, surgiu uma iniciativa de assessoria técnica do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), junto ao Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABC (São Paulo), atuação fundamental para que, no ano de 1984, fosse criado o Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, devido a proposição do referido sindicato, sendo criados outros Programas de Saúde do Trabalhador posteriormente com diversos níveis de participação dos trabalhadores (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018)

Estes programas foram influenciados pela posição da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em publicação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em, 1983 do *Programa de Salud de los Trabajadores* e posterior seminário de 1984, em Campinas. Foram discutidos a necessidade de superar o conceito de saúde ocupacional e avançar em direção à perspectiva da saúde dos trabalhadores, com vistas a enfrentar a problemática saúde-trabalho como um todo, numa conjugação de fatores econômicos, culturais e individuais (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Nestes primeiros programas e nos centros de referência em saúde do trabalhador anteriores à criação do SUS, prevalecia a dimensão assistencial com foco no diagnóstico, orientação e acompanhamento das patologias decorrentes do trabalho. No entanto, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, provocou a realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em dezembro do mesmo ano, em que foram divulgadas experiências de implantação da Rede de Serviços de Saúde do Trabalhador, então em andamento com princípios e diretrizes que seriam consagrados pela Constituição Federal de 1988. Estas trouxeram mudanças sinalizando a necessidade de condições dignas de trabalho e o conhecimento de que controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho são importantes para o pleno exercício do acesso a saúde (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

A participação do controle social, neste caso os próprios trabalhadores, trazendo um saber emanado da experiência e sujeitos essenciais quando se visa ação transformadora – é a premissa metodológica para a estruturação da Saúde do Trabalhador. O marco político normativo é definido no momento em que a Saúde do Trabalhador é situada na perspectiva da saúde como direito universal, conforme definido pela Constituição Federal de 1988 e na Lei n.8.080/90, lei orgânica da saúde, deixando de lado o marco previdenciário-trabalhista.

A Lei 8.080/90, ampliou as ações da Saúde do Trabalhador para além da assistência, trazendo vigilância, informação, pesquisas e participação dos sindicatos para o escopo da Saúde do Trabalhador no SUS. Estabeleceu também a competência da instância federal do SUS de participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de Saúde do Trabalhador de forma hierarquizada e descentralizada para estados e municípios, além de regular a necessidade de o Conselho de Saúde estruturar a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST).

Segundo Gomez, Vasconcellos e Machado (2018), criaram-se, no início dos anos 1990, novos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) em vários estados e municípios, em todo o país, mas nem todos se consolidaram. Na primeira metade da década de 1990, com a criação da CIST, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), fortaleceu-se a atuação do controle social para que, na segunda metade da década, participasse de forma proativa no delineamento de uma política de saúde do trabalhador, sendo exemplos desta participação a publicação da Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no SUS em 1998, além da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS), instrumento orientador significativo de gestão publicado no mesmo ano, mas precocemente revogado.

Outro marco da ST foi a publicação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, em 1999, por força de um dispositivo da Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 6º, sendo revista a listagem obsoleta e reduzida que, segundo Gomez, Vasconcellos e Machado (2018), colocava o Brasil até então num ranking inferior de reconhecimento oficial de doenças relacionadas ao trabalho.

No início da década de 2000, a área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde formulou uma proposta de criação de uma rede que, em 2002, foi formalmente normalizada como Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que em sua formatação atual determinada pela Portaria n.º 2.728, de 11 de novembro de 2009, deve integrar a rede de serviços do SUS por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (BRASIL, 2009).

É importante destacar as articulações intersetoriais entre CEREST e órgãos que trabalham com o campo de Saúde do Trabalhador, entre eles o Ministério Público do Trabalho, na formulação de demandas e adoção de medidas necessárias para o enfrentamento de diversos problemas nos setores produtivos e também as instituições acadêmicas, especialmente universidades públicas, relevantes na formação de profissionais em Saúde do Trabalhador.

4.1.1 Saúde do Trabalhador do Campo, das Florestas e das Águas

A saúde das populações do campo traz um desafio aos pesquisadores de dialogar com realidades diversas entremeadas por questões culturais, representações sociais e movimentos sociais que perpassam seu ambiente, seu trabalho, seu modo de vida e o cuidado em saúde. O desafio atual está em compreender o sujeito do campo e buscar uma nova forma de explicar sua realidade, conhecer e analisar o mundo em que está inserido.

Segundo Souza et al. (2018), o contexto histórico do Brasil rural é conhecido pelas condições de trabalho e de vida precárias. Em algumas regiões, a modernidade e a tecnologia ficam distantes da realidade do trabalhador rural, o que pode torná-lo vulnerável no processo de trabalho. O processo saúde/doença dos trabalhadores rurais está condicionado direta ou indiretamente às condições de trabalho, estilo de vida, à alimentação e ao caráter das relações sociais.

Há alguns fatores de vulnerabilidade a que estão expostos os trabalhadores rurais, tanto direta quanto indiretamente em suas rotinas de trabalho. Os principais achados destacam que o processo saúde-doença dos trabalhadores rurais compreende o adoecimento diante da vulnerabilidade no ambiente de trabalho rural e está diretamente associado a fatores psicossociais, biológicos e químicos. Vale salientar ainda que são poucas as intervenções efetivas na diminuição da vulnerabilidade do trabalhador rural, sugerindo a implantação de programas específicos para ele, na perspectiva de promover a saúde integral (SOUZA et al., 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), as populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão também as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas, além das populações atingidas por barragens, entre outras.

Os mesmos autores trazem a cronologia das principais iniciativas relativas às políticas de saúde do Estado voltadas para as populações do campo no Brasil, que pode ser vista no Quadro 1.

Quadro 1 – Cronologia das principais iniciativas relativas às políticas de saúde brasileiras para a população do campo. Adaptado de Carneiro, Pessoa e Teixeira, 2017.

ANO	INICIATIVAS	SIGNIFICADOS
1918	Liga Pró-Saneamento	Campanha pelo saneamento rural com impacto significativo sobre a sociedade brasileira. O Estado passou a abordar a doença como um problema político, constatando o atraso e o abandono em que se encontrava a quase totalidade da população rural.
1934	Previdência Social	Com a Constituição de 1934, o trabalhador brasileiro passava a ter direito à proteção da previdência social, mas sem a extensão da proteção social aos trabalhadores rurais.
1941	Serviços Nacionais de Combate às Endemias	Interiorização das atividades de saúde pública em direção às áreas rurais, basicamente aquelas em que se verificavam focos de endemias. A preocupação com o controle desses pontos estava vinculada ao processo de migração das populações rurais para as cidades, que já começava a adquirir importância em 1940. Esse fato se relacionava à formação do mercado de trabalho urbano.
1942	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP)	Criada por razões de ordem estratégica ligadas à produção de borracha na Amazônia, a FSESP passou a atuar prioritariamente naquela região, combatendo a malária e a febre amarela, os maiores flagelos a dizimar a mão de obra nos seringais.
1963	Estatuto do Trabalhador Rural	O surgimento das Ligas Camponesas reivindicando a Reforma Agrária fez com que o Governo João Goulart reagisse a essas pressões, sancionando a lei que ficou conhecida como o Estatuto do Trabalhador Rural.
1967	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural)	Criado no Estatuto do Trabalhador Rural, somente foi colocado em prática durante o Regime Militar brasileiro, implantando um modelo de assistência à saúde tipicamente urbano e curativo.
1970	Superintendência de Campanhas de	Resultado da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Varíola e da

	Saúde Pública (Sucam)	Campanha de Erradicação da Malária. Foi responsável pela execução direta de atividades de erradicação e controle de endemias.
1976	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)	O Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura, preocupado basicamente com as áreas rurais e os programas tradicionais.
1988	Sistema Único de Saúde (SUS)	Implementado a partir da nova Constituição – a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. Os serviços e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral) tornam-se universais (para todos) e equânimes (com justa igualdade).
2004	Grupo da Terra	Criado no âmbito do Ministério da Saúde para participar da formulação, implantação e acompanhamento da Política de Saúde para a População do Campo.
2011	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e das Águas.	Lançada na Conferência Nacional de Saúde (CNS), após sete anos de negociação, com grande participação dos movimentos sociais. A população das águas foi incluída posteriormente pela emergência do movimento das pescadoras e dos pescadores.

Quadro retirado do livro: Campo, floresta e águas [livro eletrônico]: práticas e saberes em saúde/ org. Fernando Ferreira Carneiro, Vanira Matos Pessoa, Ana Cláudia de Araújo Teixeira. – Brasília: Editora universidade de Brasília, 2017. Disponível em: https://play.google.com/books/reader?id=pLMYEAAAQBAJ&pg=GBS.PA6.w.7.0.15_99&hl=pt

Segundo Carneiro, Pessoa e Teixeira (2017), ainda no século 21, as populações mais invisíveis para as políticas públicas do Estado são os camponeses, atingidos por barragens, os extrativistas, os pescadores, os ribeirinhos, os quilombolas, os indígenas, dentre outros que se encontram nos territórios do campo, da floresta e das águas. É de fundamental importância visibilizar as necessidades de saúde deste grupo populacional para que o Estado seja pressionado a planejar, a agir e a avaliar suas ações, a fim de garantir os direitos dos cidadãos.

4.2 Políticas públicas de atenção à saúde do trabalhador rural

A Convenção 155 da OIT previu a adoção de políticas nacionais coerentes de saúde e trabalho, bem como o desenvolvimento de ações a serem efetivadas pelos governos e empresas para promover a segurança e saúde no trabalho e melhorar as condições de trabalho. A OMS por sua vez, reconhecendo que a saúde está intimamente ligada à saúde pública e desenvolvimento de sistemas de saúde, abordou todos os determinantes da saúde dos trabalhadores, incluindo os riscos de doenças e acidentes no ambiente de trabalho, fatores sociais e individuais e acesso a serviços de saúde.

No Brasil, houve a publicação de duas políticas diretamente ligadas à Saúde do Trabalhador: o Decreto Nº 7602, de 7 de novembro de 2011 – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), de caráter interministerial, envolvendo o Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2011); e a Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) – ligada ao Ministério da Saúde e ao SUS (BRASIL, 2012).

Além destas duas Políticas, foi publicada também, através da Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 e complementada pela Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014, a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) com diretrizes que são transversais às Políticas de Saúde do Trabalhador citadas (BRASIL, 2014).

Para este estudo serão detalhadas questões referentes a PNSTT e a PNSIPCFA.

4.2.1 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

A PNSTT definiu princípios, diretrizes e as estratégias nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, prevendo ações de atenção integral à Saúde dos Trabalhadores, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Está prevista a atenção a saúde a todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (BRASIL, 2012).

Esta política de saúde está alinhada com o conjunto de políticas no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde/doença. Também prevê a inserção de ações de saúde do

trabalhador em todas as instâncias e pontos da RAS do SUS, colocando os CEREST como articuladores e referências técnicas para suporte da rede.

A PNSTT propõe o desenvolvimento das seguintes ações de atenção à saúde dos(as) trabalhadores(as) no âmbito da APS: reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território; reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território; reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, às comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território; identificação da rede de apoio social aos(as) trabalhadores(as) no território (BRASIL, 2018).

Além disso, a referida política assinalou a inclusão, entre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do(a) trabalhador(a), das seguintes situações: ser chefe da família desempregado(a) ou sub empregado(a), crianças e adolescentes trabalhando, gestantes e nutrízes trabalhando, algum membro da família portador de agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio; identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e ramo de atividade econômica de usuários(as) das unidades e serviços de atenção primária em saúde; suspeita e/ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo(a) usuário(a), para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho (BRASIL, 2018).

Também prevê notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos pertinentes; subsídio à definição da rede de referência e contrarreferência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários; articulação com as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) CEREST's e das Referências Técnicas (RTs) em Saúde do Trabalhador sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede do SUS; definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de VISAT, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; incorporação de conteúdos de Saúde do Trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes de atenção primária em saúde (BRASIL, 2018).

A transversalidade das ações de saúde, na perspectiva intra e intersetorial, é uma característica importante do cuidado à saúde dos trabalhadores. Os CEREST's desempenham

papel importante em sua função de apoiar e facilitar o desenvolvimento das ações pela APS, cumprindo o papel de suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores em suas áreas de abrangência. Além disso, dar apoio matricial para o desenvolvimento de ações e também atuar como centro articulador e organizador de ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo assim a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS, tornando-se polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

Para efetivação desta Política Pública é importante a organização das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito municipal para garantia da atenção integral aos trabalhadores. Os profissionais de saúde, designados pelos municípios, são constituídos como Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador (RTST) e são os que sustentam e apoiam a gestão das ações nos municípios.

São atribuições destes profissionais de referência no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde: realizar análise da situação de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras do território; conduzir negociações junto à gestão municipal de saúde, visando inserir ações, serviços, procedimentos, metas e indicadores de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos instrumentos de gestão do SUS; pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação de ações, serviços, procedimentos inseridos nos instrumentos de gestão do SUS; construir, juntamente com a gestão municipal, as vigilâncias e assistência, os fluxos e os instrumentos para a Atenção integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na rede SUS; induzir, coordenar e realizar ações de vigilância epidemiológica das doenças e dos agravos relacionados com o trabalho e de vigilância epidemiológica das doenças e dos agravos relacionados com o trabalho e de vigilância das condições e dos ambientes de trabalho, em conjunto com VISAT, Sanitária, Epidemiológica e Ambiental (BRASIL, 2018).

Também cabe a estes profissionais articular atividades e ações interinstitucionais visando à prevenção, proteção, promoção e VISAT; desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação do Conselho Municipal de Saúde, dos movimentos sociais e sindicais nas questões de saúde do trabalhador, estimulando a criação das CIST e participando desta como membro efetivo; participar de reuniões técnicas, eventos e cursos relacionados à saúde do trabalhador, bem como promover processos contínuos de capacitações para os técnicos da rede SUS e movimentos sociais e sindicais, de forma integrada e na perspectiva de compartilhamento de saberes; manter uma atitude de proatividade diante de situações de emergência e de perigos relacionados a processos produtivos no território, a exemplo de

situações de trabalho infantil, exposição a agrotóxicos, mineração, entre outros (BRASIL, 2018).

4.2.2 Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas

Segundo o Guia de Diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) para atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs), existe uma forte iniquidade no acesso às políticas públicas no Brasil: algumas populações e comunidades que estão distantes das adjacências urbanas não têm acesso à água potável, à moradia, ao saneamento básico, à comunicação, ao transporte público, à educação e aos serviços de saúde. Além disso, questões como dificuldades na resolução de conflitos que são responsáveis por agravar a violência no campo, bem como a precariedade de relações ambientais sustentáveis, contribuem para situações de iniquidade. Todos esses fatores elencados podem impactar, diretamente, nas condições de saúde de povos e comunidades.

Na diversidade e pluralidades de culturas, raças, povos, etnias e religiões que formam a população brasileira, estão inseridas as populações do campo, floresta e águas, cujos modos de vida, trabalho, produção e reprodução social são fortemente conectados com o ambiente em que vivem. São incluídos nestas populações os camponeses, os agricultores familiares, os assentados, os acampados e os assalariados, que residam ou não no campo.

A APS, principal porta de entrada do SUS, é fundamental para a comunicação com a Rede de Atenção do SUS e deve garantir cobertura e acesso aos cuidados de saúde abrangentes a toda população. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência. Cabe à APS, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, promover a atenção integral à saúde e atenuar as situações de iniquidade (BRASIL, 2022).

As equipes devem conhecer as populações de seus territórios e atentar para o papel do trabalho como fator promotor da saúde ou do adoecimento, incluindo um olhar sobre as ocupações e atividades econômicas nas quais os indivíduos destas populações estão inseridos. Do mesmo modo, identificar as particularidades culturais, sociais, regionais e geracionais das diferentes populações do campo, floresta e águas e articular com a RENAST a promoção de ações de saúde do trabalhador voltadas a essas populações, considerando as particularidades dos territórios, além de ações de vigilância epidemiológica e de ambientes e processos de trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a operacionalização desta política depende do comprometimento de gestores estaduais e municipais do SUS, assim como de prefeitos e governadores e da articulação com outras políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações, como educação, o trabalho, o saneamento e o ambiente. Destacam-se, ainda, as políticas dirigidas para a questão agrária e o financiamento da assistência técnica, em particular à agricultura familiar e camponesa.

A PNSIPCFA (BRASIL, 2014) tem caráter transversal no SUS e necessita de uma articulação intersetorial para ser efetivada por setores como os de desenvolvimento agrário, meio ambiente, educação, pesca e aquicultura, ciência e tecnologia. Cabe ainda enfatizar o protagonismo dos movimentos sociais na luta por sua elaboração, implementação, monitoramento e avaliação, dentre eles: Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB); Comissão Pastoral da Terra (CPT); Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (FETRAF); Movimento dos Atingidos por Barragens/ Brasil (MAB); Movimento de Luta pela Terra (MLT); Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); Movimento Nacional dos Pescadores (Monape); Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); Mulheres Trabalhadoras Rurais – Movimento das Margaridas (MTRMM); Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); e Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas (Fepeal) (CARNEIRO; PESSOA; TEIXEIRA, 2017).

4.2.3 Transversalidade da PNSTT e da PNSIPCFA

Uma das características transversais às duas políticas é o trabalho, seja para comercialização ou para subsistência. É preciso pensar ações voltadas a estas populações considerando suas ocupações e atividades econômicas – pois estas influenciam diretamente na saúde e no adoecimento. Essa relação se torna mais crítica nas parcelas mais vulneráveis dessas comunidades que necessitam atenção especial, tais como crianças, adolescentes, gestantes e pessoas idosas (BRASIL, 2022).

Os trabalhadores rurais estão frequentemente expostos a substâncias químicas, como por exemplo os agrotóxicos, radiação solar, consequências de queimadas e desmatamento, animais peçonhentos, acidentes com maquinários agrícolas e instrumentos perigosos, pesados

ou de difícil manuseio. Estas populações usam motocicletas e animais como meios de transporte, o que aumenta o risco de acidentes.

Há também questões referentes ao trabalho informal, falta de qualificação, falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), trabalho precoce, dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Podem sofrer agravos relacionados ao trabalho relativos a intoxicações exógenas, câncer, transtornos mentais, acidentes por animais peçonhentos, traumas, lesões e acidentes de trabalho, distúrbios osteomusculares, doenças de pele, doenças respiratórias e outras doenças agudas e crônicas. O trabalhador que sofre algum agravo vivencia impactos para si e sua família nos aspectos social e financeiro. Há também impactos ao SUS.

A RENAST e aos CERESTs, cabe a promoção e proteção integral de saúde desses trabalhadores, apoiando ações de vigilância, assistência, prevenção das doenças e promoção da saúde, análise de situação de saúde e perfil produtivo, inspeção de ambientes e processos de trabalho e capacitação da RAS e dos trabalhadores nos territórios, juntamente com a PNSIPCFA e da Vigilância das Populações Expostas aos Agrotóxicos (VSPEA) (BRASIL, 2022).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Este estudo tem uma abordagem qualitativa e descritiva. Segundo Patias e Hohendorff (2019), na pesquisa qualitativa, a realidade é múltipla e subjetiva, sendo que as experiências dos indivíduos e suas percepções são aspectos úteis e importantes para a pesquisa. A realidade é construída em conjunto entre pesquisador/a e pesquisado/a, por meio das experiências individuais de cada sujeito. Sendo assim, os pesquisadores entendem que não há neutralidade e que estão, no processo da pesquisa, influenciando e sendo influenciados pelo que está sendo pesquisado. O raciocínio ou a lógica da pesquisa qualitativa é a indutiva, ela é produzida a partir das percepções dos sujeitos que participam da pesquisa.

A pesquisa qualitativa pode ser utilizada para descrever uma situação social circunscrita, colocando em questão os mecanismos e atores por meio da precisão dos detalhes, fornecendo informações contextuais que poderão servir de base para pesquisas explicativas mais desenvolvidas (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2010). Segundo Minayo (2016), a pesquisa qualitativa tem como foco o reconhecimento da subjetividade, do simbólico e da intersubjetividade nas relações. Propõe a análise da interação entre o sujeito e objeto, entre os atores sociais e investigadores, fatos e significados, estruturas e representações.

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (MINAYO; COSTA, 2019).

5.2 Cenário de pesquisa

O estudo foi realizado no âmbito da área de abrangência do CEREST Macronorte, composta por 52 municípios na data de início da pesquisa no ano de 2022. O CEREST Macronorte foi implantado no ano de 2007 e tem como município sede Palmeira das Missões (Rio Grande do Sul, Brasil).

Dentre os 52 municípios abrangidos pelo CEREST Macronorte na data da pesquisa, 26 estavam situados na 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) na região 15 de saúde do RS, sendo eles: Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi,

Taquaruçu Do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre e Vista Gaúcha, com uma população de 187.063 (IBGE, 2010).

Os demais 26 municípios estavam situados na 15ª CRS, na região 20 de saúde do RS: Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingu, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras e Trindade do Sul, com uma população de 161.508 (IBGE, 2010).

Para este estudo, optou-se por trabalhar com os municípios da 15ª CRS. Esta decisão metodológica cumpre o papel de viabilizar um recorte viável de municípios que poderão compor a proposta qualitativa da pesquisa. Além disso, optou-se por selecionar para este estudo os municípios classificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como rurais adjacentes. Segundo o IBGE (2017), o critério utilizado para determinar a tipologia dos municípios é a densidade demográfica, acessibilidade a centros com alto nível hierárquico em relação a rede urbana. Deste modo, conforme o IBGE, considera-se municípios rurais adjacentes aqueles que estão a uma distância próxima de centros urbanos com maior complexidade de oferta de bens e serviços e são unidades populacionais que possuem entre 3.000 e 10.000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 75%.

A escolha por esta classificação ocorre pela importância do trabalho rural para estes municípios. Dentre os 26 municípios situados na 15ª CRS, 24 respondem a essa classificação: Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingu, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Três Palmeiras e Trindade do Sul. Portanto, estes municípios compuseram o cenário deste estudo.

5.3 Participantes

Os participantes convidados para este estudo foram os profissionais de saúde que, no período da produção dos dados desta pesquisa, estavam desempenhando a função de referência técnica em Saúde do Trabalhador nos municípios rurais adjacentes localizados na área de abrangência do CEREST pertencentes à 15ª CRS, no período de junho de 2023 a dezembro de 2023.

Estes profissionais costumam ser, preferencialmente, concursados, trabalhadores das secretarias municipais de saúde e respondem pela articulação de ações previstas na PNSTT em seus respectivos municípios. A existência deste profissional é solicitada pelo estado do Rio Grande do Sul ao gestor municipal para uma melhor implantação da vigilância em Saúde do Trabalhador, conforme disposto na Resolução 603 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2018). Segundo esta resolução, é competência dos municípios constituir referência técnica em Saúde do Trabalhador que deve ser organizada conforme a estrutura institucional e a população do município. Esta referência contará com apoio institucional e técnico das equipes do CEREST regional, da Coordenadoria Regional de saúde, do CEREST Estadual e da Secretaria Estadual de Saúde.

Foram convidados a participar do estudo os profissionais que responderam aos seguintes critérios de inclusão: ser referência técnica em Saúde do Trabalhador em um dos 24 municípios rurais adjacentes pertencentes à 15ª CRS. Foram excluídos do estudo aqueles que estavam em férias ou qualquer tipo de afastamento funcional durante o período de produção dos dados.

Dos 24 profissionais que realizam a função de referência técnica em saúde do trabalhador nos municípios elegíveis no cenário descrito, 13 aceitaram participar das entrevistas individuais, sendo que 6 destes 13 profissionais participaram das discussões dos grupos focais.

5.4 Produção de dados

A produção de dados ocorreu por dois instrumentos. Em um primeiro momento foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais por Google Meet, previamente agendadas com os profissionais de saúde em horário acordado com os mesmos. Em um segundo momento realizou-se a produção de dados por meio da técnica de grupos focais.

5.4.1 Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas são técnicas amplamente utilizadas no processo qualitativo empírico. Define-se como uma conversa a dois ou entre vários interlocutores com a temática voltada a um objeto de investigação. A entrevista do tipo semiestruturada segue um roteiro de questões previamente formuladas (MINAYO, 2016).

A obtenção de informação contou com um roteiro semiestruturado, constituído por tópicos que focavam o objetivo do estudo. Foram coletadas informações tais como: Gênero; Idade; Formação Profissional; Tempo de Formação; Pós-Graduação; Formação Específica em

Saúde do Trabalhador; Tempo de atuação na Atenção Primária; Tempo de Atuação como Referência Técnica em Saúde do Trabalhador;

Na sequência foi conduzida a entrevista, guiada pelos seguintes tópicos: trajetória profissional na APS do município; contexto e processo de alocação na função de referência técnica em Saúde do Trabalhador; cotidiano de trabalho desempenhando suas funções; desafios e dificuldades da função de referência técnica; percepções e sentimentos sobre seu trabalho.

Os profissionais foram contatados por e-mail e/ou contato telefônico, obtidos por intermédio da Coordenadoria Regional de Saúde após apresentação aos gestores dos municípios elencados em reunião da Comissão Intergestores Regionais (CIR) da 15 CRS. Os profissionais da saúde foram convidados a participar do estudo e, após esclarecimentos sobre a pesquisa e mediante o aceite do participante, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do profissional.

As entrevistas individuais foram conduzidas por uma discente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM-PM, participante ativa do projeto de pesquisa desta dissertação, previamente treinada e capacitada no grupo de pesquisa. Nas entrevistas foram coletados dados que foram utilizados para análise qualitativa deste trabalho e também dados que serão analisados para o trabalho de conclusão de curso da discente considerando seus objetivos específicos.

Foi realizada uma entrevista piloto, a fim de verificar a compreensão e adequação do roteiro de perguntas. Considerando-se que não foram necessários ajustes no roteiro, a entrevista piloto foi utilizada no banco de dados.

Cada entrevista foi transcrita, na íntegra, no editor de textos *Microsoft Word 2010*, a fim de analisar os dados fidedignamente.

A coleta de dados através das entrevistas se deu entre os meses de julho a outubro de 2023, sendo realizado contato com os profissionais dos 24 municípios elencados. Foram realizados convites para participação na pesquisa através de e-mail e mensagem de *WhatsApp*, com até três tentativas de contato, sendo que 13 profissionais que são referência técnica em saúde dos trabalhadores dos municípios aderiram a entrevista, 3 profissionais recusaram a participação e 8 profissionais não responderam ao convite.

Após as entrevistas, os 13 profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram adicionados a um grupo de WhatsApp onde foram convidados a participar das discussões do Grupo Focal.

5.4.2 Grupos Focais

O grupo focal é uma técnica de produção de dados utilizada em estudos qualitativos. Visa, por meio de interações grupais entre os participantes, discutir tópicos específicos relacionados a um objeto de estudo. Caracteriza-se como uma discussão orientada, realizada com a intermediação de um moderador, que deve facilitar a interação do grupo e garantir o enfoque no tema. A técnica prevê também a participação de um observador, que contribui com suas impressões sobre a condução após a conclusão do encontro (OLIVEIRA et al, 2022).

Como alternativa ao grupo focal tradicional, há o grupo focal *on-line*, que pode ser realizado por escrito, vídeo ou áudio, de forma síncrona (em tempo real) ou assíncrona (em tempo não real). Esta técnica permite interação grupal e apresenta algumas vantagens, sobretudo no que diz respeito a viabilizar a participação de indivíduos distantes geograficamente (OLIVEIRA et al, 2022).

Os grupos foram compostos pelos profissionais elencados pelos municípios como referências técnicas em Saúde do Trabalhador e que responderam aos critérios de elegibilidade e que se dispuseram a participar da discussão em horário acordado previamente com os participantes por meio de grupo de WhatsApp.

Os encontros foram realizados *online*, via *Google Meet*, uma plataforma digital compatível com diversos dispositivos eletrônicos que possibilita interlocução entre pessoas em tempo real, com interação em imagem e áudio. Todas as interlocuções foram gravadas com recursos da própria plataforma. Os encontros foram previamente agendados com os participantes, considerando sua disponibilidade.

Nesta modalidade de coleta de dados, 06 participantes compareceram aos dois grupos agendados, ocorrendo a participação dos mesmos após convite feito no grupo de WhatsApp e por contatos individuais com os participantes.

No grupo foram realizadas enquetes oportunizando a escolha do melhor horário para a discussão do grupo focal online, sendo escolha da maioria o horário de 9 horas de uma quinta feira para o primeiro encontro e 13:30 de uma quinta feira para o segundo encontro.

Os encontros foram conduzidos pela pesquisadora principal, estudante de Mestrado em Saúde e Ruralidade do PPGSR, buscando a reflexão sobre a temática considerando os seguintes pontos de discussão: concepções sobre a PNSTT e PNSIPCFA; avanços e desafios na implementação das políticas na APS dos municípios; estratégias possíveis para potencializar a implementação das políticas na prática. O roteiro elaborado para condução do grupo focal está disponível no Apêndice A.

O primeiro grupo focal teve duração de 59 minutos e foi realizado no dia 07/12/2023, e o segundo grupo focal teve duração de 45 minutos e foi realizado no dia 21/12/2023.

As discussões foram dinamizadas por problematizações e estimuladas por perguntas disparadoras de mobilização e reflexão.

No primeiro encontro ocorreu a apresentação da pesquisa aos participantes, objetivos do grupo focal e lançamento das perguntas disparadoras da discussão. No segundo encontro, para retomar as questões anteriores e estimular as discussões finais, foi realizada a sensibilização dos participantes através da utilização de imagens referentes ao trabalho rural. (fig.01).

Fig. 01 – Imagens para Grupo Focal



Os encontros contaram com a participação de três assistentes de pesquisa, discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, previamente capacitadas no grupo de pesquisa. Estas pessoas auxiliaram a pesquisadora principal na condução dos grupos focais, fornecendo apoio no planejamento, manejo da tecnologia digital e controle do tempo. Além disso, elaboraram, ao longo das discussões, uma síntese das discussões do grupo sobre a temática, validada ao final de cada encontro junto aos participantes através de sua leitura e modificações que entendessem como necessárias.

Os grupos focais foram gravados mediante anuência dos participantes, sendo que as interlocuções foram transcritas na íntegra por uma das bolsistas de iniciação científica previamente capacitada no grupo de pesquisa. Estas transcrições, acompanhadas dos registros no diário, juntamente com as transcrições das entrevistas, compuseram o *corpus* analítico.

Na apresentação dos resultados, para garantir o anonimato dos participantes, suas manifestações, seja nas entrevistas ou nos grupos focais, foram feitas utilizando-se das letras

RTST, seguidas de números que indicaram a ordem de entrevistas (01, 02...) e de ENT (RTSTENT) para identificar o dado obtido na entrevista ou GF (RTSTGF) para aquele oriundo do grupo focal.

5.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi desenvolvida conforme os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012), que traz sobre aspectos éticos da pesquisa e estabelece elementos que envolvem autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado.

Também foram observados os preceitos da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que descreve as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com participantes ou informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. (BRASIL, 2016)

Foram consideradas também as orientações para procedimentos em pesquisas, em qualquer etapa e em ambiente virtual, constantes no Ofício Circular nº 2 do Ministério da Saúde de 2021 (BRASIL, 2021).

O projeto foi submetido à apreciação do responsável técnico de Saúde do Trabalhador da 15ª CRS e apresentado em reunião da Comissão Intergestores Regionais (CIR) dos municípios desta regional de saúde. Foi solicitado anuência da 15ª CRS em documento escrito e assinado pelo Coordenador da Regional para a pesquisa nos municípios.

O projeto de pesquisa está registrado no Portal de Projetos da UFSM sob o número 059870, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por meio de cadastramento na Plataforma Brasil, conforme orienta o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sendo aprovado conforme parecer consubstanciado do CEP em anexo (ANEXO I).

O convite para participação na pesquisa foi feito por contato telefônico de forma individual, sendo enviado um e-mail com um único remetente e destinatário esclarecendo ao participante que, imediatamente antes do início das atividades da entrevista semiestruturada e do grupo focal *online*, seria apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, o participante foi orientado a dar sua anuência de participação através da resposta ao formulário do Google Form que continha o Termo de Consentimento.

Os participantes foram orientados sobre seus direitos de participação, isenção de custos, anonimato, sigilo e desistência caso sentissem algum desconforto, em qualquer etapa da pesquisa. Foi disponibilizado de forma eletrônica o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) no momento do aceite da participação e também um Termo de Confidencialidade, com descrição detalhada do instrumento de coleta de dados e das normas definidas para a participação na entrevista semiestruturada e no grupo focal *online*. (BRASIL, 2012).

Os dados dos participantes serão preservados, não ocorrendo a identificação direta dos municípios ou dos profissionais. Os depoimentos colhidos na entrevista e no grupo focal serão inseridos nas publicações para ilustrar os resultados obtidos. Nestes casos, os participantes serão identificados pelas letras RTST (Referência Técnica em Saúde do Trabalhador), seguida por um número cardinal aleatório.

Esta pesquisa comprometeu-se com o sigilo e prudência em relação aos dados dos participantes, mediante assinatura do Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (APÊNDICE C).

Os dados de pesquisa (transcrições e síntese) serão armazenados juntamente aos TCLE em um local de acesso exclusivo das pesquisadoras e os dados de gravação serão armazenados através de *download* em dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Os dados serão armazenados na UFSM *campus* Palmeira das Missões, prédio 09, sala 09. Transcorridos cinco anos do término da produção de dados, serão destruídos.

O presente estudo ofereceu riscos mínimos para os participantes, sendo abordadas temáticas do seu fazer profissional, suas percepções e subjetividade. Foram destacados também os riscos pertinentes ao ambiente virtual em função das limitações das tecnologias utilizadas, sendo informadas as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação.

A pesquisa não proporcionou benefícios diretos aos participantes ou aos municípios. Porém, possibilitou contribuições no que diz respeito à reflexão e debates sobre as políticas de Saúde do Trabalhador, no contexto da ruralidade.

Os resultados finais desta pesquisa serão socializados e compartilhados com a comunidade acadêmica por meio de publicação em revistas científicas e eventos. Os pesquisadores comprometem-se a socializar os resultados na íntegra com os participantes realizando a devolutiva dos resultados e discussões por meio de metodologias que serão

acordadas com os mesmos. Comprometem-se também em realizar a divulgação dos resultados para a RAS.

5.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi conforme Minayo (2014), que estabelece os seguintes passos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para a realização desta análise foi utilizado o software NVivo (Versão Release 14.23.2(46)) (Lumivero, 2023).

Na Pré-Análise, quando retomados os objetivos iniciais da pesquisa e após leitura do material que compõem o *corpus* analítico, elaborou-se os seguintes indicadores:

Unidades de Contexto	Unidades de Registro
Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador rural	<ul style="list-style-type: none"> • Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora • Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo da Floresta e das Águas
Atuação na Atenção Primária a Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Potencialidades • Desafios
Atenção à Saúde do Trabalhador rural	<ul style="list-style-type: none"> • Ações voltadas ao Trabalhador Rural • Estratégias

No software NVivo ficou assim organizado após a definição sendo descritos como códigos de análise

Fig. 01 – Imagem Tela NVivo códigos

Nome	Arquivos	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado
Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador Rural	0	0	24/01/2024 23:37	CBSRR	24/01/2024 23:37	CBSRR
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	0	0	24/01/2024 23:41	CBSRR	24/01/2024 23:53	CBSRR
Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo da	0	0	24/01/2024 23:43	CBSRR	24/01/2024 23:53	CBSRR
Atuação Profissional na APS	0	0	24/01/2024 23:39	CBSRR	24/01/2024 23:39	CBSRR
Potencialidades	0	0	24/01/2024 23:44	CBSRR	24/01/2024 23:52	CBSRR
Dificuldades	0	0	24/01/2024 23:45	CBSRR	24/01/2024 23:52	CBSRR
Atenção ao Trabalhador Rural	0	0	24/01/2024 23:40	CBSRR	24/01/2024 23:40	CBSRR
Ações voltadas ao Trabalhador Rural	0	0	24/01/2024 23:45	CBSRR	24/01/2024 23:53	CBSRR
Estratégias	0	0	24/01/2024 23:47	CBSRR	24/01/2024 23:53	CBSRR

Após a definição dos códigos, as transcrições foram lidas sendo selecionado recortes das entrevistas semiestruturadas e das falas dos participantes nos grupos focais categorizando nos códigos conforme análise do discurso.

Conforme a figura abaixo, ficaram distribuídos da seguinte forma:

Fig. 02 – Imagem Tela NVivo distribuição nos códigos

Nome	Arquivos	Referências	Criado por
Atenção ao Trabalhador Rural	0	0	CBSRR
Ações voltadas ao Trabalhador Rural	9	18	CBSRR
Estratégias	5	15	CBSRR
Atuação Profissional na APS	0	0	CBSRR
Dificuldades	13	37	CBSRR
Potencialidades	10	20	CBSRR
Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador Rural	0	0	CBSRR
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da	9	18	CBSRR
Política Nacional de Saúde Integral da Populaçã	1	6	CBSRR

Sendo assim, após retomados os objetivos iniciais da pesquisa, foram elaborados indicadores que auxiliaram na compreensão do material e foram importantes na interpretação final.

Segundo Minayo (2014), esta etapa é composta das seguintes tarefas: Leitura Flutuante do material de campo, deixando-se impregnar por seu conteúdo; Constituição do Corpus, buscando a exaustividade: que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro e a representatividade: que contenha as características essenciais do universo pretendido e ainda homogeneidade: que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores, além da pertinência: que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos do trabalho.

Ainda na pré-análise, foi realizada a formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos, sendo então realizada uma retomada da etapa exploratória, com leitura exaustiva do material junto as indagações iniciais. Nesta fase determinaram-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais

Na exploração do material é realizada uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Busca-se no texto “categorias”, expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização consiste em um processo de redução do texto. (MINAYO, 2014)

Na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, são contabilizados os resultados brutos sendo estes analisados através de inferências e interpretações inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou trazendo novas dimensões teóricas e interpretativas. (MINAYO, 2014)

Para melhor visualização dos dados brutos da análise neste estudo, foi montada uma Matriz Estrutural no NVivo, salva em arquivo Excel para possibilitar inferências e interpretações, conseguindo desta forma uma melhor triangulação entre as técnicas de coleta de dados e a discussão teórica e interpretativa. Esta Matriz Estrutural pode ser visualizada na figura abaixo:

Fig. 03 – Imagem Tela NVivo Matriz Estrutural

	A: Ações voltadas ao Trabalhador Rural	B: Estratégias	C: Dificuldades	D: Potencialidades	E: Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	F: Política Nacional de Saúde II População do Campo da Floresta Azul
1. RTST01 Entrevista	<p><Arquivos\RTST01\Entrevista - § 1 referências codificadas [2,71% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,71% Cobertura</p> <p>a referência deles é realmente a unidade de saúde como tem só uma unidade básica não tem hospital não tem nada então tipo qualquer coisa que aconteça com ela a referência. Então tipo trabalhar é bem mais fácil</p>	<p><Arquivos\RTST01\Entrevista - § 1 referências codificadas [2,05% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,05% Cobertura</p> <p>a gente vai junto já faz a atividade junto com a emater né que daí eles tem tipo mais fácil entrada com o agricultor trabalhador rural, tem o acesso mais facilitado</p>	<p><Arquivos\RTST01\Entrevista - § 4 referências codificadas [14,35% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,41% Cobertura</p> <p>aqui é município pequeno né, a gente sabe na verdade é poucos funcionários né, daí como daí tava na verdade sou eu e a enfermeira, daí como a enfermeira já tinha assumido um outro cargo, daí eu fiquei com a saúde do trabalhador, e a vigilância sanitária como responsável.</p> <p>Referência 2 - 1,60% Cobertura</p> <p>as enfermeiras aqui são todas por processo seletivo né, então elas não são concursadas daí a cada 2 anos dois anos e meio troca</p> <p>Referência 3 - 4,44% Cobertura</p>	<p><Arquivos\RTST01\Entrevista - § 1 referências codificadas [1,05% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,05% Cobertura</p> <p>Dai eu como sou concursado, eu fiquei como responsável para seguir o andamento né.</p>	<p><Arquivos\RTST01\Entrevista - § 2 referências codificadas [8,33% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,06% Cobertura</p> <p>entender as questões da legislação, de como funciona, a uma questão que a gente tem aqui tipo pra trabalhar na parte das notificação né, dos acidentes das doenças relacionadas ao trabalho entender fazer o tipo assim o pro pessoal da unidade, entender que tem que ser notificado, que tem q notificar, e através das notificação.</p> <p>Referência 2 - 4,26% Cobertura</p> <p>E na verdade, a gente faz a parte de notificação, lançamento a gente vai atrás, faz as investigação, até quando leve óbitos por acidente de trabalho, faz as investigação, leve ali na época do covid, que leve as empresas aqui que deu o assito</p>	
2. RTST02 Entrevista	<p><Arquivos\RTST02\Entrevista - § 2 referências codificadas [7,44% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,29% Cobertura</p> <p>aqui a gente tem uma ligação mais direta para trabalhar as questões relacionadas ao trabalho do serviço, então eu consigo ir mais de perto no serviço, agora quando se trata da saúde do agricultor e dessas doenças relacionadas a ele a gente fica mais distante</p> <p>Referência 2 - 4,15% Cobertura</p> <p>Quero te lembrar da ideia que eu tive então de fazer alguma atividade então agora já que tá aí né, vou fazer, convidei o pessoal do CEREST para a gente fazer uma fala com os agricultores agora no mês, je com o pessoal do SINE, dessas</p>		<p><Arquivos\RTST02\Entrevista - § 5 referências codificadas [14,43% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,57% Cobertura</p> <p>a enfermeira que estava muito sobrecarregada</p> <p>Referência 2 - 3,01% Cobertura</p> <p>Mas claro que tinham outras coisas, eu tinha que ajudar a atender na atenção básica na questão do acolhimento (partes inaudíveis) nas partes do atendimento também. Não é um programa em si é várias coisas que a gente tem que desempenhar.</p> <p>Referência 3 - 2,79% Cobertura</p> <p>laudo da cirurgia de Pulmonar (parte pouco entendível) e uma coisa murrota (parte</p>		<p><Arquivos\RTST02\Entrevista - § 3 referências codificadas [9,24% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,69% Cobertura</p> <p>saúde do trabalhador e epidemiologia é demo disso né</p> <p>Referência 2 - 1,71% Cobertura</p> <p>na verdade eu comecei com a parte de notificações que a gente não tinha registros, durante o ano não leve registros, leve muito pouco.</p> <p>Referência 3 - 6,84% Cobertura</p> <p>eu passei que eles me passassem assim que tivesse algum acidente de trabalho, notificações de acidente até rábio toda a questão que envolvia a saúde do</p>	

Nesta matriz estrutural, a descrição das entrevistas está apresentada nas linhas e a da transcrição do Grupo Focal está colocada nas colunas, sendo que a codificação foi utilizada para realizar a categorização dos discursos.

O processo de análise dos dados realizado com o apoio do software NVivo possibilita agilidade na pesquisa e uma adequada visualização dos dados coletados. A possibilidade de administrar os dados coletados e visualizar a síntese das idéias, organizando os documentos de forma ágil, percorrendo os passos da pré-análise e análise de forma a dinamizar o processo, diminui consideravelmente o tempo e a dificuldade da análise.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados emergidos deste estudo, inicialmente com a caracterização dos participantes da pesquisa e sua percepção sobre a PNSTT e a PNSIPCFA; as potencialidades e as dificuldades na efetivação, na prática, destas políticas no cotidiano da APS nestes municípios e as ações e estratégias voltadas para a saúde do trabalhador rural na APS, na percepção dos profissionais que são referência técnica em seus municípios.

6.1. Quem são as Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador

Os profissionais que compuseram o estudo são em sua maioria do gênero feminino, sendo que dos 13 entrevistados, 11 se declararam do gênero feminino e 2 se declararam do gênero masculino. Este dado assim se apresentou, possivelmente, porque o Curso de Enfermagem conta ainda com a maioria de estudantes mulheres, cenário que vem se transformando aos poucos ao longo do tempo, com a inclusão de mais pessoas do gênero masculino, pois quanto a profissão a maioria concluiu o Ensino Superior, sendo que 10 participantes concluíram o Curso de Enfermagem, 1 participante tem a formação em Gestão Pública e outros 2 realizaram o curso Técnico em Enfermagem. Este dado pode apontar para um grupo em que, possivelmente, a maioria dos participantes teve a oportunidade de estudar, em suas formações, as Políticas Públicas com mais profundidade.

Dentre os 13 entrevistados, 1 participante mencionou ter a formação em Saúde do Trabalhador referenciando os cursos disponibilizados pelo CEREST que disponibiliza momentos de educação e formação aos profissionais da saúde. Dos demais, 08 referem ter pós-graduação a nível de especialização, sendo que 2 profissionais de saúde têm especialização em saúde pública; 1 em urgência e emergência e UTI, 1 em saúde da família, 1 em gerência dos serviços da enfermagem; 1 em emergência pré-hospitalar e obstétrica; 1 em saúde coletiva e 1 em gestão em saúde. Identifica-se que algumas especializações poderiam contribuir para a qualificação da atuação dos profissionais que são referência técnica, como as especializações em saúde pública e coletiva e a de gestão em saúde.

Quanto ao tempo de atuação na APS, o que atua por menos tempo o faz há 2 anos e o que atua há mais tempo, o faz há 26 anos. Quanto ao tempo que exerce a função de referência técnica em saúde do trabalhador, há uma diferença significativa no tempo de atuação, sendo o menor tempo, 1 mês e o maior que referenciou 24 anos.

Identifica-se que a atuação de alguns participantes na APS é mais recente, de outros ocorre há mais tempo, assim como na função de Referência Técnica em saúde do trabalhador. Esta mescla de tempo também pode ser usada a favor da qualidade do trabalho, tendo em vista que os mais experientes podem dar suporte aos mais jovens e estes podem compartilhar suas percepções sobre o que já está sendo feito naquela função.

Na Resolução CNS nº 603, é previsto que a nível municipal, para implantar a PNSTT, os municípios devem constituir referência técnica em Saúde do Trabalhador organizada em núcleo, coordenação, gerência ou programa. Nos municípios participantes da pesquisa, devido a população municipal (até 20.000 habitantes) é previsto a constituição de uma referência técnica em saúde do trabalhador, sem a necessidade de atuar exclusivamente na área e a função ser assumida por profissionais com atuação na vigilância em saúde ou na atenção básica. (BRASIL, 2018)

6.2. Percepção dos participantes sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, das Florestas e das Águas (PNSIPCEA).

Quanto a percepção sobre as políticas públicas de que trata este estudo, os profissionais que são referência técnica em Saúde do Trabalhador nos municípios participantes, trazem fortemente em suas falas, as questões de notificação e investigação de óbito.

Tanto nas entrevistas, quanto nos grupos focais, é possível compreender que a percepção dos mesmos é de que as políticas públicas de saúde vão além do que está estabelecido nas metas do governo federal e estadual, que envolve prevenção de agravos e promoção da saúde o que fica em segundo plano ou sequer existe, pois ainda ficam muitos profissionais atrelados a notificação e a investigação de óbito em relação a saúde do trabalhador rural.

Notificações e Investigação de Óbito

RTST01ENT - “... uma questão que tem aqui para trabalhar na parte das notificações, são os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho. Fazer o pessoal da unidade entender que tem que ser notificado, que tem que ir atrás das notificações...”

RTST04ENT- “Agora eu estou trabalhando só com a parte de notificação mesmo. A parte que eu notifico, mas também se precisa, eu vou até a campo. ”

RTST06ENT - “...eu fiz mais um curso da questão da saúde do trabalhador e quando tem, principalmente, óbitos dentro da área de saúde do trabalhador mais grave [...] é que vê o quanto precisa, às vezes, estar atento à algumas situações...”

RTST08ENT - “[...] quando acontece alguma coisa, elas me chamam (profissionais da rede das unidades de Atenção Primária a Saúde), eu faço a notificação, lanço as notificações...”

Identifica-se nestas falas, que os participantes se preocupam com as notificações, como são realizadas e na sensibilização dos colegas que atuam na APS para notificar, destacando ainda o óbito do trabalhador por acidente de trabalho, o que implica, diretamente, na sua atuação e dos profissionais da rede. Um dos participantes também refere que há um laço entre ele e os trabalhadores da APS que o chamam quando há alguma ocorrência.

Dar visibilidade ao adoecimento do trabalhador através da notificação é de grande importância para o embasamento de ações de prevenção e promoção. Assim, uma das intervenções do CEREST nos municípios é trabalhar para que as equipes de saúde identifiquem em seus atendimentos, o adoecimento dos trabalhadores rurais, o que já contribuiu muito para a evolução das notificações na região, além de realizar juntamente ao município, a investigação de óbito.

Há ainda muito a trabalhar em relação ao planejamento e execução de outras ações importantes e não citadas nas falas dos profissionais, tais como mapeamento territorial para conhecer a população de trabalhadores e os riscos que estão sujeitos em seus processos de trabalho.

No que se refere a estas questões, Lacerda e Silva T. et al. (2014) trazem que a notificação de agravos relacionados ao trabalho é uma ação importante na produção do cuidado aos trabalhadores, pois é essencial para ampliar o conhecimento sobre seu perfil de morbimortalidade e permitir que essa questão seja incluída nas agendas técnicas e políticas dos gestores e do controle social do SUS.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é citada em muitas das falas dos profissionais, já a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo da Floresta e das Águas não foi referenciada em nenhum momento das entrevistas, sendo discutida somente quando a mediadora questiona os profissionais durante o grupo focal.

PNSIPCFA

RTST01(GF) “...nós também já estamos trabalhando há dois, três anos, na questão do agrotóxico, EPI (uso) junto também com a EMATER. Se está trabalhando desde a questão dos acidentes (que tem bastante com maquinário agrícola) [...] Neste último ano, trabalhamos a questão da fonte de água por causa da seca, da estiagem, a questão do manejo...”

RTST13(GF) “nós não tínhamos muito delimitado essas questões de cuidado e aí nos surgiu uma situação, um surto no município há uns quatro meses atrás de raiva bovina nas propriedades rurais. Aí vimos a importância que tem de começar a trabalhar junto [...]

RTST06(GF) – “...quando se tem óbitos provocados dentro do município que diz respeito a máquinas agrícolas, começa uma outra rota de encaminhamentos dentro do que é saúde do trabalhador. Nessa investigação de como acontece, quais são as situações que envolvem as atividades rurais, começa uma outra forma de debate e outro envolvimento. Assim como a RTST13(GF) teve no município a questão da raiva bovina, tivemos que envolver agricultura, veterinário, agente de saúde, enfim, é um cuidado que temos que fazer e que demanda vários outros setores envolvidos, não é só saúde...”

Os profissionais percebem o quanto o trabalho intersetorial é importante na atenção e no cuidado com o trabalhador rural, em eventos extremos, como o surto da raiva bovina e em casos de óbito relacionado ao trabalho ou de uso de agrotóxicos, buscam parceiros e trabalham em conjunto com outros setores, como a Emater e outros órgãos, como o CEREST.

Segundo PESSOA (2018), reconhecer o Brasil rural é fundamental para intervir no processo saúde-doença no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), devido a singularidades e especificidades que condicionam a organização dos serviços de saúde e as práticas socio-sanitárias. Há diversas questões pertinentes, sejam elas ambiental, do modo de vida, da reprodução social.

Considerando o princípio da equidade que orienta as políticas públicas de saúde, a particularidade do trabalho na área rural e suas vulnerabilidades a efetivação da PNSIPCFA é de importante nos municípios participantes do estudo. Nas falas dos trabalhadores durante as discussões do grupo focal, percebe-se que não há ainda uma percepção clara sobre a PNSIPCFA.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em seu Plano Estadual de Saúde (PES 2020-2023) traz que aprovou por meio da Portaria SES N.º 512/2020, a primeira Política Estadual de Equidade em Saúde (POPES) do país, construída com o apoio de atores estratégicos como sociedade civil, gestores e trabalhadores da saúde. Entre os objetivos dessa política está o de promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações específicas, estabelecendo os princípios e diretrizes para a organização dos serviços de saúde e para a organização e orientação na RAS. Como populações específicas esta política refere-se a: população LGBT, povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade, egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas. (RIO GRANDE DO SUL, 2020)

Segundo a SES, a implementação destas políticas incluídas na POPES, seria organizada pelas áreas técnicas do Departamento de Ações em Saúde (DAS), o processo de implementação se iniciaria com a publicização e divulgação da POPES em todo o estado, seguido de ações específicas que visam alcançar e operacionalizar os princípios e diretrizes desta normativa, prevendo articulação intersetorial e interinstitucional. (RIO GRANDE DO SUL, 2020)

No PES 2020-2023, a SES/RS traz que na atenção à saúde das populações rurais, os desafios em geral são diferenciados, destacando-se as questões geográficas e a falta de financiamento próprio ou equipe de saúde específica. (RIO GRANDE DO SUL, 2020)

No PES 2024-2027, a SES/RS traz a elaboração de uma Matriz Avaliativa, instrumento que aferiu que a POPES está em processo inicial de implementação no Estado, apresentando média estadual de 33%. O Estado prevê para os próximos anos, ações de capilarização da política, fomento à implementação da POPES através de fortalecimento do incentivo financeiro Estadual para promoção da equidade na atenção à saúde de populações específicas, no âmbito da APS, da implementação e implantação de comitês técnicos estaduais de saúde de populações específicas, e do aprimoramento dos instrumentos de monitoramento e avaliação, além de seguir fomentando ações específicas que visam alcançar e operacionalizar os princípios e diretrizes desta normativa. (RIO GRANDE DO SUL, 2023)

A Portaria SES N.º 767/2018 instituiu Comitê Técnico de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas do Rio Grande do Sul para subsidiar o avanço da Equidade na Atenção à Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas do Estado do Rio Grande do Sul. (RIO GRANDE DO SUL, 2018)

Ainda quanto as políticas públicas voltadas aos trabalhadores rurais, elas são vistas como mais uma dentro de várias que devem ser executadas na Atenção Primária a Saúde, mas não como uma das prioridades, a não ser quando ocorre um evento crítico como um óbito, ou um surto de alguma doença que é foco da vigilância em saúde, ou por solicitação de outro órgão.

Mais uma política de saúde

RTST10(ENT) “A saúde do trabalhador ainda não é uma política que a parte governamental olha. É uma meta que tem que atingir, é obrigado a fazer e fica por isso. Mas não existe uma política mesmo que se vá lá, faça um programa legal, que venha uma verba realmente destinada para saúde do trabalhador. Então ainda tem muito a crescer nessa área.”

RTST03(GF) “...a equipe está passando na nossa unidade por um processo de reestruturação, ... de programação para o ano e, dentro desta programação está a pauta de saúde do trabalhador, [...]Uma das nossas organizações para o ano que vem é trabalhar mais forte a questão dos agrotóxicos na nossa comunidade...”

RTST01(GF) “Se trabalha mais na parte curativa dessas políticas do que na parte de prevenção mesmo. Geralmente o trabalho é mais realizado depois que deu algum problema, tipo com o agrotóxico que tem um alto índice de câncer e a gente vai atrás da questão do agrotóxico, usando mais a parte curativa do que a parte preventiva.”

RTST06(GF) “[...] vemos que em todas as políticas tem milhões de demandas e aí vai da visão da organização dos profissionais para desenvolver todas essas políticas no nosso dia-a-dia...”. A política de saúde fica flutuando quando se tem alguma ação específica no mês, não se tem uma continuidade nessa situação do cuidado. As demandas de prevenção a gente não consegue fazer por que a gente está muito atrelado a assistência também...”

As falas trazem quanto a Atenção Primária a Saúde está sobrecarregada pelas diversas demandas existentes e reflete o quanto nas ações executadas ainda são prioridade aquelas que deflagram o envio de recurso ao município.

A prioridade por demandas individuais e demandas de emergência acabam por sobrecarregar os profissionais e prejudicar o planejamento de ações mais específicas voltadas as políticas públicas de saúde do trabalhador rural.

A perspectiva das ciências positivistas que sustentaram a abordagem epidemiológica não foi superada com a estruturação do SUS. Isto se reflete na busca pela efetivação das políticas públicas em geral e na particularidade da ST, cuja operacionalidade do modelo de vigilância em saúde ainda está incipiente ou inexistente em muitos municípios. (SILVEIRA CARDOSO, 2021)

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na sua essência, a APS cuida das pessoas, em vez de apenas tratar doenças ou condições específicas, é um setor que oferta atendimento abrangente e acessível, incluindo um espectro de serviços que vão desde a promoção da saúde e prevenção até o controle de doenças crônicas e cuidados paliativos, buscando o alcance a saúde para todas as pessoas agindo sobre determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais de saúde, o que vai além do setor saúde e que deflagra ações intersetoriais. (OPAS, 2024)

Segundo Pessoa et al. (2018), da população alvo da PNSIPCFA, cerca de 56% carece de cobertura de saúde a nível global, apresentando em muitos lugares escassez de recursos humanos de saúde na área rural. A autora traz que diversos estudos apontam que o SUS não tem atendido às necessidades de saúde das famílias rurais.

Despreparo

RTST13(GF) “Eu acho que todo mundo sabe da necessidade delas (das políticas) mas as equipes não se sentem preparadas para falar sobre o assunto. Nós tivemos essa demanda de solicitar o auxílio do CEREST por que eu acredito que as equipes não se sentem preparadas para atingir esse público que é relacionado ao agrotóxico quando se fala de acidentes...”

RTST06(GF) “Na última capacitação que teve sobre agrotóxicos que eu acompanhei, percebi que é muito complicado trabalhar isso por que a facilidade com que o agricultor tem da aquisição, perpassa toda a questão dos cuidados e a gente chega sempre depois.”

Em suas falas, os profissionais de saúde percebem-se despreparados para atuar frente a estas duas políticas pois, segundo eles, há pouco conhecimento sobre a temática voltada ao

trabalhador rural, principalmente ao seu adoecimento e as questões que envolvem o uso de agrotóxico, uma das notificações que os profissionais de saúde mais têm dificuldade na realização.

Segundo estudo sobre a saúde do trabalhador na atenção primária a saúde, a complexidade dos problemas de saúde decorrentes da exposição a fatores de riscos gerados pelo trabalho e a situação de vulnerabilidade social agregam exigências às equipes, que não estão preparadas para resolver a maioria dessas questões. (LACERDA E SILVA T., 2014)

Segundo Santos (2018), as discussões presentes na própria PNSIPCFA demonstram que muitos são ainda os desafios para sua implementação, entre eles a educação permanente dos trabalhadores de saúde e das populações alvo da política.

As políticas públicas voltadas a saúde do trabalhador rural são percebidas pelas referências técnicas como necessárias, mas ainda restritas a notificação de agravos e a investigação de óbitos, reconhecem a necessidade de trabalhar em conjunto com outros órgãos de forma multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, mas, mesmo buscando algumas ações em conjunto, há poucos projetos de prevenção voltados a este público. Demonstram desconhecimento quanto a política e as possibilidades de trabalho referente a elas, principalmente sobre a PNSIPCFA, e trazem sobre o sentimento de despreparo e falta de conhecimento frente as demandas dos trabalhadores rurais.

6.3. Identificação dos profissionais quanto as potencialidades e dificuldades na efetivação, na prática das Políticas Públicas no cotidiano da APS

Percebem como potencialidades para a execução de ações na Atenção Primária a Saúde, a boa comunicação entre os profissionais, a proximidade da referência técnica com os profissionais da APS, a gestão participativa que proporciona autonomia aos profissionais, o trabalho em rede, o planejamento adequado das ações e as reuniões de equipe e a necessidade de realizar capacitações para os profissionais.

Potencialidades

RTST03ENT “O pessoal chega e fala, se tem uma boa conversa, se está conseguindo comandar a unidade da melhor maneira possível, tanto em questão de secretaria, administrativa, política mesmo. Há uma parceria muito grande com o prefeito e toda a parte administrativa e acredito que está sendo bem conduzido...”

RTST12ENT “Há um feedback, assim, uma conversaço bem tranquila com o médico da unidade, com fisioterapeutas, com a equipe em geral, então, é bem fácil essa comunicaço e relacionar ao acidente de trabalho.”

RTST09ENT “... Eu como estou mais aqui no Centro (da cidade), a minha equipe está mais articulada, sabe para notificar. Tem a técnica de enfermagem também que fica na triagem, ela já está bem ligada e qualquer coisa ela já vem...”

RTST05ENT “... os enfermeiros têm bastante autonomia, são bem participativos nos programas...” ... “Esses dias vieram os profissionais lá do CEREST comigo até a casa dos familiares. A gente levou psicólogo, assistente social porque falar com familiar sobre isso não é uma coisa muito fácil. Então, a gente foi lá e aí o CEREST, super tranquilo porque tem coisas que eu também estou aprendendo ainda.”

RTST13(GF) “...em dezembro tem a programação do dezembro laranja que é a questão da exposiço solar. Nós aproveitamos uma parceria com o CEREST e a coordenadoria e vamos realizar um encontro sobre a exposiço solar, sobre os agrotóxicos e o risco de acidentes com máquinas agrícolas. Então acho que a gente está caminhando para esse sentido.”

RTST06(GF) “Quando a equipe também está envolvida na questão da notificaço de acidentes no trabalho acontecem outras modificaço porque no momento em que a gente atende algo que envolve trabalho e condiço de trabalho, nós também nos envolvemos na questão do que a gente precisa fazer né [...]quando a gente consegue de repente mobilizar para uma reuniço, a gente consegue fazer algumas coisas acontecerem um pouco antes, mas depende de cada profissional. Cada lugar de trabalho vai depender do profissional ir atrás de procurar essas demandas e colocar isso pra populaço, porque mobilizar a populaço vai depender de cada profissional entender a importância do trabalho na inserço dessas políticas...”

RTST08ENT “Nós temos que fazer uns treinamentos. No nosso plano de saúde tem, de saúde do trabalhador.”

Segundo o estudo de Lacerda e Silva (2014) no município em que a Secretaria Municipal de Saúde havia indicado uma referência técnica em saúde do trabalhador, os profissionais elencaram vantagens de poder contar com uma instância apoiadora para as questões da área propiciando a concretização da continuidade do cuidado, sendo ela a principal mediadora entre o CEREST e a APS.

Segundo SILVA et al (2021b), apesar dos profissionais da APS estarem sobrecarregados pelas atividades assistenciais e pela demanda, quando contam com retaguarda técnica especializada e pedagógica, incorporam a ST em suas ações, fazendo com que ampliem o cuidado, sejam mais resolutivos e articulem mais com a RAS.

A importância do Agente Comunitário de Saúde ACS aparece no estudo de Lacerda e Silva T. et. al (2014), segundo os autores o levantamento de informações sobre as condições de vida e saúde da população que reside na área de abrangência das equipes da APS é essencial para a produção do cuidado em saúde. Os ACS, pelo lugar de elo que ocupam e o fato de residirem no território em que trabalham, desempenham papel fundamental nesse processo.

A educação permanente dos profissionais de saúde da RAS e da população já é prevista nas políticas públicas voltadas ao trabalhador rural e é um dos potencializadores para a efetivação destas políticas. Ações preconizadas pelo CEREST voltadas para a qualificação das notificações para identificação dos agravos a saúde do trabalhador, apoio matricial e ações de atividade educativa em saúde do trabalhador para a população e para os profissionais de saúde mobilizam a Rede e deflagram ações voltadas a população alvo das políticas aqui elencadas.

Lacerda e Silva T. et al. (2014), trazem em seu estudo que as recomendações das equipes para a inserção das ações de saúde do trabalhador de forma sistemática na APS envolvem além de sensibilização dos profissionais e fortalecimento do CEREST como apoiador técnico e pedagógico a incorporação do tema nos processos de Educação Permanente e intercâmbio das experiências bem-sucedidas.

Quanto as dificuldades percebidas pelos profissionais que são referência técnica em saúde do trabalhador, destacam-se a escassez de profissionais na rede e equipes pequenas; acúmulo de funções e sobrecarga de trabalho; dificuldade em trabalhar com prevenção, especialmente após a pandemia de SARS COV2; alta demanda de atendimento individual e ausência em ações e resistência dos trabalhadores rurais as orientações referentes ao uso de EPIs e manuseio de agrotóxicos.

Dificuldades

RTST01ENT “... aqui é município pequeno, poucos funcionários. Sou eu e a enfermeira e como a enfermeira já tinha assumido um outro cargo, eu fiquei com a saúde do trabalhador e a vigilância sanitária como responsável.” ... “... as enfermeiras aqui são todas por processo seletivo, então elas não são concursadas e a cada dois anos e meio troca.”

RTST02ENT “..., mas claro que tinham outras coisas, eu tinha que ajudar a atender na atenção básica na questão do acolhimento, no atendimento também. Não é um programa em si, são várias coisas que a gente tem que desempenhar.” ... “...são várias outras coisas, aí a saúde do trabalhador fica um pouco de lado. Eu fico tentando ver se eu consigo fazer uma ação nesse sentido.” “[...] Sempre vai ter algo faltando, sempre tu vai estar “atolado”. Literalmente essa palavra, tu sempre vai estar sobrecarregado.”

RTST04ENT “Eu acredito que a parte que mais precisa depois dessa pandemia é a saúde mental que o pessoal (profissionais de saúde) ficou bem debilitado e é maçante, tem bastante cobrança e tu tem muita coisa...”

RTST05ENT “Eu vejo que o pessoal (profissionais da APS), às vezes, tem um pouquinho de resistência, até pela demanda... Às vezes, também a gente não tem muito tempo pra atuar na saúde do trabalhador.”

RTST06ENT “[...] O outro desafio é agregar outros profissionais que nos auxiliem e nessa notificação colocar os pacientes para essa identificação. Então precisa do médico, do enfermeiro, do técnico por que, muitas vezes, não é só o enfermeiro que vai atender.”

RTST03(GF): “... aqui no nosso município a gente só trabalha apagando incêndio, a gente não faz a parte de prevenção isso é uma coisa que eu acho que a grande maioria dos municípios a gente esqueceu o que é a função de uma unidade básica”

RTST10ENT “... Eu gostaria muito de fazer a parte preventiva. Mas eu precisaria ser exclusiva da saúde do trabalhador que é uma coisa um pouquinho impossível

no momento [...] a gente não faz nada pois a gente vê que é muita demanda. São tantas coisas que algumas são deixadas de lado... faz parte do trabalho.”

RTST03(GF) “...tem que ter mais pessoas que trabalham só pra essa parte porque a gente como equipe de enfermagem, acaba abrangendo tudo e pegando tudo pra nós os problemas da população, a gente tem que resolver tudo e acaba se sobrecarregando e não fazendo como precisa ser feito [...] eu acho que precisaria de mais pessoal pra voltar e dizer que tem que mudar isso, mudar aquilo e tentar trabalhar mais a parte de prevenção.”

RTST06(GF) “... as vezes a gente não dá conta dessas políticas, porque a assistência também não para...”

RTST03(GF) “[...] nós também enfrentamos uma grande resistência das pessoas (trabalhadores rurais) ..., a EMATER está trabalhando mais diretamente com essas pessoas, com esses colonos. As pessoas que trabalham na lavoura têm uma grande resistência a aderir ao que eles falam, ao que a gente da saúde fala, a EMATER também [...] é muito difícil trabalhar com eles porque eles não abrem mão do uso desses produtos (agrotóxicos), então é difícil a gente conseguir fazer o trabalho e desenvolver, é difícil a gente conseguir um público que vem participe que esteja ativo...” [...] “... o problema do trabalhador rural é tu convencer eles, na parte de agrotóxicos, a usar EPIs ... Eles estão naquela rotina diária e tentar fazer uma mudança é difícil.”

RTST01(GF) “... eles (trabalhadores rurais) não se conscientizam, na questão do agrotóxico, a gente vê também um problema que nós temos aqui é o agrotóxico [...], aquele que vem importado do Uruguai, Paraguai... a questão da conscientização é o pior, que é difícil conscientizar eles, você fala, conversa, explica, mas é, o agricultor tem uma certa resistência nesse ponto aí.”

A necessidade de se definirem melhor as atribuições das equipes no que se refere a atenção à saúde do trabalhador, foi sugerida por profissionais de saúde participantes de estudo no qual os resultados trazem que, apesar dos profissionais reconhecerem as repercussões das relações trabalho-saúde-doença em suas práticas cotidianas, têm dificuldades para desenvolver

ações de intervenção, seja no âmbito da assistência, vigilância ou promoção da saúde. Segundo os autores esta dificuldade possui raízes históricas e reflete a falta de discussão mais direcionada sobre o tema nos cursos de graduação e nos processos de educação permanente. Além disto, é forte o consenso de que as questões de Saúde do Trabalhador são afeitas às especialidades, como, por exemplo, a Medicina do Trabalho e a Engenharia de Segurança. (LACERDA e SILVA T. ET AL. 2014)

Segundo Franco (2021), em um estudo de revisão de literatura, as questões relativas à infraestrutura e serviços constam na literatura como um dos desafios a implementação da política, trazendo uma preocupação recorrente sobre os custos para a garantia de atenção à saúde da população rural no que tange a gastos com força de trabalho em saúde e a insuficiência dos profissionais.

Hurtado et. al. (2022) traz que as estratégias de saúde da família trabalham com sobrecarga, alta rotatividade, vínculos precários e baixo uso dos instrumentos de vigilância. O autor traz para a discussão a questão da forte atuação dos serviços na linha assistencial, tanto na atenção primária a saúde quanto nos serviços de referência técnica em Saúde do Trabalhador.

Silva (2021a), em sua análise sobre a atenção primária a saúde, ressalta o complexo cenário que envolve a APS como centro ordenador da RAS, com dificuldades estruturais que perpassam a efetivação deste papel. Fatores como alta rotatividade de profissionais pela ausência de um plano de carreira; deficiência na infraestrutura; a inadequação das condições de trabalho; o baixo índice de conectividade e informatização; a ausência de fluxos bem definidos e profissionais e de suporte técnico para o enfrentamento de situações; e, principalmente a sobrecarga de trabalho das equipes.

Há falas das referências técnicas que demonstram a resistência dos trabalhadores rurais as temáticas de saúde, principalmente envolvendo agrotóxicos e mudanças nos processos de trabalho, além da dificuldade de acessar os serviços de assistência na APS devido aos horários.

Faria (2020), em revisão de literatura sobre a saúde do trabalhador na saúde da família reflete sobre a organização do processo de trabalho como um dos fatores de estresse emocional para os trabalhadores da saúde. Segundo o autor, a multitarefa, em razão da falta de recursos humanos e protocolos de trabalho, ausência de treinamento em áreas específicas traduzem-se em sobrecarga e baixa qualidade nos serviços prestados, e ainda geram conflitos entre as equipes. Traz ainda que outro fator presente nos estudos foi a cobrança de metas e resultados por parte da gestão.

Miranda (2019) em um estudo sobre as necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente a atenção primária à saúde, relata que a procura por serviços de saúde

pelos homens trabalhadores rurais ainda se apresenta interligada a algum problema, sendo destacado o baixo comparecimento dos homens aos grupos de educação em saúde.

Há diversos apontamentos importantes e preocupantes nas discussões aqui descritas que acabam por dificultar o desenvolvimento das políticas públicas mencionadas nesta pesquisa, principalmente aqueles referentes a falta de compreensão dos profissionais sobre saúde do trabalhador, a resistência da população às poucas ações deflagradas, a sobrecarga e acúmulo de funções dos trabalhadores da saúde.

6.4. - Ações e estratégias voltadas para a saúde do trabalhador rural na APS, na percepção dos profissionais que são referência técnica em seus municípios.

Nas falas dos profissionais que são referência técnica em Saúde do Trabalhador são citadas, principalmente, ações de atendimento individual envolvendo notificação de acidentes de trabalho e investigações de óbito. Ações que envolvem prevenção de agravos e promoção da saúde foram citadas por poucos profissionais, relatando palestras para trabalhadores rurais e ações provocadas por órgãos de outros setores como a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural - EMATER e o Serviço Nacional de Aprendizagem Rural – SENAR.

Ações identificadas

RTST09ENT “... se acaba notificando. É acidente assim que se cortou. [...] tentamos uma vez chamar os agricultores para trabalhar sobre agrotóxico também”

RTST06(GF): “... específico de saúde do trabalhador eu acho que a única coisa são as questões das notificações que isso é uma coisa que é necessária que faz parte de toda a sistemática”

RTST03ENT “... na parte da saúde do trabalhador, resumindo, a gente faz o SINAN que a gente faz as notificações, a gente não faz nada específico de saúde do trabalhador.”

RTST12ENT “A gente faz uma vez cada seis meses, pelo menos, está conseguindo fazer uma palestra, uma forma de palestra de seminário com o pessoal do município, a gente já fez com agricultores, que aqui a economia do município é a base da agricultura [...] sobre EPIs, uso de máquinas, agrotóxicos...”

RTST04(GF): “... nós fizemos uma ou duas palestras voltadas (a população rural), no final de novembro para a saúde do homem e da mulher [...] coleta do preventivo para mulher e no caso do homem do PSA, exame de tireoide. Busca todo o ano mobilizar, trazendo o pessoal do SENAR, geralmente algum dos profissionais médicos que dá uma palestra em função desse cuidado, questão do sol protetor solar, questão do cuidado com o corpo mesmo, tanto do homem quanto da mulher”

RTST02ENT “... convidei o pessoal do CEREST para a gente fazer uma fala com os agricultores agora no mês, e com o pessoal do SINE dessas empresas para a gente poder fazer um trabalho voltado para a prevenção [...] eu fiz um levantamento das empresas que a gente teria, e que na verdade são poucas...”

Apesar da identificação destes profissionais quanto a importância da notificação na PNSTT, os relatos evidenciam dificuldade na execução de ações que contemplem a promoção e prevenção de agravos a saúde, ficam de lado ações de mapeamento produtivo, atividades educativas com a população de trabalhadores rurais e alguma fragmentação do cuidado decorrente da forma como está organizado o trabalho das equipes de Atenção primária a saúde, o que aparece também no estudo de Lacerda e Silva T. (2014) que fala sobre as percepções e práticas das equipes de Saúde da Família sobre a saúde do trabalhador na atenção primária a saúde.

Os relatos dos profissionais que são referência técnica em saúde do trabalhador nos municípios trazem algumas ações organizadas como atividade de educação para a população de trabalhadores, mas também evidenciam a dificuldade encontrada de participação desta população nestes momentos, trazendo em muitas das ações um esvaziamento, seja pela resistência do trabalhador rural a temática apresentada ou pelo horário ofertado para a ação.

Segundo Miranda (2019), as ações programáticas da APS tendem a privilegiar os mesmos grupos populacionais, saúde da mulher, da criança, do adulto – foco nos hipertensos e diabéticos – e saúde dos idosos, outros grupos como o trabalhador rural têm sido pouco favorecidos.

As ações identificadas e referenciadas pelos profissionais são pontuais e não contínuas, é perceptível a falta de planejamento de ações voltadas a população de trabalhadores rurais e a execução das mesmas conforme a demanda apresentada.

Quanto as estratégias identificadas e relatadas nas entrevistas e nas falas do grupo focal referem-se ao trabalho em conjunto com órgãos da rede de atenção à saúde e a saúde do trabalhador como o CEREST e a Coordenadoria Regional de Saúde, e da rede intersetorial como EMATER e SENAR, além da participação em ações junto a cooperativas de trabalhadores rurais. É citada também a mobilização da equipe da Atenção Primária a Saúde em reuniões de equipe; constituição de uma equipe exclusiva para a saúde do trabalhador e também a necessidade de capacitação dos profissionais sobre as temáticas de saúde do trabalhador rural.

Alguns profissionais citam também como estratégias, a ampliação do turno de atendimento para atingir a população de trabalhadores rurais e ofertas de horários diferenciados para Campanhas de Saúde.

Estratégias

RTST01ENT “... vamos junto, já fez a atividade junto com a EMATER, eles têm mais fácil a entrada com o agricultor, trabalhador rural, tem o acesso mais facilitado...”

RTST03ENT “... a gente possui uma parceria bem grande com o SENAR aqui do nosso município, ... aqui é uma área que temos bastante agricultores, que seria mais essa parte de agrotóxicos, que também é saúde do trabalhador, o SENAR, como é praticamente agricultura familiar, eles fazem muita palestra pra saúde do homem, falando também sobre os agrotóxicos e as suas possibilidades de doenças...”

RTST04(GF) “É interessante essa parte ali (EMATER), aqui nós temos além disso, tem a cooperativa também que as vezes reúne e faz essa parte de palestra em função de, em cima dos agrotóxicos, desse cuidado, a cooperativa também faz esse trabalho...”

RTST06ENT “... reuniões da unidade, ... a equipe é mobilizada de acordo com que vai sendo desenvolvido ... conforme o que aparece...”

RTST10ENT “eu acho que se cada município tivesse uma equipe exclusiva só com saúde do trabalhador, a gente conseguiria fazer um trabalho legal e, principalmente, fazer o preventivo...”

RTST03(GF) “... a gente precisaria ter mais capacitações nesta área, [...] a gente precisaria de mais capacitações e estudo.”

RTST01(GF) “... na questão do atendimento, a gente pegou uma noite por semana, na quinta-feira vai até às nove em questão de médico, enfermeiro, sala de vacina por questão de imunização, tanto por causa do horário de trabalho...”

RTST03(GF) “... o público masculino tem que ser na parte da noite que é quando eles não tão trabalhando, [...] a gente optou por colocar um horário diferenciado justamente para ter uma adesão do público”

A PNSTT e a PNSIPCFA trazem em suas redações a importância do trabalho em rede para a integralidade da atenção a saúde dos trabalhadores rurais, no qual cada ponto da rede executa seu papel dentro das ações voltadas a esta população.

A cartilha de diretrizes para a implementação da PNSIPCFA traz o desenvolvimento de ações de forma intersetorial, como fortalecimento da vigilância em saúde, além da alimentação dos sistemas de vigilância epidemiológica, sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para a temática da população rural e fortalecimento das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho para garantir o trabalho seguro e proteger a saúde dessas populações. (BRASIL, 2022)

O Ministério da Saúde traz que o reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais e ambientais em que vivem as comunidades e populações foi incorporado na PNSIPCFA, indicando a necessidade de ações intersetoriais consideradas imprescindíveis para o impacto sobre o nível de vida e de saúde das populações do campo e da floresta. (BRASIL, 2013)

A educação permanente, tanto voltada para a população quanto para os profissionais de saúde, e o apoio institucional do CEREST e da CRS são estratégias que aparecem nos relatos dos profissionais Referência Técnica em Saúde do Trabalhador. Segundo Casanova et. al. (2014), estas estratégias têm por objetivo qualificar o processo de cuidado em saúde, de modo a garantir a integralidade e a efetivação dos atributos da APS no cotidiano das práticas.

A PNSIPCFA, traz como competência do município a viabilização de parcerias no setor público e privado, com o objetivo de fortalecer as ações de saúde para a população e também desenvolver ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde da população rural, além de promover ações de educação em

saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações. (BRASIL, 2013)

A PNSTT em seu Capítulo III, refere como estratégias para estruturação da RENAST no contexto da Rede de Saúde na APS: reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território; reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território; comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território; identificação de apoio social aos trabalhadores no território; identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde; notificação dos agravos relacionados ao trabalho; articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde;

É possível pensar em diversas estratégias para melhorar a atenção a saúde do trabalhador rural. Nos discursos dos profissionais de saúde, percebe-se que algumas estratégias já são utilizadas, tais como o trabalho intersetorial com órgãos ligados aos agricultores, EMATER e SENAR, e também o acesso ao CEREST como suporte técnico em saúde do trabalhador. Outras estratégias aparecem como sugestão e propostas para uma melhoria e envolvem o planejamento e a existência de equipes exclusivas para a saúde do trabalhador.

Em outubro de 2023, o governo federal retomou as discussões sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo da Floresta e das Águas, reabrindo com os movimentos sociais que representam esta população, o diálogo para estabelecer as principais diretrizes e ações, previstas e realizadas, voltadas para estes segmentos sociais. O Ministério da Saúde traz, dentro da política, um plano operativo que inclui questões da atenção primária, atenção especializada, vigilância em saúde, saúde digital, questões ambientais, educação permanente de saúde, formação de profissionais e educação popular. (BRASIL, 2023)

O Grupo Terra, criado em 2005, espaço de diálogo entre a gestão do SUS e os movimentos sociais do Campo, da Floresta e das Águas, foi retomado através da Portaria nº 1.1120, de 15 de agosto de 2023, publicado no Diário da União. A retomada deste grupo é fundamental para buscar a garantia de equidade na atenção à saúde para a população do campo,

da floresta e das águas, e central para a articulação e monitoramento das ações a serem implementadas nos níveis de atenção à saúde e também na participação em iniciativas intersetoriais, garantindo também a voz dos trabalhadores rurais na construção destas ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante a construção de novos estudos para o fortalecimento do SUS, destacando as potencialidades e necessidades da RAS. Espera-se que os dados contribuam para compreensão da dinâmica que constitui os processos de trabalho das equipes de saúde da APS e a efetivação das Políticas voltadas à Saúde do Trabalhador do Rural, trazendo debates sobre o trabalho como um determinante social de saúde e, com isso, subsidiar ações efetivas e contínuas voltadas aos trabalhadores da área rural, além de deflagrar e sustentar mudanças nos processos de trabalho da RAS.

Em relação a promoção a saúde do trabalhador rural, espera-se que seja estimulado e fomentado com esta pesquisa a ampliação de ações na APS voltadas a esta população, buscando também uma maior visibilidade para a problemática de saúde do trabalhador rural.

Atualmente há uma melhor compreensão da importância da notificação dos agravos relacionados ao trabalho, sendo perceptível a maior facilidade dos profissionais de saúde de identificar o acidente de trabalho e uma maior dificuldade em realizar o nexo do adoecimento do trabalhador devido aos processos de trabalho, o que reflete no maior número de notificações de acidentes do que de doenças. Compreender a importância da notificação para a PNSTT demonstra que os profissionais percebem as repercussões das relações trabalho-saúde-doença, mas o foco neste procedimento e na investigação de óbito relacionado ao trabalho trazem muito de sua dificuldade em desenvolver ações voltadas a prevenção ou promoção da saúde e também demonstram a dificuldade de fazer uso de estratégias de vigilância, tais como mapeamento das populações e dos processos de trabalho.

Enquanto a PNSTT está, aos poucos evoluindo e se fortalecendo nas articulações interdisciplinares e intersetoriais, a PNSIPCFA ainda é pouco trabalhada e difundida no estado. Há planejamento do governo estadual para implantação da política de saúde voltada para a população rural através da Política Estadual voltada para a garantia da Equidade, mas ainda de forma inicial previsto para ocorrer nos próximos quatro anos conforme o Plano Estadual de Saúde 2024-2027. O que já acontece nos municípios até o momento, se deve a transversalidade das políticas públicas aqui comentadas, voltadas a saúde do trabalhador rural e ao trabalho já desenvolvido em torno da PNSTT.

O CEREST, como retaguarda técnica, vem como articulador para a transversalidade destas duas políticas e tem um papel central no fortalecimento da atenção à saúde da população de trabalhadores rurais, colocando em pauta a necessidade da RAS de se reorganizar e se

reestruturar em torno das temáticas voltadas a esta população, inserindo e estimulando na APS estratégias para uma atenção integral a saúde desta população.

Ainda falta para as equipes de saúde a compreensão sobre atuação nos riscos à saúde dos trabalhadores rurais, um bom planejamento de ações, o conhecimento do território tendo por base um mapeamento das atividades produtivas e a identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional. É preciso que a APS conheça suas comunidades e o meio ambiente em que estão inseridos, além de identificar o apoio social a estes trabalhadores, melhorando sua atuação e conhecimento referente aos processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Para o fortalecimento destas políticas há que se dar voz também aos trabalhadores da saúde, pois para um bom atendimento à população é necessário que os mesmos tenham condições de trabalho. A maioria dos municípios pequenos contam com poucos profissionais para o atendimento das demandas, o que pode trazer sobrecarga aos trabalhadores e, conseqüentemente, contribuir para o adoecimento dos mesmos. Outro fator que fragiliza a efetivação das políticas é a fixação do profissional como referência técnica em saúde do trabalhador no município; a rotatividade devido à ausência de concurso público; a troca constante dos profissionais devido a contrato ou busca de melhores salários, o que colabora para deixar um vazio de conhecimento nos setores, sendo necessário a constante capacitação de novos profissionais.

Há muito o que se pensar e melhorar ainda para garantia da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular no que se refere a população do campo, principalmente em relação ao acesso aos serviços, educação popular, fortalecimento do controle social e cuidados de promoção e prevenção a saúde dos trabalhadores do campo.

Há ações articuladas de forma intersetorial, com órgãos como a EMATER e cooperativas, mas ainda sem uma clara percepção da PNSIPCFA pelos profissionais de saúde, há falta de conhecimento tanto desta política pública quanto de temáticas pertinentes a saúde do trabalhador rural.

Durante a construção deste estudo ocorreram limitações relacionadas a pouca literatura disponível atualizada sobre a temática de políticas públicas voltadas ao trabalhador rural. Outra questão tem relação com o período de coleta de dados do grupo focal que ocorreu no mês de dezembro, época de intenso trabalho para a APS, o que pode ter influenciado na adesão dos profissionais na participação do grupo focal.

Como recomendações, entende-se como importante a retomada da implementação das políticas públicas aqui discutidas pelo governo federal e estadual como primordial, ainda sendo preciso discutir e divulgar as temáticas pertinentes a saúde do trabalhador rural.

A PNSTT já conta com uma rede de cuidados que pensa, organiza e executa a política em diversos pontos de atenção, apesar de suas falhas, há retaguarda técnica e ações voltadas a saúde do trabalhador.

A maior lacuna está na implementação da Política Nacional de Saúde da População do Campo, da Floresta e das Águas, ainda que, devido a transversalidade, há ações voltadas ao trabalhador rural, mas ainda estão direcionadas para focos específicos sem, muitas vezes, provocar a intersetorialidade necessária para promover, prevenir e cuidar da população que se encontra no meio rural.

Quanto as universidades, há um papel fundamental das mesmas na formação dos profissionais que executam as Políticas Públicas de saúde. É preciso ampliar as discussões no meio acadêmico sobre a temática, incluindo nas disciplinas temas pertinentes a saúde pública, saúde do trabalhador e saúde da população do campo.

É preciso ainda estimular os serviços a repensarem sua atuação, provocando mais ações de prevenção de agravos e promoção a saúde, avançando das ações curativistas e do atendimento individual, demanda cotidiana, para a perspectiva do cuidado coletivo.

Quanto aos gestores, é necessária sua sensibilização quanto a atenção a saúde da população de trabalhadores rurais, mas também quanto a saúde dos seus trabalhadores, dos profissionais de saúde, há uma gritante sobrecarga de demandas imposta as equipes de saúde, sendo este um risco a saúde mental do profissional de saúde.

E ainda, é preciso estimular a participação popular, fortalecer o controle social e sensibilizando esta população para que sejam atores participantes na construção e efetivação destas políticas públicas.

Os profissionais de saúde que compõe as Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador, percebem que há potencialidades para se efetivar as políticas voltadas ao trabalhador rural em uma boa comunicação entre os profissionais de saúde, a gestão participativa que estimula a autonomia dos profissionais e o trabalho em rede e que mantém a presença do RTST próximos as equipes da APS, mas ainda apresenta a RAS com dificuldades relacionadas a escassez de profissionais, equipes pequenas, acúmulos de função, sobrecarga de trabalho e novamente a alta demanda individual e esvaziamento dos usuários do SUS das poucas ações voltadas a prevenção de agravos e promoção a saúde.

Há muito ainda a se caminhar para a efetivação na APS das políticas públicas voltadas ao trabalhador rural, e no caminho a percorrer é preciso retomar a base das políticas e resgatar os princípios sobre os quais o SUS foi constituído.

REFERÊNCIAS

- AMORIM L. de A., SILVA TL e, FARIA HP de, MACHADO JMH, DIAS EC. **Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil.** Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2017, Oct;22(10): 3403-13. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17532017>
- BARROS, J. de O., DALDON, M. T. B., OTSUKA, S. T., & LANCMAN, S. **Saúde do trabalhador e Atenção Básica à Saúde: interlocuções e perspectivas de cuidado integrado no processo saúde-trabalho-doença.** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 27, e230195. <https://doi.org/10.1590/Interface.230195>
- BRASIL. **A epidemiologia da saúde do trabalhador no Brasil.** Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia. – Brasília: Ministério da Saúde. 430 p. 2020
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução CNS nº 603, de 8 de novembro de 2018.* Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf> . Acesso em 06/11/2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. , **2012 - Resolução nº 466/12. Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 07/11/2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde - **Resolução nº 510/16. Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** 07 de Abril de 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 07/11/2022.
- BRASIL. **LEI 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em 04/11/2022.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (BR). PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. *Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.*- Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (BR). PORTARIA Nº 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.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Cadernos de Atenção Básica, n. 41** – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxOA==>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs)** [recurso

eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. ; Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_diretrizes_populacoes_campo_floresta.pdf. Acesso em 06/11/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notícias. **Primeiro seminário sobre Saúde do Campo, da Floresta e das Águas marca retomada do Grupo da Terra do Ministério da Saúde.** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Notícias. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/primeiro-seminario-sobre-saude-do-campo-da-floresta-e-das-aguas-marca-retomada-do-grupo-da-terra-do-ministerio-da-saude>. Acesso em 26/02/2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 1.ed.; 1. Reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, 24 de fevereiro de 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em 07/11/2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_integral_campo_floresta.pdf

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego – MTE; Ministério da Saúde – MS; Ministério da Previdência Social – MPS. **Decreto Nº 7.602 de 07 de Novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST.** Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7602&ano=2011&ato=db5ITTU9UMVpWT601>. Acesso em 08/11/2022.

BRASIL. RENAST. REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR. **Renast Online.** Disponível em: [Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador \(RENAST\) | Renast online \(fiocruz.br\)](#). Acesso em 04/11/2022

CARNEIRO, F.; PESSOA, V. M.; TEIXEIRA, A. C. de A. **Campo, floresta e águas [livro eletrônico]: práticas e saberes em saúde/** org. Fernando Ferreira Carneiro, Vanira Matos Pessoa, Ana Cláudia de Araújo Teixeira. – Brasília: Editora universidade de Brasília, 2017. Disponível em: https://play.google.com/books/reader?id=pLMYEAAAQBAJ&pg=GBS.PA6.w.7.0.15_99&hl=pt. Acesso em 06/11/2022

CASANOVA, Angela Oliveira, TEIXEIRA, Mirna Barros e MONTENEGRO, Elyne. **O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência & Saúde

Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 11 [Acessado 5 Fevereiro 2024], pp. 4417-4426. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.14702013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.14702013>.

DEJOURS, Christophe. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação. v.2.** [Digite o Local da Editora]: Editora Blucher, 2022. E-book. ISBN 9786555065312. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555065312/> . Acesso em: 07 nov. 2022.

DESLAURIERS, J-P.; KÉRISIT, M. **O delineamento da pesquisa qualitativa.** In: POUPART, J. et al. (Orgs.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 127-53

DIAS, MD do A. **Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte.** Ver. Bras. Saúde Ocup. [Internet]. 2013, Jan; 38 (127):69-80. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100010>

FARIA, M. G. DE A. et al.. Saúde do trabalhador no contexto da estratégia de saúde da família: revisão integrativa de literatura. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. e20200027, 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0027>

FRANCO, Cassiano Mendes, LIMA, Juliana Gagno e Giovanella, Lúgia. **Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura.** Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 37, n. 7, 2021.[Acessado 4 Fevereiro 2024], e00310520. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>.

GOMEZ, Carlos Minayo, VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de e MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 7 Novembro 2022] , pp. 1963-1970. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018> .

HURTADO, S. L. B. et al.. Políticas de saúde do trabalhador no Brasil: contradições históricas e possibilidades de desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 8, p. 3091–3102, ago. 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.04942022>

IBGE - **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil : uma primeira aproximação** / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15790-classificacao-e-caracterizacao-dos-espacos-rurais-e-urbanos-do-brasil.html?edicao=15954&t=acesso-ao-produto> . Acesso em: 02 de nov. 2022. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Censo Demográfico 2010.- **Dados estatísticos.** Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/>.

IBGE. **Censo Agropecuário 2017.** IBGE - Inst Bras Geogr e Estatística 2017. <https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/> Acesso em: 15 de jan. 2023.

KEIL, I. L. M. (2015). **Grupo focal: algumas notas sobre questões práticas**. *Revista Debates*, 9(1), 49–59. <https://doi.org/10.22456/1982-5269.54052>

LACERDA E SILVA, T. et al.. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 273–288, abr. 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0227>

LAZARINO, M. DA S. A.; SILVA, T. L. E .; DIAS, E. C.. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. e23, 2019. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000009318>

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Livro Primeiro: O processo de produção do capital; Terceira Seção: A produção da mais-valia absoluta; Quinto capítulo. Processo de trabalho e processo de valorização, 1867. Publicado em meio eletrônico em 19/12/2011. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1867/capital/livro1/cap05/01.htm> . Acesso em 07 de novembro de 2022.

MELO, Cynthia de Freitas, Cavalcante, Ana Karine Sousa e Façanha, Klediane Queiroz. **INVISIBILIZAÇÃO DO ADOECIMENTO PSÍQUICO DO TRABALHADOR: LIMITES DA INTEGRALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2019, v. 17, n. 2 [Acessado 7 Novembro 2022] , e0020132. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00201>>. Epub 08 Abr 2019. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00201>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 3 [Acessado 3 Novembro 2022] , pp. 621-626. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>>. Epub 13 Nov 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 1 [Acessado 3 Novembro 2022] , pp. 16-17. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.30302016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.30302016>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saauúdde. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO-GOMEZ, Carlos e Thedim-Costa, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 1997, v. 13, suppl 2 [Acessado 7 Novembro 2022], pp. S21-S32. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>>. Epub 30 Ago 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003> .

MIRANDA, S. V. C. D. et al.. NECESSIDADES E REIVINDICAÇÕES DE HOMENS TRABALHADORES RURAIS FRENTE À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. e0022858, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00228>

OLIVEIRA, Julia Costa de et al. **Especificidades do grupo focal *online*: uma revisão integrativa**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2022, v. 27, n. 05 [Acessado 3 Novembro 2022], pp. 1813-1826. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.11682021>>. Epub 04 Maio 2022. ISSN 1678-4561.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.11682021>.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção primária à saúde**. Site oficial da Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Consulta em: Março/2024.

PATIAS, Naiana Dapieve e HOHENDORFF, Jean Von. **Critan Vonapieve e 1590/1413-81232022275.11682021275.116820**. *Psicologia em Estudo* [online]. 2019, v. 24 [Acessado 8 Novembro 2022], e43536. Dispon621-626.
Dispos://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536>. Epub 05 Dez 2019. ISSN 1807-0329.
<https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536>.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F.. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 302–314, set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>

RAFAGNIN, M. S. S.; RAFAGNIN, T. R. Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: uma reflexão sobre a gestão da saúde e doença da classe-que-vive-do-trabalho. **Barbarói**, n. 57, p. 88-102, 5 jul. 2020.
<https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.15069>

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Secretaria da Saúde. 2020. [Internet] Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202401/15131540-pes-2020-2023.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Plano Estadual de Saúde 2024-2027. Secretaria da Saúde. 2023. [Internet] Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202401/15125241-pes-2024-2027.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Portaria SES Nº 512/2020**. *Aprova a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde*. Secretaria da Saúde, Rio Grande do Sul. 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Portaria SES Nº 767/2018**. *Institui o Comitê Técnico de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas do Rio Grande do Sul para subsidiar o avanço da Equidade na Atenção à Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas do Estado do Rio Grande do Sul e dar outras providências*. Secretaria de Saúde, Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190230/13163056-767.pdf>

ROSA, C.B.S.R.; TROTTA, A. **Perfil produtivo da região de abrangência do CEREST Macronorte – 15ª e 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde do RS** -in: *A Epidemiologia da Saúde do Trabalhador no Brasil* ed: Yukari Mise. Ministério da Saúde. Universidade Federal da Bahia. 2020.

SANTOS, Anajá Antonia Machado Teixeira dos, Marilise Oliveira Mesquita, Carlos André Moura Arruda, e Tatiana Engel Gerhardt. *O Mundo Rural E a Política Nacional De Saúde Integral Das Populações Do Campo, Da Floresta E Das Águas*. Capítulo do Livro: Saúde coletiva, desenvolvimento e (in)sustentabilidades no rural. Porto Alegre: UFRGS, 2018. p. 161-80. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/184462>

SILVA, F. F. V. DA .. Atenção integral em Saúde do Trabalhador: limitações, avanços e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, p. e12, 2021a. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000020719>

SILVA, D. P. DA . et al.. Práticas profissionais em saúde do trabalhador na Atenção Primária: desafios para implementação de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 6005–6016, dez. 2021b. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14842021>

SILVEIRA DA ROSA, L.; CARDOSO, L. S.; COSTA, V. Z. da; REGINA CEZAR-VAZ, M. Rede de saúde do trabalhador: estudo do processo de trabalho de enfermeiros. **ABCS Health Sciences**, [S. l.], v. 46, p. e021228, 2021. DOI: 10.7322/abcshs.2020119.1571. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1571>. Acesso em: 21 abr. 2024.

SOARES, A. N. et al. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300332, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>

SOUZA S, Pappen M, Krug SBF, Renner JDP, Reuter CP, Pohl HH. **A narrative review associating health vulnerability and environmental factors among rural workers**. Rev Bras Med Trab.2018;16(4):503-508. In: [Revista Brasileira de Medicina do Trabalho \(rbmt.org.br\)](https://doi.org/10.1590/1806-4313-20180005). Acesso em 08/11/2022.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (orgs.) **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória** / Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos e Maria Helena Barros de Oliveira; revisão geral Rosângela Gaze, Celma Alvim e Jairo da Matta – Rio de Janeiro: Educam, 2011. Publicado em meio eletrônico. Disponível em: <https://www.multiplicadoresdevisat.com/saude-trabalho-direito-livro>

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO GRUPO FOCAL ONLINE

Contato realizado com os participantes para Grupo Focal:

Olá a todos e todas.

Me chamo Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa, mestranda do Programa de Pós Graduação Saúde e Ruralidade da UFSM do Campus de Palmeira das Missões, estou trabalhando no projeto de Pesquisa “Saúde do trabalhador do campo: efetivação das políticas públicas na atenção primária a saúde.

Após as entrevistas individuais, a próxima etapa da pesquisa conta com a realização de dois encontros com o grupo de referências técnicas em saúde do trabalhador.

Este grupo de WhattsApp foi criado para facilitar a comunicação das pesquisadoras com os participantes da pesquisa no repasse de informações.

Reforçamos aqui o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Assinado através do formulário preenchido previamente por todos antes da entrevista individual. Estamos a disposição para esclarecer qualquer dúvida pertinente a pesquisa a ser realizada.

Através deste instrumento gostaríamos de agendar com vocês os encontros a serem realizados para oportunizar trocas de conhecimento e espaço de discussão sobre a saúde do trabalhador rural.

Os encontros do grupo focal terão duração de uma hora e poderão ocorrer no horário que melhor for acordado para a maioria do grupo, sendo realizado via Google Meet.

Funções:

Mestranda: Mediadora do grupo, observadora.

Graduandas: operadoras de gravação; digitadoras da síntese do encontro, leitoras da síntese.

Objetivo do grupo:

Coleta de dados para atender os objetivos da pesquisa abaixo:

- ✓ Compreender a efetivação das políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador do campo na prática da APS, a partir da percepção dos profissionais que são referência técnica em seus municípios.
- ✓ Conhecer como os profissionais que são referência técnica em Saúde do Trabalhador em seus municípios percebem ambas as políticas públicas (PNSTT e PNSIPCFA).

- ✓ Identificar como estes profissionais percebem as potências e as dificuldades na efetivação, na prática, destas políticas no cotidiano da APS nestes municípios.
- ✓ Relatar as ações e estratégias voltadas para a saúde do trabalhador do campo na APS, na percepção dos profissionais que são referência técnica em seus municípios.

Primeiro Encontro

Início do Grupo: Máximo de 5 minutos para apresentação da mestrandia e da pesquisa realizando a descrição das normas do grupo focal destacando também a importância da participação de todos.

Normas: o grupo focal será gravado sendo que cada encontro terá duração de 1 hora podendo se estender até 1 hora e meia. O objetivo do encontro é falar sobre políticas públicas de saúde voltadas aos trabalhadores do campo e refletir sobre as mesmas na atenção primária a saúde. Destaca-se que todos devem respeitar o tempo de fala de cada um, utilizando o recurso de levantar a mão que há no google meet quando quiser solicitar o uso da palavra. Reiteramos as questões de sigilo envolvidas na pesquisa e também que o participante pode pedir para deixar a pesquisa em qualquer momento caso sinta qualquer desconforto.

Apresentação dos participantes:

Nome, idade e há quanto tempo é Referência Técnica em Saúde do Trabalhador.

Questões disparadoras de discussão: (os subitens serão utilizados caso a discussão esvazie e seja necessário a intervenção da mediadora)

1. O que vocês sabem sobre as políticas públicas de saúde do trabalhador rural? Quais conhecem?
2. O que pensam sobre as políticas? Como as percebem no cotidiano da APS?
 - a. A nível de gestão?
3. Em seu município, como estão essas políticas? (deixar para segundo encontro caso não tenha tempo para discussão)

Encerramento.

- a. Pontos Importantes discutidos;
- b. Combinações para o próximo encontro: data e horário.
- c. Leitura da síntese do encontro.

Para validação dos dados que construímos neste encontro retomamos pontos importantes e destacamos que os participantes podem sugerir ajustes que julgarem necessários na síntese que será lida neste momento.

Segundo Encontro

Reforço das normas do grupo e abertura do segundo encontro.

1. Apresentação de imagens ou vídeo referentes a uma prática exitosa com trabalhadores rurais para sensibilização e reflexão (máximo 5 minutos).

Questões Norteadoras: (os subitens serão utilizados caso a discussão esvazie e seja necessário a intervenção da mediadora)

1. Que desafios vocês percebem para a prática destas políticas na atenção primária a saúde?
2. Que estratégias vocês entendem como possíveis para que estas políticas públicas de saúde sejam efetivadas?

Encerramento dos encontros e agradecimentos

- a. Pontos importantes discutidos.
- b. Leitura da Síntese.
 - i. Para validação dos dados que construímos neste encontro retomamos pontos importantes, destacamos que os participantes podem sugerir ajustes que julgarem necessários na síntese que será lida neste momento.
- c. Agradecimentos pela disponibilidade e participação.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: **SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DO CAMPO: EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Pesquisador responsável: Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões/Departamento de Ciências da Saúde

Telefone e endereço postal completo: Telefone (55) 3742-8810. Avenida Independência, nº 3751. Sala 109. CEP 98300-000 – Palmeira das Missões – RS.

Local da coleta de dados: Meio online – Plataforma Google Meet

Eu, Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa, responsável pela pesquisa **SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DO CAMPO: EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Por meio desta pesquisa pretende-se compreender a efetivação das políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador e trabalhadora do campo na prática da APS, a partir da percepção dos profissionais que são referência em seus municípios. Acreditamos que ela seja importante porque é relevante para a saúde pública entender a articulação destas políticas na prática para buscar a equidade prevista na Lei 8.080. Para o desenvolvimento deste estudo será feito o seguinte: estudo qualitativo com trabalhadores da saúde que são referência em saúde do trabalhador nos municípios considerados rurais adjacentes pelo IBGE, situados na região da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, a coleta de dados se dará através de grupos focais com encontros a serem realizados de forma online. Sua participação constará em participar de dois encontros do grupo focal no formato online através da plataforma Google Meet, os encontros serão gravados através de recurso disponibilizado pela plataforma.

Sendo sua participação voluntária, você não receberá benefício financeiro. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: dificuldade com os recursos da plataforma, divergência de opiniões, desconforto frente a câmera de vídeo. Desta forma, caso ocorra algum problema decorrente de sua participação na pesquisa, você terá acompanhamento e assistência através de orientações e escuta da pesquisadora de forma gratuita. Fica, também, garantido o seu direito de requerer indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Os benefícios que esperamos como estudo são o levantamento de discussões relevantes

sobre a população de trabalhadores rurais que é pouco estudada e sobre as políticas de saúde direcionadas a ela, possibilitando uma melhora na atenção à sua saúde.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Autorização

Eu, [nome completo do voluntário], após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Palmeira das Missões (RS), de de 20.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

**APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E
SEGURANÇA DOS DADOS**

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: **SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DO CAMPO:
EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Pesquisador responsável: Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato: (55) 996023811.

Local da coleta de dados: Meio online – Plataforma Google Meet

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de dois grupos focais a serem realizados no formato online na plataforma Google Meet, através de 2 encontros com duração média de 60 minutos, no primeiro semestre do ano de 2023.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Independência, 3751, Sala 109, Departamento de Ciências da Saúde, CEP 98300-000 – Palmeira das Missões – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Palmeira das Missões,.....dede 20.....

.....
Cláudia Beux dos Santos Roduyt da Rosa

ANEXOS

ANEXO I – Aprovação no Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DO CAMPO: EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69779723.6.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.114.508

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto intitulado "Saúde do trabalhador e da trabalhadora do campo: efetivação de políticas públicas na atenção primária à saúde". O estudo traz como temática as políticas públicas instituídas pelo Ministério da Saúde voltadas à Saúde do Trabalhador Rural, incluindo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, das Florestas e das Águas. Os autores destacam ainda que os CEREST's atuam na vigilância, prevenção, promoção e assistência à Saúde dos Trabalhadores, convênios de cooperação técnica e subsídio para a formulação de políticas públicas. Dessa forma, a pergunta de pesquisa que norteia o estudo é "como estão efetivadas, na prática, as políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador e trabalhadora do campo na Atenção Primária à Saúde, na percepção dos profissionais que são referência em saúde do trabalhador em seus municípios? A pesquisa é descrita como qualitativa e descritiva. Os participantes deste estudo serão os profissionais de saúde que estiverem desempenhando a função de referência técnica em Saúde do Trabalhador nos municípios rurais adjacentes localizados na área de abrangência do CEREST pertencentes à 15ª CRS. Os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Os profissionais serão contatados por e-mail e/ou contato telefônico, com intermédio das Secretarias de Saúde e convidados para participar do estudo. As entrevistas serão realizadas de forma individual e online. Os grupos focais também serão realizados no formato online, buscando a reflexão de tópicos relacionados ao projeto. Os

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@ufsm.br



Continuação do Parecer: 6.114.508

encontros serão gravados e as interlocuções serão transcritas na íntegra para posterior análise. O projeto apresenta os seguintes tópicos: caracterização e justificativa, objetivos, materiais e métodos, resultados esperados, orçamento, cronograma, referências bibliográficas e apêndices.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a efetivação das políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador e trabalhadora do campo na prática da APS, a partir da percepção dos profissionais que são referência em seus municípios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora descreve que poderá ocorrer "riscos mínimos para os participantes, sendo abordadas temáticas do seu fazer profissional, suas percepções e subjetividade, o que pode levar a desconfortos emocionais. Serão destacados também os riscos pertinentes ao ambiente virtual em função das limitações das tecnologias utilizadas, serão informadas as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação".

Sobre os benefícios, a autora destaca que a pesquisa "possibilitará contribuições no que diz respeito à reflexão e debates sobre as políticas de Saúde do Trabalhador no contexto da ruralidade".

De acordo com as características do projeto, os riscos e benefícios são considerados suficientes, porém recomenda-se ajustes dos riscos no projeto, de forma que fique igual aos riscos descritos no TCLE.

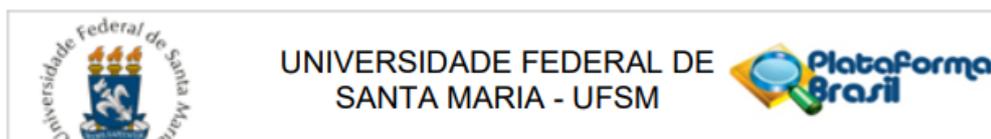
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentam os seguintes documentos: Termo de Confidencialidade dos Dados, folha de registro no GAP, Autorização Institucional da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, Folha de rosto da Plataforma Brasil, TCLE. De acordo com as características do projeto, os documentos são considerados suficientes.

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@ufsm.br



Continuação do Parecer: 6.114.508

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2142542.pdf	19/05/2023 15:25:34		Aceito
Outros	projeto_73065.pdf	19/05/2023 15:25:02	Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro	Aceito
Outros	instrumento_grupos_focais.pdf	18/05/2023 15:54:57	Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro	Aceito
Outros	instrumento_entrevistas.pdf	18/05/2023 15:54:40	Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_confidencialidade.pdf	18/05/2023 15:54:17	Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/05/2023 15:54:04	Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional_projeto_claudia.pdf	18/05/2023 15:53:56	Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	minuta_projeto_claudia.pdf	18/05/2023 15:53:41	Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	18/05/2023 15:53:22	Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@ufsm.br



Continuação do Parecer: 6.114.508

SANTA MARIA, 13 de Junho de 2023

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@ufsm.br