

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de dezembro de 2001

Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção I, 25/02/2002)



**SAÚDE DO TRABALHADOR: OS AGRAVOS E A AVALIAÇÃO DE AÇÕES COLETIVAS NA
REGIÃO DOS VALES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ALUNA: LUCIANE MARIA SCHMIDT ALVES

ORIENTADOR : Dr. ANDRÉ LOUREIRO CHAVES

LINHA DE PESQUISA: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CANOAS / 2007.

**UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

**Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de
dezembro de 2001**

**Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção I,
25/02/2002)**



**SAÚDE DO TRABALHADOR: OS AGRAVOS E A AVALIAÇÃO DE AÇÕES COLETIVAS NA
REGIÃO DOS VALES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**Dissertação de Mestrado apresentada no
Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva
da Universidade Luterana do Brasil – RS, para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.**

ALUNO: LUCIANE MARIA SCHMIDT ALVES

ORIENTADOR: Dr. ANDRÉ LOUREIRO CHAVES

CANOAS / 2007

**UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

**Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de
dezembro de 2001**

**Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção I,
25/02/2002)**



**SAÚDE DO TRABALHADOR: OS AGRAVOS E A AVALIAÇÃO DE AÇÕES COLETIVAS NA
REGIÃO DOS VALES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

LUCIANE MARIA SCHMIDT ALVES

**Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela banca examinadora:**

**Dr. André Loureiro Chaves
Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo
Dr. Jorge Béria
Dr. Airton Pozo de Mattos**

CANOAS / 2007

A474s Alves, Luciane Maria Schmidt
Saúde do Trabalhador: os agravos e a avaliação de ações coletivas na Região
dos Vales no Estado do Rio Grande do Sul / Luciane
Maria Schmidt Alves -2007. 151f.:Il.

Orientador: André Loureiro Chaves
Dissertação (mestrado) – Universidade Luterana do Brasil,
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2007
Bibliografia.

Saúde ocupacional – Rio Grande do Sul. 2. Saúde pública – Rio Grande do Sul.
3. Política de Saúde – Rio Grande do Sul. 4. Promoção da saúde dos
empregadosl. Chaves, André Loureiro. II.Título

CDD 363.11

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de dezembro de 2001

Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção I, 25/02/2002)



**SAÚDE DO TRABALHADOR: OS AGRAVOS E A AVALIAÇÃO DE AÇÕES COLETIVAS NA
REGIÃO DOS VALES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

PARTE 1 – ATIVIDADES DE CAMPO

ALUNA: LUCIANE MARIA SCHMIDT ALVES

ORIENTADOR: Dr. ANDRÉ LOUREIRO CHAVES

LINHA DE PESQUISA: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CANOAS, / 2007.

1 RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DE CAMPO

1.1 Fundamentos do método

Para melhor compreender o que é necessário para que os Municípios desenvolvam as políticas públicas de Saúde do Trabalhador, desenvolveu-se, inicialmente, um estudo exploratório-quantitativo e, numa segunda etapa, utilizou-se a metodologia qualitativa desenvolvendo análise do conteúdo.

Sendo a epidemiologia definida como o estudo da distribuição, da frequência e dos determinantes dos problemas de saúde e das doenças nas populações humanas, vem-se através deste estudo interpretar e utilizar as informações de saúde com a finalidade de promover a saúde e reduzir os agravos à saúde da população trabalhadora (VAUGHAN; MORROW, 2003).

O primeiro estágio para o entendimento de um problema de saúde ou de uma doença sob a perspectiva epidemiológica consiste em descrevê-lo pelas características básicas que norteiam essas informações, pois deve-se conhecer a população de estudo, onde vivem e trabalham, para determinar, em parte, o tipo de doença ou problema de saúde que sofrem, e quanto aos problemas de saúde mais graves, em que período, ou ainda, quando a incidência dos casos é maior (VAUGHAN; MORROW, 2003).

A informação epidemiológica se mostra necessária para planejar, gerenciar e avaliar todas as atividades requeridas para promover a saúde, para prevenir e controlar doenças. Para a realização deste estudo, utilizou-se, num primeiro momento, a metodologia da epidemiologia descritiva do tipo exploratória. Após conhecer estas informações, realizou-se um estudo qualitativo nos Municípios que se destacaram quanto aos agravos da saúde dos trabalhadores.

As investigações epidemiológicas, de cunho descritivo, têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. São considerados estudos não controlados (PEREIRA, 2005).

A medida de frequência utilizada foi a incidência, por se tratar de casos novos durante um período de tempo. Para Vaughan e Morrow (2003), a incidência mede o número de casos novos, episódios ou eventos que ocorrem dentro de um período definido de tempo, em geral um ano. A incidência é a mais básica das medidas de frequência e o melhor indicador para demonstrar se uma condição está diminuindo, aumentando ou se permanece estática. É ideal para avaliar a efetividade de programas de saúde. Também é utilizada para sistemas de vigilância epidemiológica e para analisar a utilização de serviços de saúde.

A pesquisa é do tipo exploratório-descritiva com abordagem qualitativa.

Quando se lida com um problema pouco conhecido, a pesquisa é de cunho exploratório e esse tipo de investigação é o mais indicada. A opção pela metodologia qualitativa se fez após a definição do problema e do estabelecimento dos objetivos que se quer realizar.

O estudo qualitativo responde a questões muito particulares, pois se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e sua compreensão. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interação, comportamento) em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão; em função disso, é referida como pesquisa interpretativa. Essa abordagem significa que, com frequência, o pesquisador precisa questionar suposições do senso comum ou idéias tidas como corretas (POPE; MAYS, 2005).

Para Minayo (2007), as metodologias de pesquisa qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

1.2 Universo da pesquisa

A primeira etapa da pesquisa realizada foi buscar informações através do banco de dados *on-line* SIST, disponível no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales – CRRST/Vales. Este é um serviço de saúde de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para 68 (sessenta e oito) municípios da Região dos Vales dos Rios Pardo, Jacuí e Taquari, pertencentes à 2ª, 8ª, 13ª e 16ª CRS (Coordenadorias Regionais de Saúde) (Anexo A - Mapa). Inaugurado em 11 de maio de 2004, com sede em Santa Cruz do Sul e habilitado como tal pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1679/2002, conta com equipe multidisciplinar e tem suas atribuições definidas pela mesma Portaria. Porém, o acesso às informações dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador não foi possível por esse sistema, pois apresentava dificuldades de informação. A partir disso, buscou-se auxílio com a divisão de Saúde do Trabalhador para acessar as informações necessárias de pesquisa. Esse serviço forneceu acesso ao SAN (Sistema de Análise de Negócios) que traz inúmeras informações dos municípios, incluindo, na área da saúde, notificações de violência.

A pesquisa incluiu as quatro Coordenadorias citadas acima. O Município pertencente à 2ª CRS é General Câmara. Os Municípios pertencentes à 8ª CRS são: Arroio do Tigre, Caçapava do Sul,

Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo e Sobradinho. Pertencem à 13ª CRS: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pântano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires, Vera Cruz. Integram a 16ª CRS os Municípios: Anta Gorda, Arroio do Meio, Arvorezinha, Barros Cassal, Bom Retiro do Sul, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vila Nova, Fontoura Xavier, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Itapuca, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Brésia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Tabaí, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Vespasiano Correia e Westfália (Anexo A – Mapa localizando os municípios que compõem a 2ª, 8ª, 13ª e 16ª CRS, pertencentes ao CRRST/Vales).

Com a análise epidemiológica dos municípios pertencentes ao CRRST/Vales, identificaram-se os municípios que realizaram notificação de acidentes e/ou doenças do trabalho no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2006. Do universo de sessenta e oito municípios, somente dezenove realizaram notificação de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador, nesse período. A partir de então, foram relacionados os municípios notificadores com suas respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo-lhes atribuído um número, que seguiu uma ordem crescente, conforme descrição a seguir:

Da 2ª CRS, (1); da 8ª CRS, (2), (3), (4), (5); da 13ª CRS, (6), (7), (8), (9), (10), (11), (12); da 16ª CRS, (13), (14), (15), (16), (17), (18) e (19).

A partir desse momento, realizou-se contato telefônico com os gestores de saúde dos municípios que se destacaram em relação aos agravos relacionados à Saúde dos Trabalhadores, para solicitar sua participação na pesquisa. A identificação dos municípios participantes das entrevistas somente se concretizou após o estudo epidemiológico, sendo entrevistados somente após a autorização do secretário municipal de saúde para participar da pesquisa.

Dos dezenove Municípios selecionados, foram realizadas somente treze entrevistas, dois são piloto (municípios de número 10 e 19) e onze farão parte da pesquisa. Os seis restantes foram convidados para participar da pesquisa, mas recusaram. Dentre os motivos relatados para não participar da pesquisa, por contato telefônico da pesquisadora com os gestores de saúde, foram citados: secretário substituto e não ter experiência para participar da pesquisa; gestores estavam de licença ou férias; não ter horário disponível para os próximos dias; e os demais relataram que não gostariam de participar da pesquisa.

1.3 Procedimentos para a coleta dos dados

Antes de definir o projeto de pesquisa verificou-se a possibilidade de desenvolver um trabalho com os municípios que pertencem à 8ª CRS, sediada em Cachoeira do Sul. Pretendia-se verificar todos os agravos relacionados ao trabalho tanto pela Coordenadoria, como pelas comunicações de acidentes de trabalho na previdência. Apresentou-se a proposta aos responsáveis pela coordenação de Saúde do Trabalhador da 8ª CRS que apontaram dificuldades, pois o sistema ainda não estava adaptado aos municípios e havia poucas notificações. Essas notificações poderiam ser enviadas à coordenadoria pelo sistema *on-line*, SIST (Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador) ou de forma manual por RINA (Relatório Individual de Notificação de Agravado) e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). Entrou-se em contato com a previdência para possível acesso aos informes de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador daquela regional. A previdência de Cachoeira do Sul informou que esses registros eram enviados para a sede, na cidade de Santa Maria. Por contato telefônico com o responsável pelas notificações foi informado que nada era informatizado, que todos os registros estavam condicionados em caixas ou em arquivos manuais e que seria difícil auxiliar no acesso a essas informações. A partir disso pensou-se em elaborar um projeto mais abrangente, que envolvesse todas as coordenadorias que pertencem ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CRRST) da região dos Vales, instalado em Santa Cruz do Sul. O acesso às informações seria possível pelo banco de dados SIST ou por relatórios de notificação que devem ser enviados pelas Coordenadorias Regionais ao CRRST, mensalmente. Assim, foi feito o primeiro contato com o CRRST, enviando uma solicitação por escrito à coordenadora desse centro para auxílio no acesso às notificações dos municípios pertencentes ao CRRST. Após confirmado o apoio do CRRST, elaborou-se o projeto de pesquisa que foi encaminhado ao Comitê de Ética da ULBRA. A partir da aprovação do projeto de pesquisa, marcou-se um encontro com a coordenação do CRRST para explanação do projeto e das intenções da pesquisadora, deixando uma cópia do projeto no CRRST.

Em janeiro de 2007, conforme cronograma proposto no projeto de pesquisa, iniciou-se a investigação epidemiológica. No primeiro momento, identificaram-se os Municípios que realizaram notificação de acidente e/ou doença do trabalho no ano de 2006. Essa etapa foi desenvolvida no próprio CRRST com a ajuda da equipe, em especial da enfermeira. Em seguida, iniciou-se a investigação das variáveis pelo programa SIST/RS que traria as notificações através dos RINAS (Relatório Individual de Notificações de agravos relacionados ao trabalho). Após inúmeras tentativas de acesso, sem êxito, a coordenação do CRRST sugeriu a solicitação de uma senha de acesso ao sistema *on-line* de pesquisa, para que a pesquisadora pudesse fazer o levantamento das informações em outro local, pois o CRRST possuía somente um computador que era utilizado por todos os profissionais da equipe e o levantamento

de dados poderia demorar dias até a conclusão. Após alguns dias da solicitação, foi recebida uma senha; porém, novamente não foi possível acessar a página das notificações, pois a senha foi tida como inválida. A partir dessa situação, foi solicitado à equipe do CRRST contato telefônico com a pessoa responsável pela liberação da senha. Foi fornecido, então, o telefone do responsável pela autorização de acesso ao sistema de informação em Saúde do Trabalhador que gerenciava o programa de atenção à Saúde do Trabalhador na regional da 16ª CRS. Ele argumentou que o referido programa não poderia mais fornecer as informações requeridas e que teria um novo programa implantado, chamado SAN (Sistema de Análise de Negócios), ferramenta da *web* para analisar situações empresariais, sendo o único fornecedor de informações dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador, no momento. A partir desse contato, encaminhou-se o pedido para a Divisão de Saúde do Trabalhador, sediada em Porto Alegre, que solicitou um ofício que explicasse as intenções da pesquisa, justificando a necessidade de acesso ao sistema de informação, já que a pesquisadora não era funcionária da rede pública de saúde. Após vários dias, teve-se acesso à senha e ao programa que foi utilizado por um período determinado, somente para fins de coleta de dados.

As informações das variáveis referentes aos agravos notificados nos municípios foram pesquisadas no e-mail [http://san@procergs.rs.gov.br](mailto:san@procergs.rs.gov.br), autorizado pelo setor da Divisão de Saúde do Trabalhador, o qual possibilitou acesso e senha para a realização desta pesquisa. Não foi possível o acesso às informações do SIST, que estariam disponíveis pelas notificações do Relatório Individual de Notificação de Agravos do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul (RINA – SIST /RS), provenientes dos municípios da sua área de abrangência, relativas ao ano de 2006. Constatou-se que o SIST apresenta dificuldades de implantação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), havendo em muitos municípios, principalmente nos de pequeno porte, a dificuldade de divulgar informações referentes aos agravos de Saúde do Trabalhador. Os desafios, muitas vezes, iniciam na coleta dos dados onde os recursos humanos e a infra-estrutura de informática apresentam dificuldade de ação e compreensão.

Após a análise quantitativa, fez-se contato com os gestores de saúde dos municípios que se destacaram em relação aos agravos à Saúde do Trabalhador, mediante notificações registradas no SAN, para solicitar sua participação na pesquisa. Os gestores de saúde municipais participaram deste estudo respondendo a uma entrevista, que seguiu um roteiro com questões abertas e teve como principal objetivo conhecer a opinião dos gestores de saúde para saber o que é necessário para que os municípios implantem as políticas públicas de Saúde do Trabalhador. Nesse período, iniciou-se a prática do estudo-piloto, incluindo-se uma pergunta na entrevista, pois em dois dos Municípios identificados o número de doenças notificadas superava o número de acidentes de trabalho. O roteiro para entrevista elaborado

(APÊNDICE B) foi testado pelo estudo-piloto que contou com a participação de aproximadamente 20% da amostra em estudo, totalizando duas entrevistas.

Quando se contatava com os municípios para a realização da entrevista, foi utilizado sempre o mesmo discurso, que foi aperfeiçoado no estudo-piloto. A primeira entrevista permitiu identificar falhas na forma de perguntar a segunda questão. O entrevistado respondia a terceira questão ao invés da segunda. A questão 2 era: O que o (a) Sr(a) entende por Saúde do Trabalhador? E a questão 3: Como são desenvolvidas as políticas de atenção à Saúde do Trabalhador em seu município? Na entrevista seguinte, descreveu-se um roteiro de identificação da pesquisadora; em seguida, introduziu-se a primeira questão, que fazia parte da identificação do entrevistado. A segunda questão, muitas vezes, deixava o entrevistado pensativo e com dificuldade de iniciar a resposta. Quando isso acontecia, a pesquisadora e entrevistadora reformulava a pergunta, acrescentando – Gostaria de conhecer o seu entendimento quando se fala em Saúde do Trabalhador e repetia a pergunta: O que o (a) Sr (a) entende por Saúde do Trabalhador? A partir dessa entrevista, estabeleceu-se um discurso de apresentação, da seguinte forma: “Meu nome é Luciane, sou Enfermeira e aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da ULBRA, em Canoas, e estou desenvolvendo uma pesquisa para minha dissertação sobre o tema Saúde do Trabalhador. A pesquisa se intitula: Saúde do Trabalhador: os agravos e a avaliação de ações coletivas na região dos Vales no Estado do Rio Grande do Sul. Para iniciar nossa entrevista, gostaria de pedir sua permissão para gravá-la em fita cassete, pois necessito transcrever a entrevista na íntegra e não gostaria de ocupar seu tempo, além do necessário. Garanto que esta entrevista será utilizada somente para fins de pesquisa e sem identificação. Posso devolver esta fita cassete enviando-a por correio ou destruí-la após a transcrição”.

Então respondiam que a fita poderia ser destruída pela pesquisadora, não havendo necessidade de devolvê-la. Em seguida, iniciava a entrevista com os dados que iriam identificar o entrevistado: qual é a sua função, há quanto tempo exerce a função, profissão e escolaridade.

Com o estudo-piloto, outra questão foi modificada no enfoque da pergunta. Quando era feita a pergunta relacionada à opinião dos gestores em relação ao número de agravos registrados no ano de 2006, observava-se que a preocupação deles era em relação à quantidade, pois muitas vezes não estavam familiarizados com o assunto, uma vez que a pergunta se referia à compatibilidade da ocorrência dos agravos com o ato de notificá-los. Assim, a entrevistadora mencionava o número de agravos ocorridos naquele município, referindo-o durante a pergunta, buscando conhecer a importância e a compatibilidade do número de agravos registrados em relação ao fato acidente e/ou doença. Com o terceiro Município visitado combinou-se dia e horário para entrevista, porém se chegou ao local, o gestor havia viajado e não retornaria no mesmo dia. Apesar do fato ocorrido, não houve desistência da entrevista, retornando a ligação para marcar novo encontro. Desde então, todas as entrevistas foram agendadas com o próprio

gestor que, com antecedência, conhecia o tipo de pesquisa, tendo a liberdade de participar ou não do estudo. Assim, durante o primeiro contato telefônico, os gestores de saúde eram informados que a entrevista se referia à Saúde do Trabalhador e que a escolha dos municípios havia sido realizada através das notificações existentes junto ao CRRST.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete e, posteriormente, transcritas para fins de análise, respeitando as falas originais de cada entrevistado. As fitas foram destruídas pela pesquisadora, após a transcrição, com permissão do entrevistado. Esses procedimentos ocorreram mediante autorização do entrevistado e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) e da Solicitação para Realização da Pesquisa Junto ao Secretário Municipal de Saúde deste Município (APÊNDICE A)

Estabeleceram-se como critérios de inclusão para o desenvolvimento desta pesquisa que os municípios participantes pertencessem ao CRRST/Vales, tanto para abordagem quantitativa como qualitativa. Os gestores de saúde entrevistados foram aqueles em que seu município realizou notificação dos agravos de Saúde do Trabalhador no ano de 2006, participando no desenvolvimento de ações de Saúde. Esse critério de inclusão foi obtido pelo estudo epidemiológico.

Em relação às viagens, surgiram algumas dificuldades para a pesquisadora que não conhecia muitas das regiões participantes. Foi necessário adquirir um mapa para orientação.

1.4 Procedimentos para a análise de dados

As informações obtidas pelo SAN são tabuladas por região e município, não havendo necessidade de usar pacote estatístico, pois os dados estão lançados em número final de notificações correspondentes ao ano desejado. Inicialmente, houve algumas dificuldades em trabalhar com o programa. Infelizmente, este levantamento de dados permitiu identificar, apenas, algumas das variáveis pretendidas, pois os notificadores preenchem somente os campos obrigatórios. Buscavam-se as variáveis: identificação do trabalhador (idade, sexo, raça, município, zona); descrição do atendimento (tipo de atendimento – ambulatorial, emergência, internação); o tipo de encaminhamento (rede básica de saúde, empresa, sindicato, Delegacia Regional do Trabalho – DRT, ignorado, outros); a caracterização do acidente (diagnóstico, evolução do caso: cura, cura com seqüela, óbito, em andamento) e a caracterização da doença (diagnóstico, evolução do caso: cura, cura com seqüela, óbito, em andamento), bem como alguns dados de identificação do trabalhador como: ocupação, tempo de ocupação na atividade atual e grau de instrução. Assim, obteve-se acesso aos dados: raça, tipo de agravo, sexo, tipo de atendimento, zona, escolaridade e faixa etária. Com esta análise, identificou-se os municípios notificadores pertencentes às quatro Coordenadorias Regionais de Saúde (Apêndice C).

A análise qualitativa iniciou-se após a realização das entrevistas, as informações coletadas e, posteriormente, transcritas na íntegra e foram submetidas à Análise de Conteúdo, que objetiva o estudo da linguagem e se constitui num conjunto de instrumentos metodológicos que asseguram a objetividade, sistematização e influência aplicadas ao manifesto dos depoimentos dos entrevistados. A operacionalização visa analisar o contexto e/ou significado de conceitos, bem como caracterizar a sua influência social (BARDIN, 1977). A análise de conteúdo é um método de tratamento dos dados obtidos em textos ou gravações reduzidas a textos, como um conjunto de técnicas de análise de comunicação. Busca compreender os conteúdos manifestos e ocultos, podendo organizar os dados em unidades léxicas ou categorias (LEOPARDI, 2002).

Nos congressos mundiais e locais sobre pesquisa qualitativa, existem postos de exposição de novidades instrumentais para a análise de conteúdo. De outro lado, também se têm intensificado as propostas compreensivistas para análise das falas e dos discursos, revelando novo dinamismo nos estudos de significações. As tendências das técnicas de análise de conteúdo conduzem à certeza de que visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica, ultrapassando os sentidos manifestos do material em análise (MINAYO, 2007).

A análise deste estudo foi trabalhada com base nos pólos cronológicos de Bardin (1977), que utiliza fases de análise de conteúdo, e de Minayo (2007), que utiliza em etapas de análise temática. A noção de tema está ligada a uma afirmação do assunto, em que Bardin refere o tema como unidade de significação que surge de um texto analisado segundo critérios teóricos que embasaram a leitura. O tema é uma unidade de significação complexa de comprimento variável, a sua validade não é de ordem lingüística, mas de ordem psicológica. Refere que se pode constituir um tema tanto na afirmação como na alusão (MINAYO, 2007).

Quanto aos critérios na distinção das unidades de registro, são utilizados recortes em nível semântico que originam o tema, que é uma afirmação acerca do assunto; e também, em nível lingüístico, que é a palavra e a frase. O tema é característica básica da análise de conteúdo e é utilizado na análise temática (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999).

A pesquisadora delimitou as unidades de registro que serão palavras ou frases. O aspecto exato e bem delimitado do corte do material a ser analisado permite definir as unidades de contexto que são superiores à unidade de codificação, sendo assim possíveis de compreensão e significado dos itens obtidos, repondo-os no seu contexto. Partindo desse pressuposto, realiza-se a análise categorial que pretende considerar a totalidade do texto, passando-o para o crivo da classificação e de recenseamento, segundo a frequência de presença (ou ausência) de itens de sentido.

A organização da análise se deu em três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

- Pré-análise:

É a fase de organização da entrevista, o período de sistematização das idéias principais lançadas nas entrevistas, conduzindo a um esquema preciso das operações sucessivas, num plano de análise.

Essa etapa foi assim desenvolvida: a) primeiro contato com as mensagens, caracterizando a estrutura narrativa da mensagem, conhecendo o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. Nesse momento, a pesquisadora teve contato direto e intenso com o material de campo, considerando todo o seu conteúdo, constituindo o corpus, que deve responder a algumas normas da validade qualitativa: exaustividade que o material contemple os aspectos levantados no roteiro; representatividade: que tenha as características essenciais do universo em estudo; homogeneidade que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas; e pertinência que as entrevistas realizadas sejam adequadas para dar respostas aos objetivos do trabalho (MINAYO, 2007); b) análise propriamente dita, operacionalizando-se os processos de codificação, categorização e quantificação dos dados na mensagem; c) tratamento das informações, relacionando-as com a determinação de um código qualitativo para classificação e tratamento.

Na descrição do primeiro quadro analítico buscou-se identificar e decompor as temáticas extraídas do conteúdo das entrevistas estabelecendo inferências generalizadoras. Assim descreveu-se a fala dos entrevistados, a unidade de sentido/significado, a possível categoria e as impressões ou observações da pesquisadora (APÊNDICE D).

- Exploração do material:

É relativo à codificação. Corresponde a uma transformação dos dados brutos em três escolhas: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias).

Para se proceder à codificação dos materiais, estabeleceram-se números como identificação dos depoimentos, dispostos de forma crescente. Esse código pode viabilizar novo acesso, no caso de necessidade, ao conteúdo exposto na análise (entrevista).

As unidades foram reunidas em torno de um item, com ênfase global que compreendesse uma palavra-questão, usada como unidade de registro (coluna da Temática). Neste segundo quadro analítico foi possível estabelecer uma unidade de significado que relacionasse a unidade de conteúdo. Nesse momento, optou-se pela condensação mantendo e preservando o núcleo do texto (APÊNDICE E).

- Tratamento das informações:

Após a leitura das entrevistas, é escolhida a unidade de registro que é a unidade de significação para codificar e corresponder ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base. Foram utilizadas como elemento de unidade de registro palavras que podem ser: substantivos, adjetivos, verbos, advérbios.

Após o processamento das diferentes mensagens, estas foram divididas em elementos menores, cada um identificado por um código diferente, que especificou a unidade da entrevista da qual surgiu a ordem seqüencial. Cada unidade de registro foi isolada para posterior classificação, havendo a transcrição em fichas, de modo a individualizá-las e isolá-las.

A direção é a ponderação da freqüência que se traduz em caráter quantitativo (intensidade) ou qualitativo. A freqüência é a medida mais comumente usada e permite considerar-se a regularidade quantitativa de aparição. Nessa modalidade podem estar envolvidos: intensidade, direção, aspectos positivos e negativos, favoritismo e desfavoritismo (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999).

A categorização é uma operacionalização de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento segundo analogias (BARDIN, 1977).

As categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos. A definição das categorias é fundamental na análise de conteúdo qualitativo. A categoria refere-se, principalmente, ao nível de conteúdo com a expressão do que foi manifestado nas entrevistas. Uma única categoria inclui sub-categorias em níveis variados de abstração. Para melhor compreender e definir as categorias nesta etapa de análise foi necessário ouvir e ler novamente as entrevistas na íntegra. A partir desse momento elaborou-se o terceiro quadro analítico permitindo afirmar a existência das categorias percebendo com maior clareza seu sentido, bem como o que foi demonstrado (APÊNDICE F).

O processo de categorização comporta duas etapas: inventário, em que foi realizado o isolamento dos elementos, e classificação, procurando organizar a mensagem. No processo de categorização foi utilizado o procedimento de “caixa” (BARDIN, 1977), onde é fornecido o sistema de categorias e se repartem da melhor maneira possível os elementos, à medida que vão sendo encontrados.

As categorias devem possuir as seguintes qualidades: exclusão mútua (estipula que cada elemento não pode existir em mais de uma divisão); homogeneidade (um único princípio de organização deve governar a sua organização); pertinência (quando a categoria está adaptada ao material de análise escolhido e quando pertence ao quadro teórico definido); objetividade e fidelidade (a organização de análise deve definir claramente as variáveis de que trata, assim como deve precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria) e produtividade (resultados férteis). Desta forma constituiu-se o quarto quadro analítico isolando todos os elementos do texto e obtendo justificativa das categorias e temáticas (APÊNDICE G).

A partir da análise realizada identificou-se quatro categorias, que estão relacionadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorias e Temáticas geradas a partir das Entrevistas

CATEGORIAS	TEMÁTICAS
Percepção de Saúde do Trabalhador pelos entrevistados	Dificuldade de caracterizar Saúde do Trabalhador e de implementar o Programa de Saúde do Trabalhador
	Condições de Trabalho oferecidos pelas empresas
Ações realizadas para contemplar a saúde do Trabalhador	Fase de Prevenção Primária
	Fase de Prevenção Secundária
	Fase de Prevenção Terciária
A opinião dos Gestores sobre o que é necessário para implementar as políticas de atenção à Saúde do Trabalhador nos Municípios	Desenvolver a política com recursos próprios e equipe técnica disponível
	PSF viabilizando as ações de Saúde do Trabalhador
	Agentes Comunitários de Saúde
Dificuldades vivenciadas no desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador embasado no entendimento e nas ações realizadas nos municípios entrevistados	A falta de comunicação entre os profissionais
	Trabalho informal
	As subnotificações
	Aspectos ligados à unidade de Referência em saúde do Trabalhador
	A qualidade, com baixa fidedignidade, incompleto preenchimento das variáveis levando a dificuldades de articulação dos dados (SIST)

Vale lembrar que dentre os aspectos metodológicos apontados como importantes podem ser citados: objetividade - as regras devem ser explícitas em cada etapa, desde as categorias, os critérios de registro, os códigos utilizados, as formas de análise; categorização - devem ter homogeneidade, sem mistura de critérios de classificação; exclusividade - impossibilidade de um registro pertencer a mais de uma categoria; sistematização - investigação com regras consistentes e lógicas; e inferência - quando se aceita uma proposição por sua relação com outras proposições já aceitas (LEOPARDI, 2002).

Foram usados procedimentos para maximizar a confiabilidade pelos critérios de credibilidade, transferibilidade, consistência, e os procedimentos usados para alcançar esses fatores foram: a checagem por participantes, a triangulação, a análise de hipóteses rivais, e os casos negativos, ou seja, que se afastam do padrão. A triangulação que pode ser apoiada nos princípios da filosofia comunicativa propicia meios para que, no desenvolvimento do processo de investigação e de análise, implementem ações que se apropriem da compreensão dos dados quantitativos e qualitativos gerados pelo trabalho e recolham subsídios para as mudanças necessárias. A triangulação de métodos é particularmente recomendada para estudos de avaliação (MINAYO, 2007). A triangulação do presente estudo foi: os dados quantitativos, as entrevistas e a interpretação da pesquisadora.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1999.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2005.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RODRIGUES, Maria S. P. ; LEOPARDI, Maria T. **O método de análise do conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para os Municípios – Manual para gerenciamento dos distritos sanitários**. 3ªed. São Paulo: Hucitec, 2003.

APÊNDICE A

Solicitação para Realização da Pesquisa Junto ao Secretário Municipal de Saúde deste Município.

Prezados (as) Senhores (as):

Vimos através desta, apresentar a pesquisadora da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Luciane Maria Schmidt Alves, que está realizando uma pesquisa, envolvendo sua Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, e está intitulada: “ **Saúde do Trabalhador: Os Agravos e a Avaliação de Ações Coletivas nas Regiões dos Vales no Estado do RS** “.

Para tanto será necessária sua participação, respondendo a um roteiro de questões relacionado à temática das políticas públicas de atenção à saúde do trabalhador e o desenvolvimento deste em seu Município.

Agradecemos desde já sua colaboração.

Prof. Dr. Jorge Béria

Coordenador da Pós-graduação – Mestrado em Saúde Coletiva

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA- Canoas.

APÊNDICE B

Roteiro para Entrevista

1. Dados de identificação

Função:

Há quanto tempo?

Profissão:

Escolaridade:

2. O que o Sr (a) entende por Saúde do Trabalhador?

3. Como são desenvolvidas as políticas de atenção à Saúde do Trabalhador em seu Município?

4. Desde quando são realizadas as notificações dos acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho no seu Município?

5. O que é necessário para implementar as políticas de atenção à Saúde do Trabalhador no Município?

6. Em seu Município existe uma Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador? Por quê?

07. Que comentários o Sr. (a) poderia fazer em relação ao número de notificações realizadas pelo seu Município no ano de 2006?

APÊNDICE C

Tabela 1 – Caracterização das notificações de doença ou acidente do trabalho em 2006, municípios da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Variáveis	General Câmara	
	N	%
Tipo de Agravo		
Acidente	29	100,0
Faixa Etária		
16 a 17 anos	1	3,4
18 a 29 anos	7	24,1
30 a 39 anos	4	13,8
40 a 49 anos	8	27,6
50 a 59 anos	2	6,9
Não informado	7	24,1
Sexo		
Masculino	2	6,9
Não informado	27	93,1
Tipo de Atendimento		
Ambulatorial	20	69,0
Emergência	3	10,3
Não informado	6	20,7
Raça		
Não informado	29	100,0
Escolaridade		
Não informado	29	100,0
Zona		
Rural	2	6,9
Não informado	27	93,1
Total de notificações do município	29	100,0

Ensino Fundamental incompleto	-	-	2	28,6	-	-	11	39,3
Ensino Fundamental completo	-	-	-	-	-	-	6	21,4
Ensino Médio incompleto	-	-	-	-	-	-	3	10,7
Ensino Médio completo	-	-	-	-	-	-	6	21,4
Não informado	1	100,0	5	71,4	6	100,0	-	-
Zona								
Rural	1	100,0	-	-	-	-	-	-
Não informado	-	-	7	100,0	6	100,0	28	100,0
Total de notificações do município	1	100,0	7	100,0	6	100,0	28	100,0

Tabela 3 – Caracterização das notificações de doença ou acidente do trabalho em 2006, municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Variáveis	Gramado Xavier		Passo do Sobrado		Rio Pardo		Santa Cruz do Sul		Sinimbu		Vale do Sol		Vera Cruz	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de Agravamento														
Acidente	7	100,0	7	100,0	111	40,8	139	81,3	8	100,0	17	81,0	10	62,5
Doença	-	-	-	-	161	59,2	32	18,7	-	-	4	19,0	6	37,5
Faixa Etária														
16 a 17 anos	-	-	-	-	8	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-
18 a 29 anos	3	42,8	3	42,8	57	21,0	38	22,2	-	-	-	-	-	-
30 a 39 anos	3	42,8	1	14,3	71	26,1	59	34,5	-	-	-	-	-	-
40 a 49 anos	-	-	3	42,8	74	27,2	45	26,3	-	-	-	-	-	-
50 a 59 anos	1	14,3	-	-	55	20,2	23	13,5	-	-	-	-	-	-
60 a 65 anos	-	-	-	-	6	2,2	4	2,3	-	-	-	-	-	-
66 a 70 anos	-	-	-	-	1	0,4	1	0,6	-	-	-	-	-	-
Mais de 70 anos	-	-	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-	-	-
Não informado	-	-	-	-	-	-	-	-	8	100,0	21	100,0	16	100,0
Sexo														
Masculino	6	85,7	5	71,4	148	54,4	122	71,3	6	75,0	19	90,5	6	37,5
Feminino	1	14,3	2	28,6	124	45,6	49	28,7	2	25,0	2	9,5	10	62,5
Tipo de Atendimento														
Ambulatorial	7	100,0	6	85,7	176	64,7	164	95,9	-	-	20	95,2	-	-
Emergência	-	-	1	14,3	96	35,3	6	3,5	-	-	1	4,8	-	-
Internação	-	-	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-	-	-
Não informado	-	-	-	-	-	-	-	-	8	100,0	-	-	16	100,0
Raça														
Branca	6	85,7	7	100,0	236	86,8	165	96,5	-	-	17	81,0	-	-
Parda	1	14,3	-	-	18	6,6	2	1,2	-	-	-	-	-	-
Negra	-	-	-	-	18	6,6	4	2,3	-	-	4	19,0	-	-
Não informado	-	-	-	-	-	-	-	-	8	100,0	-	-	16	100,0

Escolaridade

Analfabeto	-	-	-	-	13	4,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Alfabetizado	1	14,3	-	-	64	23,5	2	1,2	-	-	-	-	-	-
Ensino Fundamental incompleto	2	28,6	2	28,6	116	42,6	25	14,6	-	-	-	-	-	-
Ensino Fundamental completo	-	-	1	14,3	53	19,5	38	22,2	-	-	-	-	-	-
Ensino Médio incompleto	-	-	-	-	6	2,2	7	4,1	-	-	-	-	-	-
Ensino Médio completo	-	-	2	28,6	20	7,4	16	9,4	-	-	-	-	-	-
Ensino Superior incompleto	1	14,3	2	28,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não informado	3	42,9	-	-	-	-	83	48,5	8	100,0	21	100,0	16	100,0

Zona

Urbana	1	14,3	2	28,6	105	38,6	93	54,4	-	-	6	28,6	13	81,2
Rural	6	85,7	5	71,4	167	61,4	78	45,6	-	-	15	71,4	3	18,8
Não informado	-	-	-	-	-	-	-	-	8	100,0	-	-	-	-
Total de notificações do município	7	100,0	7	100,0	272	100,0	171	100,0	8	100,0	21	100,0	16	100,0

Tabela 4 – Caracterização das notificações de doença ou acidente do trabalho em 2006, municípios da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Variáveis	Boqueirão do Leão		Marques de Souza		Progresso		Putinga		Relvado		Teutônia		Wesfália	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tipo de Agravado														
Acidente	1	100,0	27	100,0	32	100,0	2	100,0	2	100,0	4	100,0	1	11,1
Doença	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	88,9
Faixa Etária														
18 a 29 anos	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-
30 a 39 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	50,0	-	-
40 a 49 anos	1	100,0	-	-	-	-	-	-	2	100,0	1	25,0	-	-
50 a 59 anos	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	1	25,0	-	-
Não informado	-	-	27	100,0	32	100,0	-	-	-	-	-	-	9	100,0

Sexo

Masculino	1	100,0	16	59,3	24	75,0	2	100,0	2	100,0	2	50,0	9	100,0
Feminino	-	-	11	40,7	8	25,0	-	-	-	-	2	50,0	-	-

Tipo de Atendimento

Ambulatorial	1	100,0	22	81,5	29	90,6	-	-	2	100,0	1	25,0	9	100,0
Emergência	-	-	2	7,4	1	3,1	-	-	-	-	3	75,0	-	-
Internação	-	-	3	11,1	1	3,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Não informado	-	-	-	-	1	3,1	2	100,0	-	-	-	-	-	-

Raça

Branca	1	100,0	27	100,0	-	-	-	-	-	-	4	100,0	9	100,0
Não informado	-	-	-	-	32	100,0	2	100,0	2	100,0	-	-	-	-

Escolaridade

Analfabeto	-	-	2	7,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensino Fundamental incompleto	-	-	16	59,3	-	-	-	-	2	100,0	1	25,0	-	-
Ensino Fundamental completo	-	-	5	18,5	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-
Ensino Médio completo	-	-	1	3,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não informado	1	100,0	3	11,1	32	100,0	2	100,0	-	-	2	50,0	9	100,0

Zona

Urbana	-	-	6	22,2	15	46,9	1	50,0	-	-	1	25,0	-	-
Rural	1	100,0	21	77,8	16	50,0	1	50,0	2	100,0	3	75,0	-	-
Não informado	-	-	-	-	1	3,1	-	-	-	-	-	-	9	100,0

Total de notificações do município

1	100,0	27	100,0	32	100,0	2	100,0	2	100,0	4	100,0	9	100,0
----------	--------------	-----------	--------------	-----------	--------------	----------	--------------	----------	--------------	----------	--------------	----------	--------------

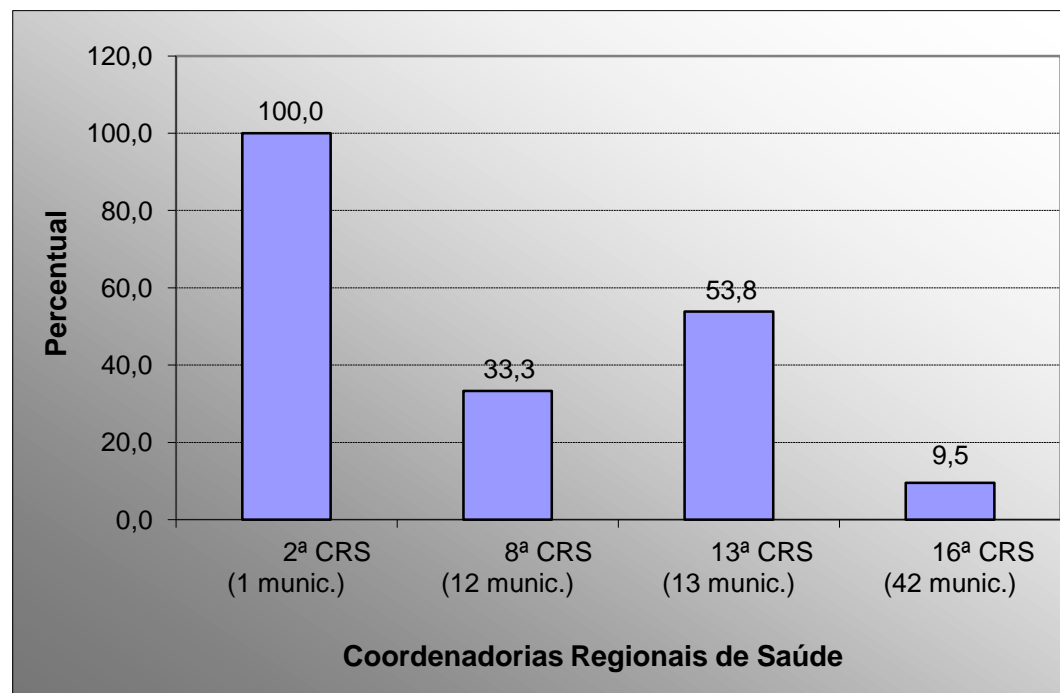


Figura 1 - Percentual de municípios que informaram os dados sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho, por CRS.

ANEXO A - Mapa

2ª C.R.S.

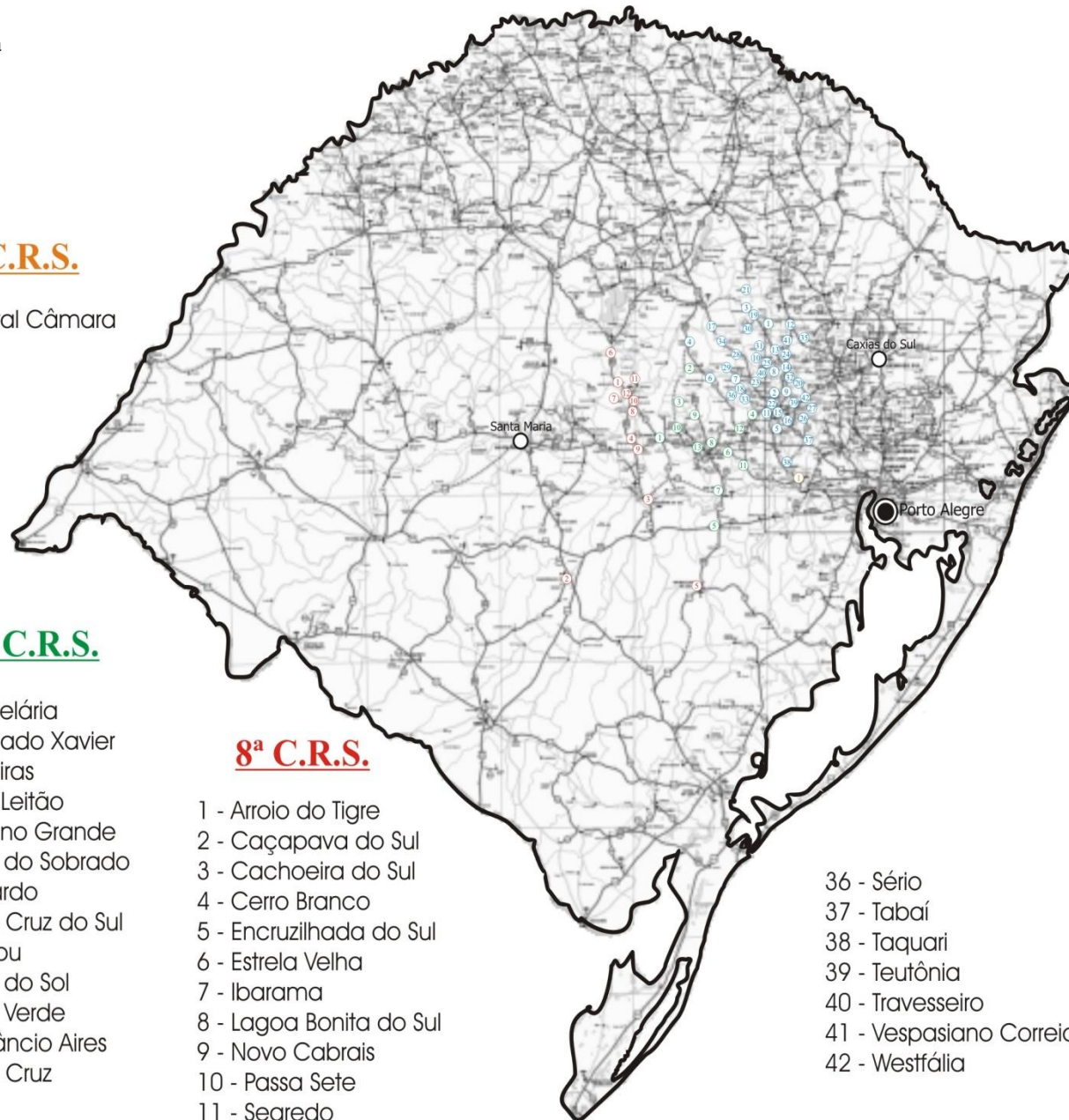
- 1 - General Câmara

13ª C.R.S.

- 1 - Candelária
2 - Gramado Xavier
3 - Herveiras
4 - Mato Leitão
5 - Pântano Grande
6 - Passo do Sobrado
7 - Rio Pardo
8 - Santa Cruz do Sul
9 - Sinimbu
10 - Vale do Sol
11 - Vale Verde
12 - Venâncio Aires
13 - Vera Cruz

8ª C.R.S.

- 1 - Arroio do Tigre
2 - Caçapava do Sul
3 - Cachoeira do Sul
4 - Cerro Branco
5 - Encruzilhada do Sul
6 - Estrela Velha
7 - Ibarama
8 - Lagoa Bonita do Sul
9 - Novo Cabrais
10 - Passa Sete
11 - Segredo
12 - Sobradinho

**16ª C.R.S.**

- 1 - Anta Gorda
2 - Arroio do Meio
3 - Arvorezinha
4 - Barros Cassal
5 - Bom Retiro do Sul
6 - Boqueirão do Leão
7 - Canudos do Vale
8 - Capitão
9 - Colinas
10 - Coqueiro Baixo
11 - Cruzeiro do Sul
12 - Dois Lajeados
13 - Doutor Ricardo
14 - Encantado
15 - Estrela
16 - Fazenda Vila Nova
17 - Fontoura Xavier
18 - Forquetinha
19 - Ilópolis
20 - Imigrante
21 - Itapuca
22 - Lajeado
23 - Marques de Souza
24 - Muçum
25 - Nova Bréscia
26 - Paverama
27 - Poço das Antas
28 - Pouso Novo
29 - Progresso
30 - Putinga
31 - Relvado
32 - Roca Sales
33 - Santa Clara do Sul
34 - São José do Herval
35 - São Valentim do Sul
36 - Sério
37 - Tabaí
38 - Taquari
39 - Teutônia
40 - Travesseiro
41 - Vespasiano Correia
42 - Westfália

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

ESTUDO: SAÚDE DO TRABALHADOR: OS AGRAVOS E A AVALIAÇÃO DE AÇÕES COLETIVAS NA REGIÃO DOS VALES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará prejuízo a você.

Eu,,
residente e domiciliado na
....., portador da cédula de
identidade, RG, e inscrito no CPF/MF
..... nascido(a) em/...../....., abaixo
assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a)
do estudo: Saúde do Trabalhador: os agravos e a avaliação de ações coletivas na região
dos Vales no Estado do Rio Grande do Sul.

Declaro que obtive as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas e permitir ao entrevistador gravar as informações.

Estou ciente que:

- O estudo possui como objetivo geral: Elencar os elementos necessários para implementar o programa em Saúde do Trabalhador, na rede básica dos Municípios, pertencentes ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CRRST) da região dos Vales – 2ª, 8ª, 13ª e 16ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

- O estudo possui como objetivos específicos:

- Caracterizar as atribuições e ações a serem desenvolvidas pelos órgãos que compõem a vigilância em Saúde do Trabalhador, a nível federal, estadual, regional e municipal.

- Traçar um perfil dos trabalhadores (idade, sexo, raça, escolaridade, zona, município, região, ocupação, tempo de atividade na ocupação atual) vítimas de doenças e acidentes de trabalho nesta região.

- Conhecer a incidência das doenças e dos acidentes relacionados ao trabalho para que se possa avaliar a implementação de ações coletivas de saúde do trabalhador, na rede básica dos Municípios.

- Relacionar os agravos de saúde do trabalhador identificados e o desenvolvimento de políticas públicas para o setor nesses Municípios.

- Conhecer a visão e as metas de trabalho desenvolvidos pelos gestores de saúde nos Municípios que efetivamente realizam as notificações dos agravos relacionados à Saúde dos Trabalhadores.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

....., de de 2007.

.....

Sujeito da pesquisa e/ou responsável

(nome e assinatura)

Testemunha 1

Nome/RG/Telefone

Testemunha 2

Nome/RG/Telefone

.....

Responsável pelo projeto – Luciane Maria Schmidt Alves

Endereço: Soeiro de Almeida, 306, CEP 96501450, casa, Cachoeira do Sul –

RS

Telefone para contato: (51) 3723 3266 / 99782517

e-mail: lusalves@ibest.com.br

Coren/RS: 098365

CEP-ULBRA:

Rua Miguel Tostes, 101 – Prédio 14 – Sala 224

Telefone para contato: (51) 477-9217

e-mail: comitedeetica@ulbra.br

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de dezembro de 2001

Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção I, 25/02/2002)



SAÚDE DO TRABALHADOR: OS AGRAVOS E A AVALIAÇÃO DE AÇÕES
COLETIVAS NA REGIÃO DOS VALES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL

PARTE 2 – ARTIGO

ARTIGO FORMATADO PARA “CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA”.

ALUNA: LUCIANE MARIA SCHMIDT ALVES

ORIENTADOR: Dr. ANDRÉ LOUREIRO CHAVES

LINHA DE PESQUISA: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CANOAS, 2007.

SAÚDE DO TRABALHADOR: OS AGRAVOS E A AVALIAÇÃO DE AÇÕES
COLETIVAS NA REGIÃO DOS VALES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL

THE HEALTH OF WORKERS: THE COMPLAINTS AND EVALUATIONS OF
COLLECTIVE ACTIONS IN THE REGIÃO DOS VALES – RIO GRANDE DO
SUL

AUTORES: LUCIANE MARIA SCHMIDT ALVES

ANDRÉ LOUREIRO CHAVES

Endereço: Rua Thomás Flores, 191, bloco C, apto 403, Centro

Santa Cruz do Sul - RS

E-mail: lusalves@ibest.com.br

Endereço: Rua Conde de Porto Alegre, 550, apto 1801, cep 90220-210

Porto Alegre - RS

E-mail: andreplc@terra.com.br

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO ACADÊMICO

2.1 RESUMO

Na saúde coletiva as relações entre trabalho e saúde apresentam dificuldades de ação. Buscou-se elencar os elementos necessários para implementar o programa de atenção à Saúde do Trabalhador na rede básica dos Municípios pertencentes ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales – 2ª, 8ª, 13ª e 16ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Para compreender o que é necessário para que os municípios implementem esta política desenvolveu-se um estudo exploratório-quantitativo seguido de qualitativo com análise de conteúdo. Na primeira etapa, identificou-se os

municípios (dezenove) que realizaram, no ano de 2006, notificações de agravos. Numa segunda etapa, entrevistou-se onze gestores municipais, pois seis recusaram-se a participar e dois foram piloto. A partir da fala dos entrevistados identificaram-se categorias: a percepção de Saúde do Trabalhador, as ações realizadas, o que é necessário para implementar esta política e as dificuldades vivenciadas no desenvolvimento das ações. Constatou-se que cada região e município devem buscar suas estratégias de ação e as políticas de Saúde do Trabalhador necessitam ser melhor entendidas, contextualizando a pesquisa, as políticas e as mudanças nos processos de trabalho.

Palavras chave: Notificações de agravos, políticas de saúde, Saúde do Trabalhador, Vigilância.

2.2 ABSTRACT

In the Collective Health the relations between work and health presents difficulties of action. The study searches to outline the necessary elements to implement the program of occupational health, in the basic network of Municipalities, belonging to Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador of Regions Dos Vales – 2^a, 8^a, 13^a e 16^a Coordenadorias Regionais de Saúde. To understand what is necessary to municipalities

implement this policy we develop a explanatory-quantitative study followed by a qualitative study with content analysis. In the first stage were identified the Municipalities (nineteen) that realized, in 2006, notification of complaints. In the second stage, we interviewed eleven subjects, because six refused to participate and two were pilot studies. After speaking with the interviewed subjects, categories were identified: the perception of occupational health, the actions realized, what is necessary to implement this policy and the difficulties to develop the actions. It was found that each region and Municipality must find their strategies of action and the occupational health policies must be better understood, contextualizing the research, the policies and the changes in the work process.

Key words: incidence of complaints, health policy, occupational health, surveillance.

2.3 INTRODUÇÃO

As questões referentes ao trabalho e à saúde têm sido enfrentadas de formas diversas, em função do contexto histórico, dos interesses envolvidos e do próprio estágio do conhecimento sobre o tema¹.

Os acidentes de trabalho constituem fenômeno de múltiplas facetas. Os modelos explicativos monocausais, centrados na culpa da vítima, vêm se mantendo intocáveis no meio técnico industrial e nas instituições acadêmicas mais conservadoras. Na perspectiva tradicional, os acidentes são considerados fenômenos simples e unicusais, descarregando no trabalhador as responsabilidades dos acidentes. Se essa concepção se mantiver hegemônica, não haverá desenvolvimento de políticas voltadas à prevenção e a melhorias nas condições de trabalho ^{2,3}.

A saúde para cada indivíduo é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. Portanto, a saúde deve ser resultante de uma sucessão de compromissos que se estabelece

com a realidade e essa conquista não é de caráter individual, mas essencialmente uma tarefa coletiva ⁴.

A fim de compreender a efetividade das ações de Saúde do Trabalhador, realizou-se uma pesquisa, em 2002, para conhecer a visão empresarial acerca da terceirização do serviço de atenção à Saúde do Trabalhador ⁵. Em 2004, com o intuito de aprimorar a assistência à Saúde dos Trabalhadores, realizou-se um estudo para conhecer as práticas dessas ações desenvolvidas nos municípios que pertencem à 8ª CRS. Pôde-se constatar, nesses estudos, a inexistência de Atenção à Saúde do Trabalhador ⁶, fortalecendo o interesse em encontrar alternativas para implementá-la.

Esse posicionamento levou a ampliar o universo da pesquisa e trabalhar com o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CRRST) da Região dos Vales) – 2ª, 8ª, 13ª e 16ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), buscando-se identificar os elementos necessários para implementar o programa em Saúde do Trabalhador na rede básica dos Municípios.

Com auxílio do CRRST/Vales, identificaram-se os municípios que realizaram notificação dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador, registrados no ano de 2006. Conhecendo as informações quantitativas, iniciaram-se as entrevistas com os gestores municipais de saúde para entender como desenvolvem as ações e o que é necessário para implementar as políticas públicas do setor nos municípios.

A consolidação do sistema de Saúde do Trabalhador pelo SUS (Sistema Único de Saúde) depende das estratégias de ações desenvolvidas e, também, dos profissionais envolvidos. É essencial que os indivíduos que atendem à saúde da população trabalhadora tenham competências que resultem num conjunto de conhecimentos e habilidades, aproximando-se da atenção integral em saúde ⁷.

2.4 REFERENCIAL TEÓRICO

2.4.1 Evidências em Saúde do Trabalhador

Entende-se por Saúde do Trabalhador um conjunto de ações oriundas de conhecimentos interdisciplinares que aliado ao saber do trabalhador sobre as condições e a organização do trabalho propõem atenção à saúde e intervenção nos ambientes de trabalho ⁸.

As propostas para a Saúde do Trabalhador apresentam como eixo temático garantir a integralidade da ação do Estado e pressupõem que o trabalhador tenha a proteção da sua vida e da sua saúde desde as ações de promoção até a reabilitação. Faz-se necessário uma atuação transversal entre os setores do governo (Trabalho, Saúde e Previdência Social) ⁹.

São considerados trabalhadores todos os homens e as mulheres que exercem atividade para sustento próprio e para dependentes, em áreas urbanas e rurais, do mercado formal, com carteira assinada ou não, do mercado informal, autônomos, funcionários públicos, desempregados e

aposentados. São considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego

10,11 .

O aumento do ritmo de trabalho, a intensificação do trabalho pelos novos métodos gerenciais e a complexidade das tarefas, têm trazido uma série de agravos à saúde ¹⁰. A relação dos problemas de saúde com as atividades de trabalho, no Brasil, revela que ocorrem três mortes referentes a acidentes de trabalho a cada duas horas e um, de acidentes não fatais, a cada minuto. Além de ser um dos recordistas mundiais de acidentes de trabalho, o Brasil apresenta um índice crescente e diversificado de doenças ocupacionais^{12, 13, 14}.

No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, média de 3.059 óbitos/ano. O coeficiente médio de mortalidade, no período considerado, foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores. Esse

coeficiente comparado com outros países, como a Finlândia, a França, o Canadá e a Espanha, demonstra que o risco de morte por acidente de trabalho, no Brasil, é de duas a cinco vezes maior^{9, 15}.

Com essa realidade, evidencia-se a Saúde do Trabalhador não com ações exclusivas do setor saúde, tornando-se necessário combinar vários aspectos presentes no mundo da vida, como a globalização da economia, os fatores ambientais, os aspectos psicofísicos dos trabalhadores, a fim de elaborar políticas e programas específicos para cada Município e região, identificados conforme as necessidades da população^{14, 16}.

2.4.2 Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

A prática da Vigilância em Saúde do Trabalhador pode ser considerada fugaz e regionalizada: fugaz em virtude do grau de instabilidade das experiências e da sua limitada resistência às freqüentes mudanças, principalmente, no âmbito municipal, inviabilizando iniciativas; regionalizada por se concentrar em locais como os Estados de São Paulo e Bahia, devido à

influência em sua origem do movimento sindical e de sanitaristas das Secretarias de Estado da Saúde¹⁷.

A implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) representa um esforço do SUS na formulação de uma política de expansão das ações no setor¹⁸. A RENAST, conforme Portaria nº 2.437/GM (2005), deve realizar rotinas de sistematização, processamento e análise de dados sobre a Saúde do Trabalhador, viabilizando o desenvolvimento do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador.

As responsabilidades pela atenção à Saúde do Trabalhador são compartilhadas de forma diferenciada por empregadores, trabalhadores (através de suas representações) e pelo Estado (no seu papel de mediador e condensador das forças sociais). Na esfera do Estado, atuam os Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e do Meio Ambiente, a Justiça do Trabalho e a Promotoria Pública ¹⁹.

A realização de ações de Saúde do Trabalhador, urbana e rural, pelo Distrito Federal, pelos Estados e Municípios é orientada e instrumentalizada pela

Norma Nº 3908, de 30 de outubro de 1990, que complementa a Norma Operacional Básica - NOB-SUS 01/96.

As diretrizes de ação em nível municipal baseiam-se na NOST/SUS, de 1998, que definiu as responsabilidades de cada município, em cada uma das duas correntes de gestão (Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema), definidas pela NOB-SUS 01/96 ¹⁹.

A Figura 1 relaciona, esquematicamente, as instâncias que compõem a Saúde do Trabalhador no Sistema Nacional de Saúde, destacando e a abrangência em níveis de atuação.

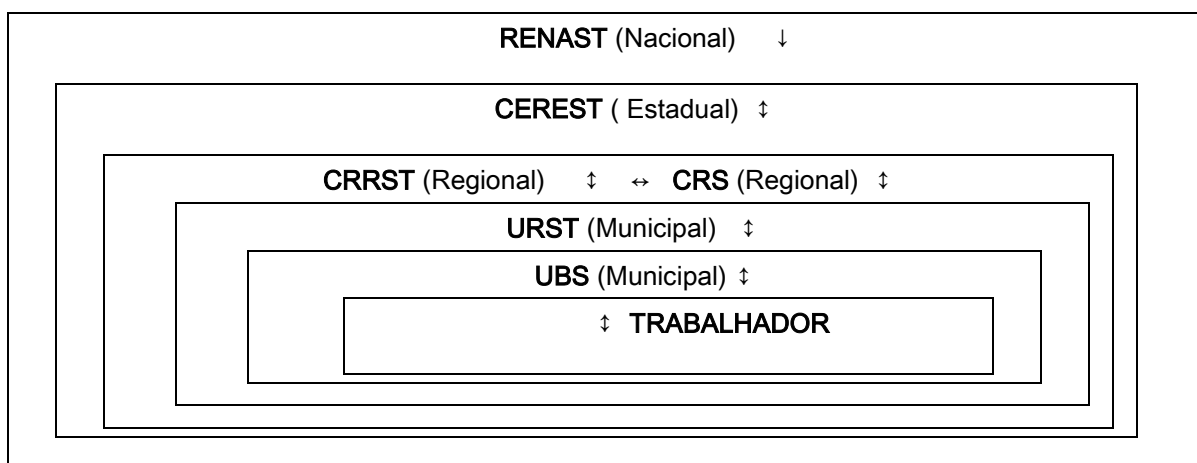


Figura (1): Representação esquemática das instâncias que compõem a Saúde do Trabalhador

Legenda:

1. RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador) em nível Nacional
2. CEREST (Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador) em nível Estadual
3. CRRST (Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador) em nível Regional
4. CRS (Coordenadoria Regional de Saúde) em nível Regional auxilia o CRRST e as UBST/UBS
5. URST (Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador) em nível Municipal
6. UBS (Unidade Básica de Saúde) em nível Municipal

No processo de implantação, destacam-se, como prioritário, o sistema de informação, formação, assistência e vigilância de forma disseminada para toda a rede do SUS, através do fortalecimento da rede de referência em Saúde do Trabalhador⁷.

2.5 METODOLOGIA

2.5.1 Universo da Pesquisa

Dos sessenta e oito municípios pertencentes ao CRRST/Vales, somente dezenove realizaram notificação de agravo relacionada à Saúde do Trabalhador, no ano de 2006. Para a abordagem qualitativa, participaram onze municípios, pois seis recusaram-se e dois municípios entrevistados serviram de piloto. A maioria dos municípios, que participou desse estudo, é de pequeno porte, com uma economia baseada na agricultura e pecuária; poucos deles são industrializados e com população superior a 100.000 habitantes.

2.5.2 Procedimentos para a Coleta dos Dados

No primeiro momento, exploratório-quantitativo, identificaram-se os Municípios que haviam realizado notificações de acidente e/ou doença do trabalho no ano de 2006. Essa etapa foi desenvolvida no próprio CRRST/Vales, com o auxílio da equipe de saúde. As variáveis referentes às notificações dos agravos foram pesquisadas após autorização do setor da Divisão de Saúde do Trabalhador, através do e-mail san@procergs.rs.gov.br (Sistema de Análise de Negócios).

Os dados obtidos junto ao SAN permitiram identificar, apenas, algumas das variáveis pretendidas, pois os notificadores preenchem somente os campos obrigatórios. Este levantamento contribuiu somente para a identificação dos municípios notificadores.

Após a identificação dos municípios notificadores, fez-se contato telefônico com os gestores de saúde que se destacaram em relação aos agravos à Saúde do Trabalhador. Os entrevistados participaram desse estudo respondendo a um roteiro com questões abertas e teve como principal objetivo

conhecer a opinião dos gestores de saúde a respeito do que é necessário para que os municípios implantem as políticas públicas de Saúde do Trabalhador.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete mediante autorização do entrevistado e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da Solicitação para Realização da Pesquisa Junto ao Secretário Municipal de Saúde deste Município. Após a transcrição das entrevistas para fins de análise, respeitando as falas originais de cada entrevistado, as fitas foram destruídas pela pesquisadora.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão para o desenvolvimento desta pesquisa que os municípios participantes pertencessem ao CRRST/Vales e que tivessem realizado notificações de agravo em Saúde do Trabalhador no ano de 2006.

2.5.3 Procedimentos para a Análise de Dados

As informações coletadas foram transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo que objetiva o estudo da linguagem e se constitui num conjunto de

instrumentos metodológicos que asseguram a objetividade e a sistematização aplicada ao manifesto dos depoimentos dos entrevistados¹⁹. A análise de conteúdo é um método de tratamento dos dados obtidos em textos ou em gravações transcritas, como um conjunto de técnicas de análise de comunicação. Busca compreender os conteúdos manifestos e ocultos, podendo organizar os dados em categorias¹⁹. A análise desse estudo foi realizada com base nos pólos cronológicos de Bardin e Minayo^{20, 21}.

A pesquisadora delimitou as unidades de registro em palavras ou frases. As unidades de codificação possibilitaram a compreensão e o significado dos itens obtidos, repondo-os no seu contexto. Partindo desse pressuposto, realizou-se a análise categorial que pretende considerar a totalidade do texto. A organização da análise se deu em três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A triangulação do presente estudo foi: os dados quantitativos, as entrevistas e a interpretação da pesquisadora.

A abordagem qualitativa responde a questões muito particulares, pois se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado²¹. O estudo

qualitativo está relacionado aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e de sua compreensão. Busca interpretar os fenômenos sociais (interação, comportamento) em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão; em função disso, é referida como pesquisa interpretativa²².

2.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, identificou-se que, dos treze municípios pertencentes ao CRRST/Vales, sete realizaram ações de notificação, no ano de 2006. Da 8ª CRS, quatro dos doze municípios pertencentes efetuaram registros. Pela 16ª CRS, apenas sete, dos quarenta e dois municípios, efetuaram notificações da ocorrência de agravos. Quanto à 2ª CRS, o Município de General Câmara é o único que pertence ao CRRST/Vales, realizando os registros.

As Figuras 2, 3 e 4 caracterizam os entrevistados quanto à profissão, função e tempo de atuação na função.

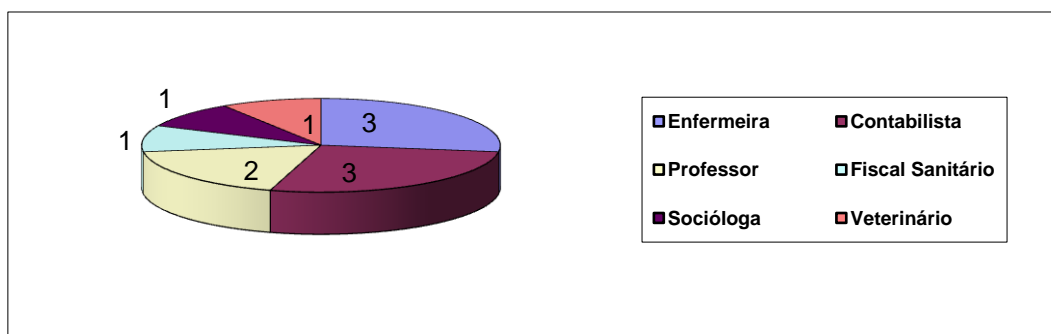


Figura (2): Caracterização segundo a profissão dos Gestores de Saúde dos Municípios pertencentes à CRRST/Vales que efetuaram notificação - ano de 2006.

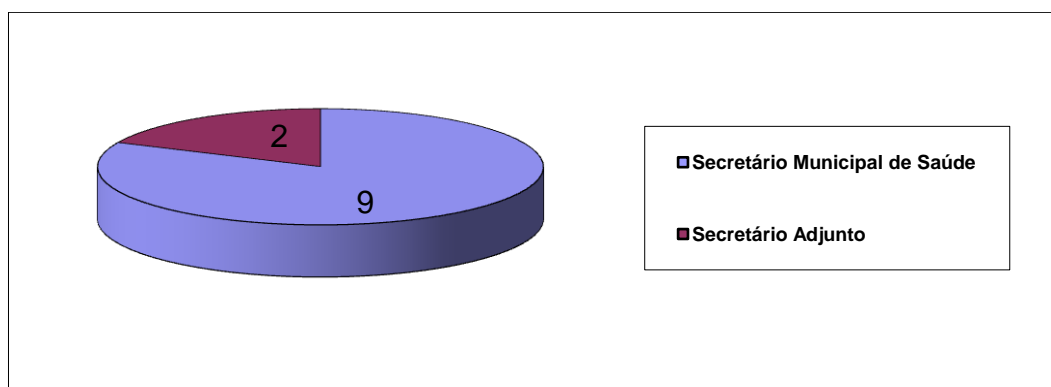


Figura (3): Caracterização segundo a função dos Gestores de Saúde dos Municípios pertencentes à CRRST/Vales que efetuaram notificação - ano 2006.

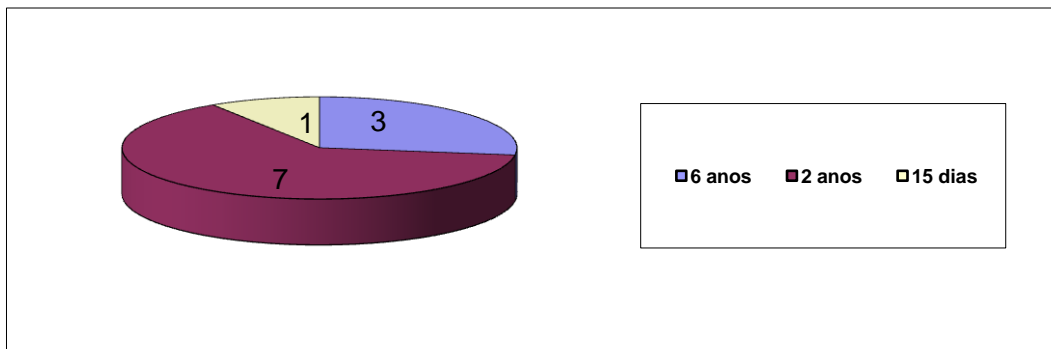


Figura (4): Tempo de atuação na função dos Gestores de Saúde dos Municípios pertencentes à CRRST/Vales que efetuaram notificação – ano 2006.

Esse estudo seguiu a metodologia de análise do conteúdo com a descrição das categorias, que se justificam, a partir da fala dos entrevistados. As categorias foram construídas em etapas que iniciaram com a transcrição literal e total dos depoimentos. Em seguida, foram construídos quadros analíticos que permitiram operacionalizar a análise e compreensão do conteúdo manifesto e oculto. Neste momento, buscou-se identificar e decompor as temáticas de forma generalizadora incluindo as impressões da pesquisadora. À medida que os conteúdos das entrevistas eram revistos identificaram-se as unidades de registro que permitiram auxiliar na condensação do conteúdo, mantendo o núcleo do texto. A fim de definir as categorias foi necessário ouvir novamente as entrevistas e relacioná-las com as possíveis temáticas. O quarto

quadro analítico permitiu isolar todos os elementos do texto justificando as categorias e temáticas de forma que apresentassem homogeneidade, objetividade, exclusividade, sistematização e inferência.

Categoria I – Percepção de Saúde do Trabalhador pelos entrevistados

Esta categoria surgiu quando os gestores de saúde referiam, nas entrevistas, seu entendimento sobre a Saúde do Trabalhador. Os entrevistados apresentaram de forma fragmentada a concepção de Saúde do Trabalhador, quando cada um contribuiu com o seu conhecimento, no sentido teórico dessa política, relatando sua trajetória e exemplificando as práticas desenvolvidas nos municípios. Essas diferentes contribuições foram reunidas em duas Temáticas de Saúde do Trabalhador.

Na primeira temática, observa-se que a Saúde do Trabalhador é um assunto lembrado pelos problemas referentes aos movimentos sindicais e trabalhistas e à legislação vigente. Esclarece que o município cumpre, em parte, as exigências legais, quando realiza as notificações dos acidentes:

(8) Quando começou a falar em conferência em Saúde do Trabalhador teve muita resistência por causa das leis trabalhistas, dos sindicatos [...]. Somente as notificações são realizadas, não se faz visita nas empresas nem buscamos saber por que aconteceu o acidente.

As questões ligadas à Saúde do Trabalhador iniciam e são incentivadas por movimentos sociais e de trabalhadores, com negociações alicerçadas em leis e normas^{1,2}. Nesse ponto de vista, visualiza-se uma dicotomia na relação trabalho e saúde, quando as ações de Saúde do Trabalhador somente são contempladas perante reivindicações dos trabalhadores; e, mesmo assim, as atribuições de saúde em nível municipal restringem-se a realizar informes dos agravos, não contribuindo sobre a ocorrência e a distribuição desses agravos.

A percepção do próximo entrevistado em relação à Saúde do Trabalhador embasa-se na realidade do seu município, quando menciona a atividade econômica principal e expressa a inexistência de ações voltadas ao trabalhador rural:

(10) [...] No nosso município 90% é agricultor, as lesões acontecem e existem e não são detectadas [...].

As práticas da vigilância em Saúde do Trabalhador, assim como as demais vigilâncias em saúde, seguem modelos baseados numa assistência isolada, em que o trabalho de controle e a intervenção não atingem o âmbito da promoção e prevenção¹⁷. Um dos desafios, nesse caso, está em gerenciar a aplicação, na prática, dos recursos disponíveis, para que tenham um impacto positivo nas condições reais de vida e saúde da população rural trabalhadora. Para tanto, é necessário um conhecimento sólido dos diversos estágios da prevenção e dos mecanismos necessários e suficientes para a sua aplicação na prática.

A segunda temática dessa categoria refere-se às condições de trabalho oferecidas pelas empresas. Manifesta que as empresas devem se comprometer e se responsabilizar pela saúde de seus colaboradores:

(15) É dar atenção ao trabalhador no momento em que ele está atuando, para que ele se sinta bem para trabalhar, com saúde. Que as firmas dêem condições para desempenhar este trabalho.

Nesse entendimento, a Saúde do Trabalhador é definida pelas ações e condições que as empresas proporcionam. Alguns dos gestores entrevistados

acreditam que as intervenções de saúde à população trabalhadora são de responsabilidade das empresas, por serem as causadoras dos agravos relacionados ao trabalho.

Na maioria das empresas, a atenção à Saúde do Trabalhador mantém-se com o intuito de atender à legislação. Considera-se que os ajustes à Saúde do Trabalhador dependem de uma interação entre os empregadores e empregados, pois os interesses são diferenciados e acontecem numa estrutura onde se desenvolvem as relações entre capital e trabalho.

A compreensão do processo saúde-doença está ligada a um universo muito maior, podendo ser vista desde os aspectos ligados às necessidades básicas dos trabalhadores, como as questões de educação e capacitação. Será insatisfatório oferecer equipamentos de proteção se o trabalhador não sabe usar e não entende a importância desses equipamentos para sua vida. Muitas vezes, esses conhecimentos não fazem parte da cultura e do modo de vida dos trabalhadores²³. As responsabilidades da Saúde dos Trabalhadores devem ser compartilhadas entre o indivíduo, a empresa e o município, a fim de se

aproximar da necessária integralidade em saúde de que a população necessita.

Os gestores abordam outro problema referente às empresas que contratam os safristas, pessoas que trabalham somente por alguns meses do ano. Estes, muitas vezes, saem das empresas doentes, necessitando de assistência na rede pública de saúde, sobrecarregando os serviços. Nesse momento, o trabalhador está desempregado, com dificuldades financeiras e doente, não conseguindo desenvolver-se para, então, criar expectativas positivas no meio em que vive.

Categoria II – Ações realizadas para contemplar a Saúde do Trabalhador

Para melhor compreensão desta categoria, classificaram-se as temáticas utilizando-se as fases de prevenção e os níveis de atuação²⁴. A fase de prevenção primária é manifestada, em primeiro nível, como a promoção socioeconômica e cultural, referendando ações de educação em saúde e orientações junto à comunidade. O segundo nível, que envolve a proteção específica, é percebido quando são referidos o uso de EPIs (Equipamentos de

Proteção Individual), ginástica laboral, trabalho interdisciplinar, Programa de Saúde da Família (PSF), preocupação com o meio ambiente e carcinógenos.

Na fase de prevenção secundária, reconhece-se o terceiro nível de atuação, envolvendo diagnóstico e tratamento precoces, pelo desenvolvimento de ações como: notificações, condutas após agravo com investigação (entrevista), visita domiciliar e orientações, consultas com médico e enfermeira do trabalho. O quarto nível, ligado à limitação da incapacidade, pode ser exemplificado com o tratamento de patologias diagnosticadas como tendinites e depressão.

A fase de prevenção terciária corresponde às medidas de reabilitação adotadas após a sobrevida das conseqüências da doença, com o objetivo de recuperação total ou parcial, consubstanciado como quinto nível de atuação. Este refere-se ao tratamento especializado para casos crônicos no CRRST e, no Município, chamado de Centro Avançado de Saúde:

(15) Diretamente na Saúde Pública, hoje temos o serviço de fisioterapia e psicologia no centro avançado de saúde, [...] muita tendinite e depressão. A maioria das empresas desenvolve ginástica laboral. Outras, ajudam os funcionários, pagando seções de fisioterapia particular [...].

(7) Na URST investigamos os agravos, procurando tratar e encaminhando os casos crônicos para CRRST.

Em ambas as falas, pode-se observar que a doença está presente na vida dos trabalhadores industriais. Não se percebe ênfase na prevenção. A questão em pauta são os agravos já ocorridos nessa população e a recuperação; uma recuperação atribuída aos profissionais de fisioterapia e psicologia. Quando os entrevistados se referem a patologias crônicas, recuperação e reabilitação, pode-se identificar a prevalência de doenças como LER/DORT, relacionadas com sistemas de produção em série, que se caracterizam por movimentos repetitivos e contínuos. Estudos realizados sobre a prevalência de doenças relacionadas ao trabalho apontam LER/DORT com o maior percentual dos casos^{25, 26}.

Categoria III – A opinião dos gestores sobre o que é necessário para implementar as políticas de Atenção à Saúde do Trabalhador nos municípios

Esta categoria trata das ações realizadas para desenvolver as políticas públicas de Saúde do Trabalhador nos municípios. Os gestores destacam que os municípios trabalham com os recursos e a equipe técnica disponível. As ações são realizadas nos postos de saúde, nos hospitais e nas unidades de

PSF. Quando necessário, utilizam os encaminhamentos para unidades especializadas.

(15) Encaminhamos casos específicos para o Centro de Referência. Temos uma grande demanda para atendimento psicológico, fisioterapia [...].

(4) Divulgação através de palestras, mídia, atividades educativas pelas unidades de saúde. Temos um projeto chamado interiorização da saúde, onde uma equipe interdisciplinar atende área específica no município, fazendo rodízio [...] encaminhamentos para unidades especializadas, se necessário.

Constata-se a importância da divulgação de assuntos referentes à Saúde do Trabalhador, a parceria com os profissionais que atuam no município e, ainda, o desenvolvimento de projeto municipal para contemplar a política e abranger toda a região.

Destaca-se a importante função do PSF na viabilização das ações de Saúde do Trabalhador e, também, o papel dos agentes comunitários de saúde, por serem o grande elo entre os profissionais de saúde e a população, principalmente, aqueles do meio rural, conforme fala:

(7) Fazemos busca ativa através dos agentes comunitários de saúde (50% do município temos PSF)

[...] da população trabalhadora rural que é muito receptiva a este trabalho.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é antecessor do PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde), trazendo inovações na estratégia de reestruturação do sistema a partir da atenção básica, baseado na promoção da saúde¹³.

O Ministério da Saúde tem como diretriz a adoção da estratégia da saúde da família e de agentes comunitários de saúde para a construção de um modelo assistencial que tenha como base de atuação o campo da vigilância da saúde²⁷.

As ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde. Dessa forma, amplia-se a assistência já ofertada aos trabalhadores, na medida em que sejam vistos como sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias, também específicas de promoção, proteção e recuperação da saúde²⁷.

Categoria IV – Dificuldades vivenciadas no desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador embasado no entendimento e nas ações realizadas nos municípios entrevistados.

Esta categoria está relacionada com o entendimento dos gestores em relação às dificuldades vivenciadas nos municípios que desenvolvem ações de Saúde do Trabalhador, na importância e na necessidade dessas ações nos municípios. Observam-se a insatisfação com o CRRST/Vales, a necessidade de maior apoio das CRS, os aspectos ligados à unidade de referência em Saúde do Trabalhador, a falta de comunicação entre os profissionais, o trabalho informal, as subnotificações e as funções em instâncias (Federal, Estadual, Regional e Municipal) desse programa.

Demonstraram insatisfação com o trabalho desenvolvido pelo CRRST pela precária resolutividade apresentada até hoje e também pela distância que o centro mantém do município.

(17) Não adianta um CRRST, precisamos de condições no município para conseguir resolver os problemas.

Ainda referem ser necessário maior apoio das Coordenadorias Regionais de Saúde, pois cada região apresenta dificuldades distintas. Entende-se que essa manifestação apóia a descentralização da referência regional e mais apoio da coordenadoria regional para os problemas locais.

(3) Sugiro que haja descentralização deste centro de saúde do trabalhador. Deveria existir referência a nível de coordenação regional para estar mais próximo do município e saber da realidade. O CRRST possui um discurso muito teórico, não fazem nada prático, não estão nos ajudando [...].

A proposta de implementação da atenção integral à Saúde do Trabalhador através do CRRST e das URST está embasada nas necessidades que vêm sendo constatadas e reiteradas em todas as conferências de saúde nos últimos vinte anos¹⁰.

(6) Temos URST aqui no município realizando uma variedade de ações [...] notificações, encaminhamentos [...].

Demonstram a importância das Unidades de Referência em Saúde do Trabalhador, pois estão falando em atendimento de uma grande demanda de pessoas que no trabalho formal ou informal apresentam agravos relacionados a sua saúde.

Uma das funções desenvolvidas pela unidade de Saúde do Trabalhador é capacitar, divulgar as ações de Saúde do Trabalhador para todos os profissionais da rede por ser um programa que não possui demanda aberta, quer dizer, deve haver comunicação entre os profissionais do município:

(6) Observo pouca divulgação do serviço de saúde do trabalhador. A diretriz da política de saúde do trabalhador é funcionar como referência. Talvez seja o motivo pelo qual as pessoas desconhecem tanto este serviço aqui no nosso município.

Acreditam na importância das URST nos municípios, porém, segundo os entrevistados, não estão funcionando como deveriam. Nota-se que não há comunicação entre os profissionais que atuam na rede básica do próprio município; assim, a unidade específica dos trabalhadores não desenvolve as ações de forma efetiva, pois os trabalhadores não chegam ao serviço. A diretriz da política de Saúde do Trabalhador estabelece ser referência do serviço, quando os demais profissionais deverão encaminhar os trabalhadores, por não ser demanda aberta.

Outro aspecto apontado pelos entrevistados são as notificações dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador. Grande parte das notificações dos acidentes de trabalho são realizadas nos serviços de urgência e emergência dos municípios. Essas ações dependem, muitas vezes, da capacidade técnica dos profissionais. A subnotificação, a falta de um trabalho efetivo, continuado, podem estar ocorrendo em função de repetidas trocas de

profissionais nas equipes de saúde. Apresentam dificuldade de notificar os agravos, também, pelo SIST (Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador). Esse sistema de informação ressenete-se de adequada implantação e os municípios possuem dificuldade já na coleta dos dados, onde falta capacitação dos recursos humanos e os recursos tecnológicos são precários:

(3) Realizando notificações, só que ainda são manuais. O programa *on-line* não funciona perfeitamente.

Na grande maioria dos municípios da região dos Vales, os sistemas de informação de saúde não funcionam e são vistos como meras rotinas burocráticas que, muitas vezes, não são utilizadas para realização de uma análise pertinente com relevantes respostas para os gestores de saúde, não oferecendo uma aproximação aos reais problemas de saúde.

Outro aspecto refere-se à qualidade dos registros, com baixa fidedignidade e incompleto preenchimento das variáveis, levando a dificuldades de articulação dos dados¹². Essa situação foi comprovada na análise quantitativa desta pesquisa. Revelam que um número elevado de trabalhadores são

encaminhados para as unidades básicas de saúde, em busca de exames especializados para diagnóstico de patologias ocupacionais, para fins de perícia médica. O elevado número de trabalhadores que estão no mercado informal contribui com o pequeno número de notificações realizadas, que não condizem com a realidade.

Dados da Organização Internacional do Trabalho ilustram que, no Brasil, entre 1990 e 2003, de cada dez novos empregos, sete foram informais. O universo de trabalhadores apresenta um novo perfil, manifestando-se sem vínculos formais, desempregados, terceirizados, cooperativados, enfim, com características de um novo paradigma²⁷.

Em alguns municípios há comunicação entre os níveis de assistência e, em outros, confundem as responsabilidades nas instâncias Municipais e Regionais. Há necessidade de comunicação entre os níveis de assistência quando se entende que cada instância (Municipal, Regional, Estadual e Federal) desse programa de saúde contribui para resolutividade dos problemas.

Quatro gestores referiram nem conhecer o CRRST. Muitos desconhecem a abrangência das ações de saúde desenvolvidas pelas respectivas instâncias, portanto, não entendem como poderá funcionar a Atenção à Saúde do Trabalhador no município. Necessitam de maior interação com a Coordenadoria Regional e com o CRRST, para que possam compreender a diversidade de ações de prevenção e promoção. Surge a necessidade de estudos com caráter continuado, incluindo o gestor na equipe interdisciplinar, de forma integrada, com todos os profissionais que possam estar envolvidos na formação dessa política.

2.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com ênfase na realidade referida pelos entrevistados e nas notificações identificadas, constata-se que alguns municípios apresentam significativas limitações para o desenvolvimento das políticas públicas de Saúde do Trabalhador, pois demonstraram pouca compreensão da importância desta política para seu município, referindo condições negativas para a realização das ações de Saúde do Trabalhador. Outros, na circunstância atual, diferenciam-se positivamente relatando as ações de saúde com trabalhos desenvolvidos no município, onde utilizam recursos próprios destacando-se a organização, o envolvimento dos profissionais técnicos e a criação de projetos pertinentes às condições locais.

Destaca-se a importante influência das Coordenadorias Regionais de Saúde para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador nos municípios, pois as regiões atuantes realizam mais notificações de agravos e referem participar com frequência de conferências e discussões referentes a este tema, envolvendo-se no cumprimento desta política.

Cada Estado, Região ou Município, guardadas as suas características, deve buscar a melhor forma de estabelecer suas próprias estratégias de ação para a Saúde dos Trabalhadores. Este modelo de atenção inclui um novo paradigma que compreenda os aspectos referentes à melhoria nas condições de trabalho, de vida e de saúde da população trabalhadora.

Adequar as ações em benefício do trabalhador em sua realidade implica maior integração e entendimento dos profissionais envolvidos nesse contexto, para que interfiram na lacuna que existe entre pesquisa, políticas de Saúde do Trabalhador e mudanças nos ambientes e processos de trabalho.

2.8 REFERÊNCIAS

1. Gomez, C.M.; Lacaz, F.A.C. **Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.
2. Amador, F.S.; Santorum K. **Ações Integradas em Saúde e Trabalho**. In: Projeto de Extensão. Universidade de Santa Cruz do Sul, 2000.
3. Facchini, A. **Por que a doença? A Inferência Central e os Marcos Teóricos de Análise**. In: Buschinelli, J.T.; Rocha, L.E.; Rigotto R.M. (Orgs.) **Isto é trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994.
4. Dejours, C. **Por Um Novo Conceito de Saúde**. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, 22(1), abril/jun, 1986.
5. Alves, L.M.S. **A visão empresarial acerca da terceirização de um serviço multiprofissional de atenção á saúde dos trabalhadores**. In: **NURSING**, nº 77: 34-39, outubro de 2004a.
6. _____. **Políticas públicas de Saúde do Trabalhador: como os municípios atendem os seus usuários? [Monografia para Especialização em Enfermagem do Trabalho]**. Porto Alegre: São Camilo, Sul. Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac, 2004b.
7. Saupe R.; Cutolo, L.R.A; Wendhausen A.L.P.; Benito G.V. **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar**. **Interface (Botucatu)**, 18(9): 521-36, Set/Dec, 2005. [acessado 29/4/07].

8. NARDI, H.C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, A.R.C. (org). **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.
9. MS/CNS- Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde. Documento elaborado - 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, junho de 2005.
10. MS/ PNSST – Ministério da Saúde / Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília, 2004.
11. SMS - Secretaria Municipal de Saúde. Porto Alegre, 2004. <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default>., [acessado 15/07/07].
12. Facchini, L.A.; Nobre L.C.C.; Faria N.M.X.; Fassa A.; Thumé E.; Santana V. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10(4): 857-867, oct./dec. 2005.
13. Araújo, M.B.S.; Rocha P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(2): 455-464, Jan/ab, 2007. [acessado em 12/05/07].
14. Santana, V.S.; Araújo Filho, J.B.; Oliveira, P.R.A.; Barbosa, B.A. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 40(6):1004-12, 2006.
15. OPAS – Organização Panamericana de Saúde. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Ministério da Saúde do Brasil. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Brasília, 2003.
16. Silva, Z.P.; Barreto Junior, I.F.; Sant'ana, M.C. Saúde do Trabalhador no Âmbito Municipal. *São Paulo*, 17(1): 47-57, Jan/Mar 2003. [SciELO, acesso 21/06/2007]

17. Lacaz, F.A.C.; Machado, J.H.M.; Porto, M.F.S. **Estudo da Situação e Tendência da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil**. Rio de Janeiro, 27(65)(192-206), set/dez, 2002. [Bireme, acessado em 15/06/2006].
18. Machado, J.M.H. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência e Saúde Coletiva* . Rio de Janeiro, 1.10(4): 987-992, Oct/Dec., 2005. [scielo, acessado em 20/08/2006]
19. Dias, E.C. A organização da atenção à Saúde do Trabalhador. In: Ferreira Filho, M. (org.). **Saúde no Trabalho**. São Paulo: Rocca, 2000.
20. Bardin, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
21. Minayo, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec; 10 ed., 2007.
22. Pope C.; Mays, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
23. Kelly-Santos A, Rozemberg B. Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho. *Cad. de Saúde pública*, Rio de Janeiro, 22(5):975-985, mai,2006.
24. Forattini, O.P. **Ecologia, Epidemiologia e Sociedade**. Artes médicas, 2 ed. São Paulo, 2004.
25. Sato, L.; Bernardo, M.H. Saúde Mental e trabalho: os problemas que persistem. *Assoc. Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 10(4): 869-878, oct/dec., 2005. [acessado 20/03/2006]
26. Maciel, A.C.C.; Fernandes, M.B.; Medeiros, L.S. Prevalência e fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, 9(1):94-102, 2006. [acessado em 05/06/06]

27. OIT – Organização Internacional do Trabalho. Panorama laboral. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2004.